

Schwerpunkt

Neuordnung der Pflegefinanzierung

Vorsorge

Vorbezug Altersguthaben

Sozialpolitik

Neue Rolle IV-Ärztin/IV-Arzt

Soziale Sicherheit

CHSS

5/2005

BSV /
OFAS /
UFAS /

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 5/2005

Editorial	249
Chronik August/September 2005	250
Rundschau	252

Schwerpunkt

Neuordnung der Pflegeversicherung	
Im Alter erhöht sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit	253
Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (U. Scherrer, BAG)	254
Demografische Alterung, Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit (F. Höpflinger, Universität Zürich)	258
Lebensphase Altern – eine Auswahl an Szenarien (F. Huber, BSV)	262
Die Langzeitpflege im internationalen Vergleich (B. Despland, Institut für Gesundheitsrecht, Neuenburg)	265
Stellenwert der Gesundheit im Alter (A. Wettstein, Städtärztlicher Dienst Zürich)	269
Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten (J. Schön-Bühlmann, BFS)	274

«Wir haben fast für jede Wohnung einen Schlüssel» (D. Dauwalder, BAG)	281
Altern und Gesundheit: Je länger selbstständig und integriert, desto besser für alle (A. Schmid, BAG)	284

Vorsorge

Bis 400 Mio. Franken Vorsorgekapital pro Jahr für die Neugründung von Personengesellschaften (D. Hornung, T. Röhli, Hornung Wirtschafts- und Sozialstudien, Bern)	288
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Sozialpolitik

Evaluation des Pilotversuchs «Assistenzbudget» (A. Balthasar, F. Müller, Interface Institut für Politikstudien, Luzern)	292
Vom Betreuten zum Unternehmer (K. Kanka, FassiS)	295
Die Aufgaben der RAD-Ärztinnen und -Ärzte (H. Kurth, BSV)	298
Generationengerechtigkeit und Finanzierung der Altersrenten (A. Gosseries Ramalho, Universität Louvain, Belgien)	300

Gesundheitswesen

Volksinitiative «Für tiefere Krankenkassenprämien in der Grundversicherung» (L. Brand, BAG)	306
---------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	310
Gesetzgebung: hängige Vorlagen des Bundesrats	312

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	313
Sozialversicherungsstatistik	314
Literatur und Links	316

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Pflegefinanzierung – eine eigentliche Querschnittsaufgabe



Thomas Zeltner
Direktor BAG

Die erfolgreiche Alterspolitik in der Schweiz hat dazu geführt, dass weite Bevölkerungskreise auch im Alter ein finanziell abgesichertes Leben führen können, was uns heute geradezu als eine Selbstverständlichkeit erscheint. Und dennoch kann sich diese Situation ändern, wenn im Laufe des dritten Lebensabschnitts die Abhängigkeit von Hilfe und Pflege eintritt und banale Dinge im Alltag nicht mehr alleine möglich sind. Trotz gut ausgebauter Altersvorsorge kann die erhöhte Abhängigkeit von Hilfe, insbesondere wenn sie mit einem Aufenthalt im Pflegeheim verbunden ist, im Einzelfall eine grosse finanzielle Belastung darstellen, die auch damit zu tun hat, dass die Pflegebedürftigkeit an sich kein eigenständig versichertes Risiko in unserem nach Ursachen orientierten Sozialversicherungsnetz darstellt, sondern vom jeweils betroffenen Versicherungsweig (Unfall-, Kranken-, Alters- oder Invalidenversicherung etc.) finanziert wird, allerdings in unterschiedlichem Ausmass.

Erst seit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Jahre 1996 sind die Pflegeleistungen den medizinischen Untersuchungen und Behandlungen wirklich gleichgestellt, was gegenüber der früheren Regelung, als an die Grundpflege ein eher symbolischer Beitrag vergütet wurde, einen sozialen Fortschritt bedeutete. Dieser Grundsatz soll auch in Zukunft beibehalten bleiben.

Angesichts der längerfristigen Kostenprognosen in der Pflege und der damit verbundenen finanziellen Belastung in der Krankenversicherung ist die Notwendigkeit einer Neuregelung der Finanzierung nicht grundsätzlich umstritten. Die Meinungen divergieren jedoch weit über die Ausrichtung. Dabei wird manchmal gerne überse-

hen, dass die Pflegefinanzierung eine eigentliche Querschnittsaufgabe in unserem nach Risiken orientierten Sozialversicherungssystem darstellt, die eine angemessene Entlastung der Krankenversicherung und eine ursachengerechtere Verteilung der Kosten rechtfertigt.

Dank dem allgemeinen Wohlstand und dem medizinischen Fortschritt dürfen viele Vertreter/-innen der älteren Generation nach der Pensionierung eine aktive und lange Zeit beschwerdefreie Lebensphase erwarten. Viele setzen sich deshalb heute zum Ziel, bis ins hohe Alter hinein ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen. Dies bedingt aber nicht nur finanzielle Sicherheit, sondern setzt primär die möglichst lange Erhaltung der Gesundheit voraus. Die Krankheitsprävention im Alter ist zwar ein vergleichsweise neuer Ansatz, doch die bisherigen nationalen und internationalen Studien zeigen, dass mit individuellen Präventionsmassnahmen wie Früherkennung von gesundheitlichen Beschwerden oder Verhütung von Unfällen die Pflegebedürftigkeit merklich verzögert oder gar verhindert werden kann. Dadurch kann auch die Anzahl der Heimeintritte deutlich reduziert werden. Hier besteht also ein Potenzial zur Dämpfung des Kostenwachstums, das in Zukunft noch verstärkt ausgeschöpft werden kann. Dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) liegt deshalb viel daran, in Zusammenarbeit mit Experten die Prävention im Alter voranzutreiben. Ein Artikel des Schwerpunktthemas dieser Ausgabe ist den diesbezüglichen Aktivitäten des BAG gewidmet.

Die Vision eines selbstbestimmten Lebens bis ins hohe Alter hinein bezieht auch die jüngere Generation mit ein. Der Solidaritätsgedanke zwischen Jung und Alt sollte uns dazu ermutigen, diese Vision als ein Recht jedes Einzelnen und als eine Aufgabe der Gesellschaft zugunsten der älteren Generation zu sehen.

Berufliche Vorsorge: Der Mindestzinssatz bleibt auf dem aktuellen Niveau von 2,5 Prozent

Der Mindestzinssatz muss gemäss Gesetz mindestens alle 2 Jahre überprüft werden. Da der Satz bereits letztes Jahr überprüft und auf den 1. Januar 2005 nach oben angepasst worden ist, hat der Bundesrat am 31. August 2005 beschlossen, in diesem Jahr keine Überprüfung vorzunehmen. Damit wird der Mindestzinssatz auch im nächsten Jahr auf dem aktuellen Niveau von 2,5 % belassen. Eine Anpassung des Satzes ist nicht angezeigt, da die Finanzmärkte sich in diesem Jahr erfreulich entwickelt haben.

Der Pictet BVG-Index 93 konnte in diesem Jahr beispielsweise von Januar bis Juli um 7,3 % zulegen. Auch der Schweizerische Pensionskassenverband ASIP spricht von einer Performance von 6,2 % im ersten Halbjahr 2005. Gemäss den Schätzungen der Complementa Investment Controlling SA hat sich auch die finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen verbessert. Demnach dürfte der Anteil der Kassen in Unterdeckung von 25 % Ende 2003 auf 13 % Ende Juni 2005 gesunken sein. Aufgrund dieser Zahlen ist eine Senkung des Satzes nicht angebracht.

Gegen eine Erhöhung des Mindestzinssatzes spricht die Tatsache, dass die Folgen der negativen Börsenjahre noch nicht ganz bewältigt sind. Ausserdem muss den Vorsorgeeinrichtungen die Möglichkeit gegeben werden, Wertschwankungsreserven zu bilden, um zukünftige Schwankungen ausgleichen zu können.

Im nächsten Jahr wird der Bundesrat den Mindestzinssatz überprüfen und eine Anpassung vornehmen, wenn dies aufgrund der Entwicklung der Anlagemöglichkeiten der Vorsorgeeinrichtungen angebracht ist.

IV: Trotz abnehmender Neurenten grosser Reformbedarf

Gemäss den Daten aus dem IV-Monitoring haben laut einer Mitteilung des BSV vom 1. September 2005 die IV-Stellen im ersten Semester 2005 11 900 gewichtete Renten zugesprochen gegenüber 12 800 im 1. Semester 2004 (minus 7 %; 2004 total 25 700 gewichtete Neurenten). Im Februar war bereits ein Rückgang der Neurenten von 2003 auf 2004 festgestellt worden. Nachdem die Zahlen für das erste Semester 2005 vorliegen, kann bei den Neurenten nun mit einiger Sicherheit von einer Trendwende im Jahr 2004 ausgegangen werden. Diese Interpretation wird mit dem Vorbehalt vorgenommen, dass die Zahl der juristischen Verfahren gegen ablehnende IV-Entscheide stark zugenommen hat. Rund 90 % der Leistungsablehnungen werden angefochten. Somit ist eine grössere Anzahl abschliessender Rentenentscheide noch ausstehend.

Die Abnahme der Neurenten ergibt sich zum einen aus einem weiteren Rückgang der erstmaligen Anmeldungen für IV-Leistungen. Diese haben von 42 000 im ersten Semester 2004 auf 39 000 im ersten Semester 2005 abgenommen (Anmeldungen 2004 total: 82 000). Dies dürfte eine Auswirkung der allgemeinen Sensibilisierung aller Akteure für das Thema der steigenden IV-Ausgaben sein (Versicherte, Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgebende, Sozialbehörden). Zum andern ist die Quote der Ablehnungen durch die IV-Stellen weiter angestiegen. Die Ablehnungsquote der erstmaligen Berentungen erhöhte sich von 36,6 % im ersten Semester 2004 auf 41,1 % im ersten Semester 2005 (2004 Total 37,9 %). Die IV-Stellen können sich im Übrigen künftig auch auf die Arbeit der neuen regionalen ärztlichen Dienste (RAD) abstützen, die seit dem 1.1.05 operationell sind. Ein weiterer Faktor, der zum Sinken der Zahl der gewichte-

ten Neurenten beigetragen hat, ist die Abnahme des durchschnittlichen IV-Grades.

Der Rentenbestand der IV (Total der laufenden Renten) steigt trotz abnehmender Neurenten weiter an, wenn auch abflachend. Grund für die Zunahme ist, dass nach wie vor mehr Neurenten zugesprochen werden, als Rentenbezüger/innen aus der IV ausscheiden (was insbesondere beim Übergang ins AHV-Rentenalter geschieht). Der Effekt der sinkenden Neurentenzahl auf die IV-Finzen ist in den ersten Jahren beschränkt und wird sich erst längerfristig voll auswirken. Denn der Anteil der neu zugesprochenen Renten macht nur rund 10 % des Totals der laufenden Renten aus. In Folge des nach wie vor steigenden Totals an laufenden Renten nimmt das Defizit der IV weiter zu. Im ersten Semester 2005 betragen die Ausgaben der IV 6,3 Mia. Franken, die Einnahmen 5,1 Mia. Das Betriebsergebnis erreichte im ersten Halbjahr 2005 mit minus 1,2 Mia. Franken (1. Semester 2004 1,0 Mia. Franken) einen Rekordtiefstand.

Diese Situation zeigt, dass die Zahl der Neurenten zwar eingedämmt werden kann. Die heute möglichen Massnahmen haben aber ein beschränktes Wirkungspotenzial und müssen mit der 5. IV-Revision gezielt ausgebaut werden. Das stark wachsende Defizit der IV wird deren Milliardenschulden wie auch die Schuldzinsen massiv weiter ansteigen lassen, was die Dringlichkeit der vorgesehenen Zusatzfinanzierung verdeutlicht.

BV: Der Bundesrat äussert sich positiv zum Parlamentsbericht «Wechsel der Vorsorgeeinrichtung»

Der Bundesrat hat am 23. September 2005 zu einem Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK) zum Thema «Wechsel der

Vorsorgeeinrichtung» Stellung genommen. Die gesetzlichen Bestimmungen, die verschiedene Aspekte der Auflösung von Anschluss- und Versicherungsverträgen im Bereich der beruflichen Vorsorge regeln und die im Rahmen der 1. BVG-Revision auf den 1. April 2004 in Kraft gesetzt worden sind, weisen in zwei Bereichen Lücken auf. Der Bundesrat ist der Meinung, dass die von der SGK in Form einer parlamentarischen Initiative vorgeschlagenen Gesetzesanpassungen die Rechtssicherheit aller Beteiligten klären, und schliesst sich der Argumentation des Berichtes an.

Krankenversicherung: Prämien steigen um durchschnittlich 5,6 Prozent

Laut Medienmitteilung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 27. September 2005 erhöhen die Krankenkassen die Prämien der Grundversicherung 2006 im Rahmen der erwarteten Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Gesamtschweizerisch steigen die Erwachsenenprämien um durchschnittlich 5,6%. Ein wesentlicher Faktor, der zur Erhöhung der Prämien im nächsten Jahr führt, sind die deutlich steigenden Kosten im Spitalsektor. Die durchschnittlichen Erwachsenenprämien steigen zwischen 3,6% im Kanton Genf und 9,9% im Kanton Bern. Die Kostenentwicklung liegt mit Ausnahme des Kantons Bern in der Grössenordnung der letzten zwei Jahre und ist um einiges tiefer als in den vorangehenden Jahren.

Anton Streit, neuer Leiter des Geschäftsfeldes Alters- und Hinterlassenenvorsorge



Das Eidgenössische Departement des Innern hat Anton Streit zum neuen Leiter des Geschäftsfeldes Alters- und Hinterlassenenvorsorge im Bundesamt für Sozialversicherung ernannt. Er hat am 1. September 2005 die Nachfolge von Jürg Brechbühl angetreten, der in die Privatwirtschaft gewechselt hat.

Anton Streit ist im BSV kein Unbekannter. Seit 1995 ist er Vizedirektor und Leiter des Kompetenzzentrums Grundlagen (Mathematik, Statistik, Forschung und Entwicklung). In dieser Funktion hat er mit viel Sachverstand Entscheidungsgrundlagen zur Weiterentwicklung der verschiedenen Sozialversicherungszweige bereitgestellt und massgebend die Gesamtschauen (Stichwort IDA FiSo-Berichte) mitgeprägt. Mit dem Ausschuss für mathematische und finanzielle Fragen der AHV/IV-Kommission hat er Szenarien erarbeitet, die als Ausgangsbasis für die nächste Revision dienen.

Anton Streit, geboren 1948, hat an der Universität Bern Versicherungsmathematik und Statistik studiert. Er freut sich über die Möglichkeit, zentrale aktuelle Aufgaben wie die Umsetzung der 1. BVG-Revision, die Konsolidierung der 2. Säule sowie die 11. AHV-Revision an die Hand zu nehmen. Wichtig ist ihm, die Stabilität unserer Altersvorsorge sicherzustellen und das Vertrauen in unsere AHV und 2. Säule zu stärken. Seine Devise: Nachhaltig denken und vorausschauen, aber in überblickbaren Zeitabschnitten handeln, rechtzeitig Korrekturen anbringen, aber keine überstürzten Aktionen vornehmen.

Anton Streit verfügt über eine vielseitige und solide Erfahrung in der beruflichen Vorsorge. Diese reicht von der Mitarbeit am BVG-Konzept in den 70er und 80er Jahren über die erfolgreiche operative Führung einer grossen öffentlichrechtlichen Pensionskasse (von 1987 bis Mitte 1995) mit einem Anlageportefeuille von mehreren Milliarden Franken bis zur Gestaltung von Vorschlägen zur 1. BVG-Revision und zur finanziellen Stabilisierung (Stichwort Arbeitsgruppe Umwandlungssatz) der beruflichen Vorsorge.

In der Alters- und Hinterlassenenvorsorge gibt es viel zu tun. Eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen dem BSV und seinen Partnern (z.B. den Ausgleichskassen, der ZAS, den Aufsichtsbehörden und den Pensionskassenverbänden) ist ihm wichtig, um die Ziele der Revisionen zu erreichen und um die konkrete Umsetzung sicherzustellen.

Yves Rossier, Direktor BSV

Mehr freie Zeit und Freiräume für Kinder!

Die Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ) untersucht in ihrem neuesten Bericht «...und dann ist der Tag vorbei! Freie Zeit, Freiraum und Bewegung für Kinder und Jugendliche» die Beziehung von Kindern und Jugendlichen zu ihrem unmittelbaren Umfeld. Im Bericht, der am 9. September 2005 den Medien vorgestellt wurde, fordert die EKKJ eine bessere Berücksichtigung der Ansprüche und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Zeit, Raum und Bewegung. Kinder und Jugendliche brauchen mehr unverplante Freizeit sowie mehr Räume, in denen sie sich frei bewegen können. Eine weitere Forderung der EKKJ ist die Umsetzung des europäischen Aktionsplanes der WHO zur Verbesserung von Umwelt und Gesundheit der Kinder.

Spiel und Bewegung im Freien sind Grundbedürfnisse von Kindern. Schon Vier- oder Fünfjährige brauchen Zeit für sich, ohne ständige Beaufsichtigung, und mit dem Alter nimmt das Autonomiebedürfnis zu. Es ist heute allerdings gar nicht so leicht, Zeit für sich zu haben, nicht einmal für Kinder. Unbeaufsichtigtes Spielen, Bewegung und frei verfügbare Zeit haben kaum mehr Platz. Einerseits wird die verfügbare Zeit der Kinder vermehrt durch Aktivitäten in Anspruch genommen, die Erwachsene für deren schulisches und soziales Fortkommen als nützlich erachten. Andererseits wird der öffentliche Raum zunehmend von Verkehr, Überbauungen und kommerziell genutzten Flächen eingeschränkt. Die Folgen sind Bewegungsmangel und Stress, die bereits bei jungen Menschen gesundheitliche Probleme verursachen.

Die Verantwortlichen für Raum- und Siedlungsplanung, Verkehr, Arbeitszeitgestaltung, Erziehung, Sport, Gesundheitsförderung oder Integration stehen vor der schwierigen

Aufgabe, ein gesundes Gleichgewicht zu finden. «Eine bessere Raum- und Zeitgestaltung setzt in erster Linie ein Umdenken seitens der Erwachsenen voraus. Wir hoffen, dass der vorliegende Bericht dazu den Anstoss geben kann», sagte EKKJ-Präsident Pierre Maudet.

Im letzten Kapitel des Berichts werden konkrete Massnahmen für einen stärkeren Einbezug der Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in der Raum- und Zeitgestaltung empfohlen. Die Empfehlungen sind in verschiedene Schwerpunkthemen aufgegliedert und verlangen zum Beispiel mehr unverplante Zeit, eine familiengerechtere Arbeitszeitgestaltung, Räume zum Erobern sowie geschlechterspezifische Gestaltung des öffentlichen Raums.

Anna Sax, Vizepräsidentin der EKKJ, erörterte einige Forderungen des Berichts. Die EKKJ ersucht beispielsweise den Bund, den an der vierten WHO-Ministerkonferenz für Umwelt und Gesundheit (Budapest, 2004) beschlossenen europäischen «Aktionsplan zur Verbesserung der Umwelt- und Gesundheitsbedingungen der Kinder» umzusetzen.

Der Bericht «... und dann ist der Tag vorbei! Freie Zeit, Freiraum und Bewegung für Kinder und Jugendliche» liegt auf Deutsch, Französisch und Italienisch vor. Er kann unter folgender Adresse gratis bestellt werden:

Eidgenössische Kommission für Kinder- und Jugendfragen, Bundesamt für Sozialversicherung, Effingerstrasse 20, 3003 Bern

Tel: 031 322 92 26, Fax: 031 324 06 75; E-Mail: ekkj-cfej@bsv.admin.ch

Der Bericht kann auch im PDF-Format von der EKKJ-Homepage (www.ekkj.ch) heruntergeladen werden.

Zweite NFA-Botschaft verabschiedet

Rund zehn Monate nach der Volksabstimmung vom 28. November 2004 über die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) hat der Bundesrat die Botschaft zur Ausführungsgesetzge-

bung vorgelegt. Diese enthält 33 Bundesgesetze, die in einem sogenannten Mantelerlass zusammengefasst sind. Die Botschaft ist von Bund und Kantonen gemeinsam konzipiert worden.

Während die Änderungen in einzelnen Bereichen nur punktueller Natur sind, fallen sie in anderen Politikbereichen weit umfassender aus, zum Beispiel:

- Auf dem Gebiet der heutigen kollektiven IV-Leistungen wird ein neues Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) vorgelegt. Neu obliegt es dabei den Kantonen, die Eingliederung von invaliden Personen zu fördern. Das IFEG bestimmt die Ziele, Grundsätze und Kriterien der Eingliederung. Demgegenüber kommt der Bund für individuelle IV-Leistungen, einschliesslich der beruflichen Eingliederung, auf.
- Das Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) wird totalrevidiert. Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen erfordert die Umgestaltung des heutigen Subventionsgesetzes in ein Leistungsnetz. Die Deckung des allgemeinen Existenzbedarfs wird zu $\frac{5}{8}$ durch den Bund und zu $\frac{3}{8}$ durch die Kantone getragen. Ergänzungsleistungen zur Deckung der zusätzlichen Heimkosten sowie der Krankheits- und Behindernungskosten finanzieren demgegenüber vollumfänglich die Kantone.

Im Alter erhöht sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit



Foto: Christoph Wider

Die Vorlage des Bundesrates zur Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt zwei Hauptziele: erstens die Stabilisierung der Pflegekosten in der Krankenversicherung und zweitens die finanzielle Entlastung bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen. Dies soll über den Ausbau der Hilflosenentschädigung zur AHV und der Ergänzungsleistungen realisiert werden. Die Vorlage kommt in der Frühjahrsession 2006 vors Parlament.

Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Am 16. Februar 2005 verabschiedete der Bundesrat die Vorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung an das Parlament¹. Das erste der beiden Hauptziele der Reform, die Stabilisierung der Pflegekosten in der Krankenversicherung, soll mit einem Finanzierungsmodell erreicht werden, das von den bestehenden Definitionen der kassenpflichtigen Pflegeleistungen ausgeht. Das zweite Hauptziel, die finanzielle Entlastung bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen, soll durch den Ausbau der Hilflosenentschädigung zur AHV und der Ergänzungsleistungen verfolgt werden.



Ursula Scherrer
Bundesamt für Gesundheit

Der vorliegende Artikel fasst die Botschaft zusammen, die von einer amtsübergreifenden Arbeitsgruppe aus Mitarbeitenden des BAG und des BSV geschrieben wurde.

Ausgangslage

Das Lebensrisiko «Pflege» wird in unserem Sozialversicherungssystem von verschiedenen Zweigen abgedeckt². Das heutige System steht mittel- bis langfristig verschiedenen Herausforderungen gegenüber:

- 1. Pflegebedürftigkeit stellt in unserem System der Sozialversicherungen kein eigenständiges Risiko dar, d.h. die Leistungen fallen je nach Ursache bei der Kranken-, Unfall-, Militär-, Invaliden- oder Alters- und Hinterlassenenversicherung an und unterscheiden sich teilweise deutlich. Insbesondere beim Pflegeheimaufenthalt im Alter sind die Sozialversicherungsleistungen nicht kostendeckend, so dass zur Finanzierung auf eigene Mittel oder auf die Sozialhilfe zurückgegriffen werden muss.

- 2. Die Prognosen der Entwicklung der Pflegekosten aufgrund demografiebedingter und nicht-demografiebedingter Faktoren (medizinische, technische und gesellschaftliche Entwicklung) sagen einen signifikanten Kostenzuwachs der Pflegekosten in den kommenden drei Jahrzehnten voraus, welche sich vor allem auf die Krankenversicherung belastend auswirken werden.

Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat im Rahmen seiner Reformplanung der Krankenversicherung am 25. Februar 2004 entschieden, dem Parlament eine Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vorzulegen. Die Reformziele richten sich einerseits auf die Entlastung der Krankenversicherung von den Pflegekosten, welche auf altersbedingte Pflegebedürftigkeit zurückzuführen sind, und andererseits auf die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen.

Rückblick

Im Sommer 2004 schickte der Bundesrat eine Vorlage mit zwei Finanzierungsvarianten in die Vernehmlassung, welche jedoch beide weitgehend abgelehnt wurden. Aufgrund dieser Ergebnisse wurden die beiden Modelle nicht weiterverfolgt, stattdessen wurde ein neuer Vorschlag erarbeitet.

Am 16. Februar 2005 verabschiedete der Bundesrat ein Modell zur Pflegefinanzierung, das zwar unabhängig vom Alter für alle KVG-versicherten Personen gelten soll, welches aber in der Anwendung mehrheitlich für die betagten Pflegebedürftigen Auswirkungen haben wird.

Grundidee des Vorschlages des Bundesrates vom 16. Februar 2005

Im Sinne unseres nach Ursachen orientierten Sozialversicherungssystems übernimmt die Krankenversicherung die Kosten für Pflegemassnahmen, welche im Zusammenhang mit einer Krankheit und ihrer Folgen vorgenommen werden. Dieser Grundsatz ist für die Finanzierung der Pflegekosten insofern von Bedeutung, als

¹ BBl 2005, 2033

² Für die Darstellung der Pflegeleistungen im heutigen Sozialversicherungssystem und des Handlungsbedarfs in der Finanzierung wird auf die CHSS Nr. 4/2004, S. 233ff. verwiesen.

sich im Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit unverkennbar erhöht. Wenn sich bei einem bestimmten Krankheitsbild eine jüngere Person ohne oder mit nur wenigen Pflegeleistungen erholt, kann eine ältere Person durch dieselbe Krankheit altersbedingt zum vorübergehenden oder dauernden Pflegefall werden. Im Alltag lässt sich jedoch nicht unterscheiden, ob die Pflegebedürftigkeit auf eine Krankheit zurückzuführen oder altersbedingt ist, da im Alter bei jedem Pflegefall eine somatische Ursache gefunden werden kann. In einem kausal orientierten Sozialversicherungssystem rechtfertigt es sich jedoch, diese altersbedingte Mehrbelastung nicht unbegrenzt durch die Krankenversicherung tragen zu lassen. Es drängt sich daher auf, eine neue Abgrenzung zwischen den Finanzierungsträgern zu ziehen.

- Die Krankenversicherung soll in der Pflege ihre Leistungen deutlicher auf ihren eigentlichen Kernbereich, der Kostenvergütung von krankheitsbedingten medizinischen Leistungen, ausrichten. Weil in der Praxis die Pflege als Ganzes betrachtet wird und eine Trennung zwischen alters- und krankheitsbedingter Pflege nicht praktikabel ist, soll nach dem Modell des Bundesrates die Behandlungspflege voll durch die Krankenversicherung vergütet werden, während an die Grundpflege, die schwergewichtig die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse beinhaltet, ein fixer Beitrag entrichtet wird.
- Stärkerer Einbezug der AHV: Als sozialpolitische Kompensation wird vorgeschlagen, für Personen, die zu Hause wohnen, eine Hilflosenentschädigung zur AHV für leichte Hilflosigkeit einzuführen. Damit soll auch das Bestreben vieler Pflegebedürftiger, möglichst lange zu Hause wohnen zu bleiben, unterstützt werden.

Detailbeschreibung des Modells

Die Vorlage sieht vor, dass die Krankenversicherung die Kosten für die Behandlungspflege voll vergütet, während an die Grundpflege nur noch ein fixer Beitrag entrichtet werden soll. Die Begriffe Grund- und Behandlungspflege sind heute jedoch mehr rechtlich als pflegewissenschaftlich von Bedeutung, denn die moderne Lehre definiert die Pflege in fünf verschiedenen Funktionen³. Als Kriterien für die Leistungsdefinition der Krankenversicherer und als Grundlage für die Kostenvergütung sind die Begriffe jedoch seit längerer Zeit etabliert.

- Die *Grundpflege*⁴ dient zur Aufrechterhaltung der täglichen Lebensverrichtungen (ATL: activities of

daily living), welche in sechs Bereiche unterteilt werden können (Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absetzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten der Notdurft; Fortbewegung). Die Grundpflege kann in Form von Anleitung, Überwachung, Unterstützung, teilweiser- oder vollständiger Übernahme der Verrichtung gewährt werden.

Der von den Versicherern zu vergütende Beitrag an die Grundpflege dürfte auf Stufe der Krankenpflege-Leistungsverordnung festgelegt werden. Analog der heute geltenden Rahmentarife ist davon auszugehen, dass ein absoluter Frankenbetrag pro Tag oder Stunde, differenziert nach Pflegebedarfsstufen, festgelegt wird.

- Die *Behandlungspflege*⁵ verfolgt ein therapeutisches oder palliatives Ziel zur Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen.

Die Vergütung der Behandlungspflege soll nach den geltenden Tarifgrundsätzen erfolgen, d.h. zwischen den Versicherern und Leistungserbringern vertraglich ausgehandelt werden. Die Vertragsautonomie soll aber im Pflegeheimbereich insoweit eingeschränkt werden, als die Tarifpartner gesetzlich verpflichtet werden, für die Vergütung der Behandlungspflege eine *Pauschale* zu definieren. Dies ist angezeigt, weil die Erfahrung gelehrt hat, dass Einzelleistungstarife gewisse Anreize zur Mengenausweitung in sich tragen. Im *Spitexbereich* dürfte sich eine solche zwingende Vorschrift weniger aufdrängen, da dort üblicherweise *Zeittarife* vereinbart werden.

Im Rahmen der rechtlichen Umsetzung in der KLV ist geplant, *Definitionen von Behandlungs- und Grundpflege* zu aktualisieren, wobei den Bedürfnissen von pflegebedürftigen Personen in besonderen Situationen wie die Palliativpflege oder die Pflege bei demenziellen und psychischen Krankheiten besondere Beachtung geschenkt werden muss.

- Bezügerinnen und Bezüger einer Altersrente, die in leichtem Grad hilflos sind, wird neu für die täglichen Lebensverrichtungen (Grundpflege) eine *Hilflosenentschädigung* gewährt. Damit können, zusammen mit dem von der Krankenversicherung vergüteten Beitrag an die Grundpflege, die Spitex-Leistungen abgedeckt werden. Die Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit wird allerdings nur an Personen ausgerichtet, die zu Hause wohnen.

Sozialpolitische Begleitmassnahme: Ausbau der Ergänzungsleistungen für Heimbewohner/-innen

Da die Neuregelung der Krankenversicherungsleistungen tendenziell zu einer stärkeren Belastung der privaten Haushalte führt, erscheint eine Korrektur durch die bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen angezeigt. Für Personen, die dauernd oder für längere Zeit

3 Gemäss den Ausbildungsbestimmungen des Schweizerischen Roten Kreuzes (1992)

4 Art. 7 Abs. 2 Bst. c Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)

5 Art. 7 Abs. 2 Bst. b KLV

in einem Heim oder Spital leben, darf die jährliche Ergänzungsleistung nach geltendem Recht nicht mehr als 175 Prozent des Höchstbetrages für den Lebensbedarf von Alleinstehenden⁶ betragen, was gegenwärtig einem Jahresbetrag von 30 900 Franken entspricht. In die Vorlage wird deshalb die Aufhebung der jährlichen Begrenzung der Ergänzungsleistungen für Heimbewohner/-innen aufgegriffen, welche im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) ebenfalls vorgeschlagen wird. Die jährlichen Ergänzungsleistungen an die Heimbewohner/-innen sollen also nicht mehr limitiert sein; im Gegenzug wird erwartet, dass die Kantone⁷ Höchstbeträge für die anrechenbaren Heimtaxen festssetzen.

Die finanziellen Auswirkungen

In der Krankenversicherung

Es ist davon auszugehen, dass der Beitrag an die Grundpflege so festgelegt werden wird, dass die heutige Belastung der Krankenversicherung gemäss Rahmentarifordnung (rund 1,4 Mrd. Fr.) in etwa unverändert bleibt.

In der AHV

Die Mehrkosten der Einführung einer Entschädigung an Rentner und Rentnerinnen, die in leichtem Grad hilflos sind, werden auf 20 Millionen Franken geschätzt.

Bei den Ergänzungsleistungen und in der Sozialhilfe

Unter Einbezug der EL-Änderung dürften die Kantone (und der Bund) einerseits durch die EL zusätzlich belastet werden (geschätzte Mehrkosten von 236 Millionen Franken⁹), auf der anderen Seite dürfte die kantonale bzw. kommunale Sozialhilfe durch die höheren EL-Beiträge (geschätzt auf rund 100 Millionen Franken) weitgehend entlastet werden, sowie allenfalls der Subventionierungsbedarf von öffentlichen Pflegeheimen und öffentlicher Spitex zurückgehen. Netto dürfte aber der Ausbau der EL überwiegen, so dass für die öffentliche Hand mit echten Mehrkosten zu rechnen ist.

Speziell: finanzielle Auswirkungen auf die pflegebedürftigen Personen

Bereits heute werden die nicht von der Krankenversicherung übernommenen Kosten anderweitig gedeckt. Kurzfristig würde somit die neue Pflegefinanzierung zu keiner Mehrbelastung für die Haushalte führen, vielmehr sollte der Ausbau der Ergänzungsleistungen und die Einführung einer Entschädigung für leichte Hilflosigkeit gesamthaft zu einer leichten Entlastung der pflegebedürftigen Personen führen. Da die Ergänzungsleistungen aber bedarfsabhängig gewährt werden, wird es von der Situation des einzelnen Haushaltes abhängen, ob eine Entlastung eintritt oder nicht.

Angesichts des vorgeschlagenen Beitrages an die Grundpflege in der Krankenversicherung ist aber mittel- bis langfristig zu erwarten, dass die Haushalte einer zunehmenden Belastung ausgesetzt sein werden. Es ist nämlich davon auszugehen, dass sich dieser Beitrag unterproportional mit der Entwicklung der Kosten im Pflegesektor entwickeln wird, so dass langfristig der Finanzierungsanteil der Krankenversicherung relativ gesehen zurückgehen wird.

Die Finanzierung der Pflegekosten am Beispiel von Einzelfällen

Anhand der nachfolgenden Beispiele soll aufgezeigt werden, wie die Pflegefinanzierung im Einzelfall heute bzw. nach der Reform zusammengesetzt ist. Dabei ist zu beachten, dass die KV-Leistungen auf den im Jahre 2004 geltenden Rahmentarifen für die Vergütung der Pflegekosten in der KLV beruhen. Die Auswirkungen (bzw. Nichtauswirkungen) auf die Leistungen der Sozialversicherungszweige, die mit dem neuen Modell angepasst werden, sind grau unterlegt.

- 6 Artikel 3b Absatz 1 Buchstabe a des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)
- 7 Schon heute haben 23 von 26 Kantonen von der vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Anrechnung von Heimtaxen zu begrenzen.
- 8 Im geltenden Recht beteiligt sich die öffentliche Hand (Bund und Kantone) insgesamt zu 20 Prozent an den Ausgaben der AHV, d.h. hier mit total 4 Millionen Franken an den Mehrausgaben von 20 Millionen Franken.
- 9 Die Aufhebung der Begrenzung des EL-Betrages bei Personen im Heim führt total zu geschätzten Mehrkosten von 236 Millionen Franken bezogen auf EL zur AHV und IV. Die Mehrkosten bezogen einzig auf die EL zur AHV werden auf 158 Millionen Franken veranschlagt.

Die finanziellen Auswirkungen

1

Die finanziellen Auswirkungen auf die einzelnen Finanzierungsträger stellen sich wie folgt dar:

Finanzelle Auswirkungen in Mio. CHF	Bund	Kantone
OKP	0	0
AHV-HE ⁸	+ 3,3	+ 0,7
EL zur AHV	+ 35,5	+ 122,5
EL zur IV	+ 17,5	+ 60,5
Total I	+ 56,3	+ 183,7
Entlastung Sozialhilfe	0	- 100,0
Total II	+ 56,3	+ 83,7

Legende:

- AHV-HE Hilflosenentschädigung der AHV
- EL Ergänzungsleistungen
- OKP obligatorische Krankenpflegeversicherung

Fallbeispiel allein stehende AHV-Rentnerin im Pflegeheim 2

	Geltendes Recht	Reformvorschlag
Einkommen		
– Rente 1. Säule	20 500	20 500
– Rente 2. Säule	16 000	16 000
– Hilflosenentschädigung	6 300	6 300
– KV-Leistungen	21 900	21 900
– Total Einkommen	64 700	64 700
Ausgaben		
– Heimtaxe	90 000	90 000
– Persönliche Auslagen	3 500	3 500
– KV-Prämien	3 000	3 000
Total Ausgaben	96 500	96 500
Ausgabenüberschuss	31 800	31 800
Ergänzungsleistungen	30 300	31 800
Sozialhilfe	1 500	0

1. Allein stehende AHV-Rentnerin im Pflegeheim (Stichtag 1.12.2004)

Für eine allein stehende Rentnerin, die im Pflegeheim lebt und deren Renteneinkommen gesamtschweizerischen Durchschnittswerten entsprechen, ändert das neue Finanzierungsmodell an der Leistung, die sie von der *Krankenversicherung* vergütet erhält – zumindest kurzfristig – nichts. Nach geltendem Rahmentarif erhält die Rentnerin, die in mittlerem Grad hilflos ist, pro Tag 60 Franken für Behandlungs- und Grundpflege (= 21 900 Fr./Jahr), mit dem Reformvorschlag fällt der gleiche Betrag an, allerdings unterschiedlich aufgeteilt nach Grundpflege (Beitrag von 45 Fr./Tag) und Behandlungspflege (volle Vergütung, hier geschätzt auf pauschal 15 Fr./Tag). Mittel- bis langfristig wird der Beitrag an die Grundpflege von 45 Franken pro Tag, sofern er nicht erhöht wird, einen zunehmend geringeren Teil der Ausgaben decken und so zu einer finanziellen Zusatzbelastung der Rentnerin führen. Im Bereich der *Ergänzungsleistungen* fällt mit dem neuen Modell die Leistungsbegrenzung weg, so dass die Rentnerin nicht mehr an die Sozialhilfebehörde gelangen muss.

2. Allein stehende AHV-Rentnerin mit Pflege zu Hause (Stichtag 1.12.2004)

Die Rentnerin, die von ihrem Renteneinkommen der ersten und zweiten Säule lebt, ist leicht hilfsbedürftig und benötigt täglich zwei Stunden Spitexdienstleistungen, wovon 1 Stunde für die Grundpflege (45 Fr.) und

Allein stehende AHV-Rentnerin mit Pflege zu Hause 3

	Geltendes Recht	Reformvorschlag
Einkommen		
– Rente 1. Säule	22 500	22 500
– Rente 2. Säule	22 500	22 500
– Hilflosenentschädigung	0	2 500
– KV-Leistungen	16 400	16 400
Total Einkommen	61 400	63 900
Ausgaben		
– Allg. Lebensbedarf	17 300	17 300
– Mietzins	13 200	13 200
– Spitex-Leistungen		
– Grundpflege	16 400	16 400
– Hauswirtschaft	8 000	8 000
– KV-Prämien	3 000	3 000
Total Ausgaben	57 900	57 900
Einnahmenüberschuss	3 500	6 000

1 Stunde für hauswirtschaftliche Leistungen (22 Fr.) eingesetzt wird. Der Beitrag der *Krankenversicherung* an die Grundpflegekosten ist gleich hoch wie unter geltendem Recht (365.45 Fr. = ~16 400 Fr.). Auch hier gilt aber, dass der Beitrag an die Grundpflege von 45 Franken pro Tag, sofern er nicht erhöht wird, mittel- bis langfristig einen zunehmend geringeren Teil der Ausgaben decken und so zu einer finanziellen Zusatzbelastung der Rentnerin führen wird. Neu erhält die Rentnerin mit dem Reformvorschlag von der *AHV* eine Entschädigung für ihre Hilflosigkeit leichten Grades.

Diese beiden Beispiele demonstrieren, dass die Reformvorlage kurzfristig sogar zu einer leichten Entlastung der Pflegebedürftigen führen wird.

Weiteres Vorgehen

An der Sitzung der Kommission des Ständerates für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 29. August 2005 wurde ein Hearing mit Vertretern der Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und Interessen- und Fachverbände durchgeführt. Die Kommission hat noch keinen Eintretensentscheid gefällt. Die Behandlung der Vorlage im Plenum ist in der Frühjahrsession 2006 vorgesehen.

Ursula Scherrer, lic. iur., Kranken- und Unfallversicherung, Sektion Rechtsetzung und Grundlagen, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: ursula.scherrer@bag.admin.ch

Demografische Alterung, Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit

Die Schweiz ist – wie andere europäische Länder – mit einer doppelten demografischen Alterung konfrontiert: Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge eines Geburtenrückgangs. Ausgelöst wird dieser Prozess durch geburtenstarke Jahrgänge («Baby-Boom-Generation»), die weniger Kinder zur Welt brachten als ihre Eltern, aber länger leben werden. Andererseits steigt die Zahl älterer Menschen auch aufgrund der erhöhten Lebenserwartung älterer Menschen, und je nach Bevölkerungsszenario erhöht sich die Zahl der über 79-Jährigen zwischen 2000 und 2040 von 290 000 auf 550 000 bis 680 000 Menschen. Damit wird die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen – und namentlich auch demenzerkrankter Menschen – ansteigen, und dies selbst dann, wenn sich Fortschritte in der Gesundheitsförderung im Alter ergeben.



François Höpflinger
Universität Zürich

Demografische Perspektiven

Für die demografische Entwicklung der nächsten Jahrzehnte ist gesamthaft betrachtet vor allem ein Punkt zentral: Die demografische Alterung wird sich vor allem aufgrund des Alterns geburtenstarker Jahrgänge, die selbst wenig Kinder zur Welt brachten, beschleunigen. Nach dem Absterben der Baby-Boomer wird die demografische Alterung wieder sinken. In der Nachkriegszeit gab es zwei Geburtenspitzen, und entsprechend zwei unterschiedliche «Baby-Booms»: Der erste Geburtenanstieg erfolgte in der Schweiz – im Unterschied zu kriegsversehrten Ländern – schon 1943.

1943 bis 1950 lagen die Geburtenraten bei 2,4 und mehr. 1951 bis 1956 waren die Geburtenraten leicht tiefer, um 1957 bis 1966 wieder 2,4 bis 2,6 zu erreichen. Damit waren einerseits die Jahrgänge 1943 bis 1950 besonders geburtenstark (Kriegs- und Nachkriegs-Baby-Boomer), aber dies gilt auch für die Jahrgänge 1957 bis 1966 (Wohlstands-Baby-Boomer).

Daneben ist – vor allem für die zahlenmässige Entwicklung der älteren Bevölkerung – auch die Entwicklung der Lebenserwartung von grosser Bedeutung. Seit Einführung der AHV (1948) hat sich die Lebenserwartung 65-jähriger Männer von 12 auf 17 Jahre erhöht, und bei den 65-jährigen Frauen von 13 auf 21 Jahre. Zur weiteren Entwicklung der Lebenserwartung bestehen allerdings kontroverse Ansichten: Eine mehr pessimistische These geht davon aus, dass nur noch ein geringes Potenzial für eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung besteht, weil sich die Lebenserwartung in hoch entwickelten Ländern allmählich der biologisch möglichen Lebensspanne von Menschen angenähert hat, oder weil neue Epidemien und die Entwicklung lebensstilbedingter Mortalitätsrisiken (Übergewicht usw.) absehbar seien. Eine mehr optimistische These geht umgekehrt davon aus, dass gesundheitsfördernde Massnahmen sowie bedeutsame medizinische Fortschritte zu einer weiteren Erhöhung der Lebenserwartung beitragen werden.

Das Bundesamt für Statistik geht in seinen demografischen Szenarien von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung in der Schweiz aus (vgl. Bundesamt für Statistik 2002), wobei diverse Szenarien durchgespielt werden. Je nach Szenario steigt die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer von heute gut 77 Jahren bis 2060 auf 80 bis 85^{1/2} Jahren, und bei den Frauen wird je nach Szenario ein Anstieg von heute gut 83 Jahren auf 85 bis 90 Jahren erwartet. Aufgrund kohortenspezifischer Effekte (höherer Wohlstand bei jüngeren Rentnergenerationen, bessere Ausbildung, weniger harte Arbeitsbiographien, bessere Gesundheitsversorgung) erscheint auch aus gerontologischer Perspektive eine weitere Zunahme der Lebenserwartung – und hier namentlich auch bei den über 65-jährigen Personen – als sehr wahrscheinlich (immer unter der Bedingung, dass es nicht zu einem markanten Zusammenbruch der sozial- und gesundheitspolitischen Strukturen oder gar zu unbehandelbaren Epidemien kommt).

Wie stark gerade auch die Entwicklung der älteren Bevölkerung – gegenwärtig schon geboren – durch die weitere Entwicklung der Lebenserwartung beeinflusst

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

1

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	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	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	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, bis 2060 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, bis 2060 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 65 J: Männer von 16.7 bis 2060 auf 21.5 Jahre, Frauen von 20.6 bis 2060 auf 25.0 Jahre.

Quelle: Bundesamt für Statistik 2002.

wird, wird durch die Daten in **Tabelle 1** sehr eindrücklich illustriert.

Da das Risiko von Pflegebedürftigkeit oder hirnorganischer Störungen altersabhängig ist, hat eine demografische Alterung – aufgrund deutlichem Anstieg 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 ältere Frauen diesbezüglich die klare Mehrheit bilden. Und die Zahl der hochaltrigen Menschen im Alter von 90 Jahren und älter steigt je nach Entwicklung der weiteren Lebenserwartung zwischen 2000 und 2040 von gut 46 000 Menschen auf 89 000 bis 155 000 Menschen an. Die zweite Zahl wird vor allem eintreffen, wenn sich die Lebenserwartung älterer Menschen stark erhöht. Selbst wenn die höheren Zahlen nicht zutreffen, ergibt sich in jedem Fall eine massive Zunahme in der Zahl hochbetagter Frauen und Männer, und dies bleibt selbst dann eine markante gesundheitspolitische Herausforderung, wenn zukünftig Pflegebedürftigkeit im Alter später oder vermindert auftritt.

Intergenerationelle Unterstützungsraten – die pflegerische Perspektive der Demografie

Insgesamt ist nicht allein die Zahl älterer Menschen bedeutsam. Wichtig ist gesellschaftspolitisch auch das relative Verhältnis verschiedener Altersgruppen. Eine steigende Zahl von Altersrentnern und -rentnerinnen weist dann negative finanzpolitische Konsequenzen auf, wenn gleichzeitig die Zahl der beitragspflichtigen Erwerbstätigen sinkt, die diese Renten mit ihren Lohnbeiträgen finanzieren. Ebenso wirkt eine massive Zunahme in der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen vor allem Probleme auf, wenn gleichzeitig die Zahl jüngerer Frauen und Männer sinkt, die Pflegeaufgaben übernehmen können.

Zur Erfassung der Verschiebungen der Generationenverhältnisse aufgrund des steigenden Anteils betagter Menschen werden in der Forschung oft so genannte intergenerationelle Unterstützungsraten (engl. «parent support ratios») benützt. In vereinfachter Form widerspiegeln diese Raten das Verhältnis zweier aufeinander folgender Generationen (Generation der hochbetagten Eltern im Verhältnis zur nachfolgenden Generation ihrer Kinder).

Zur Entwicklung intergenerationaler Unterstützungsraten 2 je nach Bevölkerungsszenario

	Intergenerationelle Unterstützungsraten ¹			
	2000	2020	2040	2060
Szenario:				
– 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	56.8	59.3

¹ Zahl von 80-jährigen und älteren Personen pro 100 Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren (englisch: «parent support ratios»)

Zu den Annahmen der drei Szenarien vgl. Tabelle 1

Die **Tabelle 2** zeigt die Entwicklung der intergenerationalen Unterstützungsraten für die Schweiz von 2000 bis 2060 gemäss den vorher aufgeführten drei unterschiedlichen Bevölkerungsszenarien. In allen Szenarien nimmt der Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen im Verhältnis zur nachfolgenden Generation deutlich zu, und dieser Trend wird sich vor allem nach 2020 akzentuieren. Der Höhepunkt dieser Entwicklung wird erreicht, wenn die geburtenstarken Jahrgänge (Baby-Boom-Generationen) ein hohes Alter erreichen. Während im Jahre 2000 auf 100 Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren um die 22 bis 23 hochaltrige Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr entfielen, werden dies im Jahr 2040 nach dem Szenario Trend voraussichtlich 40 bis 41 Hochaltrige sein. Falls sich die Lebenserwartung der 65-jährigen und älteren Bevölkerung markant erhöht, verschiebt sich das Verhältnis noch stärker, und im Extremfall kann sich ein Verhältnis von nahezu 60 hochaltrigen Menschen pro 100 50- bis 64-Jährige ergeben. Damit werden in Zukunft mehr Menschen der mittleren Generation mit familialen Pflegesituationen konfrontiert, und die demografische Entwicklung wird auch einen Ausbau professioneller Pflegekräfte erfordern.

Allerdings können die intergenerationalen Unterstützungsraten – analog anderen demografischen Verhältniszahlen – eine suggestive Wirkung ausüben, etwa wenn steigende Unterstützungsdaten direkt als Beweis für eine belastende Situation der «Sandwich-Generation» angesehen werden. Da viele 80-jährige und ältere Menschen keineswegs pflegebedürftig sind, ist die intergenerationalen Pflegebelastung geringer als dies die demografischen Indikatoren andeuten. Dennoch ist es nicht selten, dass erwachsene Kinder sich früher oder später mit der Pflegebedürftigkeit von Eltern auseinandersetzen müssen (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2005, Buchbesprechung auf Seite 316 dieser Ausgabe).

Sozio-demografische Detailanalysen deuten darauf, dass heute gut 10% der 40- bis 49-jährigen Personen mit der Pflegebedürftigkeit eines Elternteils oder beider Eltern konfrontiert werden, und bei den 50- bis 54-Jährigen sind dies 16%. Danach sinkt dieser Anteil aufgrund des Todes der Elterngeneration wieder ab. Insgesamt dürften um die 55 bis 60% der heutigen Frauen und Männer zwischen dem 40. und 64. Altersjahr mindestens mit einem pflegebedürftigen Elternteil konfrontiert sein (und wenn Schwiegereltern mit einbezogen werden, erhöhen sich die entsprechenden Werte weiter). Gegenwärtig werden schon heute mindestens 40% der Frauen in der Lebensphase zwischen dem 40. und 64. Altersjahr mit einem potenziellen beruflich-pflegerischen Vereinbarkeitskonflikt (gleichzeitig Berufs- und Pflegearbeiten) konfrontiert (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger 2006). Das Risiko einer beruflich-pflegerischen Doppelbelastung ist speziell im letzten Jahrzehnt vor der Pensionierung am höchsten. Die ansteigenden intergenerationalen Unterstützungsdaten deuten an, dass zukünftig noch weit mehr Personen zwischen dem 40. und 64. Lebensjahr potenziell mit einem pflegerisch-beruflichen Vereinbarkeitskonflikt (gleichzeitig Erwerbstätigkeit während späten Erwerbsjahren und Pflegeaufgaben zugunsten pflegebedürftiger Elternteile) konfrontiert sein werden.

Demografische Alterung und Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen

Pflegebedürftigkeit wird im höheren Lebensalter häufiger. Während erst 8 bis 10% der 75- bis 79-Jährigen als pflegebedürftig – im Sinn der Unfähigkeit, alltägliche Aktivitäten noch selbstständig zu verrichten – einzustufen sind, sind dies bei den 80- bis 84-Jährigen schon gut 18 bis 20%, und die über 84-jährigen Menschen sind zu gut einem Drittel (33 bis 35%) pflegebedürftig (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003). Allerdings ist für den ansteigenden Anteil an Pflegebedürftigen nicht allein das Alter an sich verantwortlich, sondern der bisherige Lebensstil und die bisherige Gesundheitsvorsorge haben ebenfalls einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit im späteren Lebensalter (auch wenn namentlich im hohen Lebensalter altersbedingte Einbussen stärker hervortreten). Dank höherem Wohlstand und guter Gesundheitsversorgung bleiben heutige Generationen älterer Menschen länger gesund und länger behinderungsfrei als frühere Generationen (vgl. Höpflinger 2003). Positive Entwicklungen der Gesundheit im Alter sind auch für die zukünftige Entwicklung des Pflegebedarfs wichtig: Wenn ältere Menschen später hilfs- und pflegebedürftig werden, erhöht sich der Pflegebedarf langsamer, als dies eine demografische Fortschreibung aktueller Zahlen andeutet.

Hochgerechnet dürften im Jahr 2005 in der Schweiz zwischen 115 000 bis 135 000 pflegebedürftige ältere Personen leben. Bei gleich bleibenden Quoten von Pflegebedürftigkeit wird die Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen in der Schweiz von 2005 bis 2020 um gut einem Viertel ansteigen, auf 145 000 bis 167 000 Personen, und bei konstanten Pflegebedürftigkeitsquoten steigt die Zahl älterer und hochbetagter pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahre 2050 je nach Bevölkerungsszenario auf 201 000 bis 272 000 Personen.

Eine lineare Projektion von Pflegebedürftigkeitsquoten ist allerdings höchst problematisch, da sich in den letzten Jahrzehnten die behinderungsfreie Lebenserwartung erhöht hat. Auch zukünftig können gesellschaftliche und medizinische Fortschritte das Risiko von Pflegebedürftigkeit im Alter reduzieren oder die Phase von 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. Durchgeführte Pilotstudien haben nachgewiesen, dass präventive geriatrische Hausbesuche bei älteren und betagten Menschen das Risiko von Behinderungen im Alter wirksam reduzieren (vgl. Schmocker et al. 2000). Durchgeführte einfache demografische Modellrechnungen (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003) 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 beobachten wäre. Insgesamt wird die Zahl der älteren pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahrzehnten ansteigen, allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger stark als dies aus linearen demografischen Projektionen hervorgeht. Gleichzeitig steigt das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Menschen weiter an. In der Folge werden mehr und mehr pflegebedürftige Menschen hochbetagt sein und daher oft gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten leiden (Multimorbidität). Eine solche Entwicklung impliziert die Notwendigkeit eines auch qualitativen Ausbaus der familialen und professionellen Pflege krankter alter Menschen.

Eine besondere Herausforderung der Pflege im Alter ist heute wie auch in Zukunft die Pflege demenzerkrankter Menschen. Zum ersten handelt es sich familial wie professionell um eine höchst anspruchsvolle Pflegeaufgabe, da sich die Anforderungen an die Pflege ständig verändern. Zum zweiten handelt es sich häufig um

eine langjährige Pflegesituation, vor allem bei hirnorganischen Störungen ohne kardiovaskuläre Begleiterscheinungen. Die Häufigkeit demenzieller Störungen steigt mit dem Lebensalter an, wobei alle hoch entwickelten Länder analoge altersbezogene Entwicklungen von demenziellen Störungen aufweisen. Es gibt heute nicht mehr ältere Menschen mit Demenzerkrankungen als früher, weil das Krankheitsrisiko angestiegen ist, sondern primär, weil heute mehr Menschen ein Alter erreichen, wo demenzielle Störungen häufiger auftreten. In der Schweiz waren im Jahre 2005 um die 92 400 über 60-jährige Menschen von demenziellen Störungen betroffen (wobei nur ein Teil der Demenzerkrankten schon stark pflegebedürftig ist). Fast zwei Drittel (64 %) der Demenzerkrankten sind 80-jährig und älter, was einschliesst, dass diese Menschen oft auch an anderen Erkrankungen leiden.

Da hirnorganische Störungen stark altersbezogen sind und gegenwärtig noch keine wirksamen Präventionsmöglichkeiten bestehen, ist die Entwicklung demenzerkrankter Menschen eng mit der demografischen Entwicklung verknüpft, und bis 2020 kann die Zahl demenzerkrankter älterer Menschen durchaus auf 114 000 bis 117 000 Menschen ansteigen, und für das Jahr 2050 würden sich bei linearer Fortschreibung aktueller Prävalenzraten zwischen 142 000 bis 186 000 demenzerkrankte ältere Menschen ergeben. Diese letzten Zahlen sind allerdings insofern unrealistisch, als sie pessimistisch davon ausgehen, dass selbst in 45 Jahren keine wirksamen präventiven und rehabilitativen Mittel gegen Demenzerkrankungen vorliegen. Präventive medizinische Mittel sind zwar noch Jahre von der Realisierung entfernt, aber längerfristig wahrscheinlich. Kurz- und mittelfristig bleibt die Betreuung und Pflege demenzerkrankter älterer Menschen eine stark demografisch bestimmte Herausforderung familialer und professioneller Pflege.

Angeführte Literatur

- Bundesamt für Statistik (2002) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000-2060. Vollständiger Szenariensatz, Neuchâtel: BFS.
- Höpflinger, François (2003) Gesunde und autonome Lebensjahre – zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in: Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger (Hrsg.) Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Bern: Huber-Verlag: 59-74
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber-Verlag.
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie (2005) Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz, Bern: Huber.
- Perrig-Chiello, P.; Höpflinger, F. (2006) Aging parents and their middle-aged children – demographic and psychosocial challenges, *European Journal of Aging/ Special issue on intergenerational relations* (in Vorbereitung).
- Schmocker, H.; Oggier, W.; Stuck, A. (Hg.) (2000) Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri: Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

François Höpflinger, Prof. Dr., Titularprofessor für Soziologie an der Universität Zürich und Forschungsdirektor am Universitären Institut «Alter und Generationen» (INAG), Sion. E-Mail: fhoepf@soziologie.unizh.ch

Lebensphase Altern – eine Auswahl an Szenarien

Pflege darf nicht ausschliesslich aus dem Blickwinkel der Finanzierung betrachtet werden. Der Artikel geht auf andere Fragestellungen, wie die Einstellung zur Pflegephase, die Entlastung von Angehörigen wie auch auf die Akzeptanz eines Heimeintritts ein. Schon die Lebenseinstellung nach der Pensionierung kann einen Beitrag zur Bewältigung einer späteren Pflegephase leisten.



François Huber
Geschäftsfeld Alters- und
Hinterlassenenvorsorge, BSV

1. Vielfalt von Szenarien

Das Altern verläuft in verschiedener Hinsicht ganz unterschiedlich.

- Eine Person wird 65 Jahre alt, eine andere 75 Jahre und eine weitere Person 95 Jahre oder älter.
- Eine Person stirbt relativ plötzlich und ohne Betreuungs- und Pflegephase, eine andere Person stirbt nach einer kurzen und schweren Krankheit. Eine weitere Person stirbt nach einer fünf Jahre dauernden Pflege- und Betreuungsphase. Die Pflegephase kann von unterschiedlicher Dauer sein.
- Ein Paar bleibt im Alter während Jahrzehnten zusammen und in einem andern Fall erlebt man 20 oder 30 Jahre als Witwe oder Witwer.
- Jemand sieht relativ früh alt und ergraut aus und jemand anderem gibt man kaum 70 Jahre, obwohl er/sie in Wirklichkeit bereits 80 Jahre alt oder noch älter ist.

Die eigene Alterszukunft dürfte im Alter von 50 Jahren, von Ausnahmen abgesehen, nicht bekannt sein. Man kann sich eine gewisse Wahrscheinlichkeit vorstellen. Ob dies eintritt oder nicht, ist nicht voraussehbar.

Sicherlich sind einige Elemente durch Verhaltensweisen beeinflussbar. Bei gleicher Verhaltensweise kann aber das Alter ganz unterschiedlich verlaufen.

2. Vorbereitung und Einstellungen

Unabhängig vom Wissen um den eigenen Betreuungs- und Pflegeverlauf stellt sich die Frage, ob bestimmte Einstellungen dazu beeinflusst werden können. Dies ist im Prinzip zu bejahen. Doch auch hier gibt es Grenzen der Beeinflussbarkeit. Bei einer, die Persönlichkeit stark prägenden und beeinflussenden Krankheit wie Demenz und Depression, kann das Verhalten dem eigenen Willen nicht mehr folgen und somit nicht oder nur schwer beeinflussbar sein. Deshalb ist Vorsicht am Platz bei der Beurteilung eines bestimmten Verhaltens. Es handelt sich um das Erscheinungsbild einer Krankheit und ist nicht selbst gewählt.

Folgende Grundhaltungen können die Betreuungs- und Pflegephase erleichtern und erträglicher machen:

Bereit, sich helfen zu lassen

Es besteht der berechtigte Wunsch, möglichst lange in seiner gewohnten Umgebung bleiben zu können. Um diesen Wunsch erfüllen zu können, sind die SPITEX-Dienste seit den neunziger Jahren stark ausgebaut und von der AHV finanziell gefördert worden.

Es kann vielleicht schwer fallen einzugestehen, dass man nicht alles selber machen kann und auf Hilfe angewiesen ist und rechtzeitig SPITEX-Dienste in Anspruch nehmen sollte. Dies ist bei der Ernährung besonders wichtig. Untersuchungen haben gezeigt, dass bei ungeplanten Spitaleintritten der Ernährungszustand bei älteren PatientInnen öfters Mängel aufweist. Dies hat negative Folgen auf den Gesundheitszustand. Wer also nicht mehr selber Mahlzeiten zubereiten kann oder dazu schwer motivierbar ist, sollte sich überlegen, ob er den Mahlzeitendienst kommen lassen will oder ob er sich regelmässig auswärts (z.B. durch Mittagstische oder durch Essen im Altersheim) verköstigen möchte.

Helfende nicht ausbrennen lassen

Der Partner oder die eigenen Kinder leisten bewundernswerte Hilfe bei der Betreuung und Pflege. Die so gepflegte Person sollte den Betreuenden Erholungsphasen ermöglichen. Das heisst bereit sein, die Hilfe auch von einer andern Person bereitwillig anzunehmen, auch wenn die Modalitäten der Hilfe unterschiedlich

sind, oder bereit sein, regelmässig ein Tagesheim zu besuchen. Eine Studie über «Effekte der Aus- und Weiterbildung von Angehörigen von Menschen mit Demenz» hat gezeigt, dass sich Angehörige nach Besuch eines Schulungsprogramms häufiger mittels einer Fremdbetreuung entlasten liessen. Dies verbesserte das emotionale Wohlbefinden des Angehörigen (Alzheimer INFO Nr. 42, Sommer 2005, S. 10 ff.; Bezug über www.alz.ch).

Die AHV kann bis zum In-Kraft-Treten der NFA, gestützt auf Art. 101bis AHVG, die Organisation der Entlastungsdienste gemeinnütziger Institutionen wie Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, Alzheimer Vereinigung usw. subventionieren und tut es auch. Dies gilt auch für Tagesheime.

Wenn so das Helfen erleichtert wird, kann die Hilfe in der gewohnten Umgebung zeitlich länger erfolgen.

Helfende korrekt entschädigen

Hier geht es um die informellen Hilfen der eigenen Kinder sowie derjenigen aus Bekanntschaft und Nachbarschaft. Bei SPITEX wie auch Tagesheimen gibt es klare Tarife. Vor allem bei mehreren Kindern sollte eine klare Abmachung um die Entschädigung erfolgen, um spätere Probleme bei der Erbschaft zu vermeiden. Pro Senectute hilft bei der Ausarbeitung einer Betreuungsvereinbarung. Die ältere Person sollte sich bewusst sein, dass das Geld nicht mehr den gleichen Wert wie früher hat. Geht eine Angehörige wegen der Hilfe keiner Erwerbsarbeit nach, oder kann sie diese lediglich in einem bescheidenen Rahmen erbringen, ist dies bei der Entschädigungshöhe zu berücksichtigen.

Vielleicht nimmt ein Nachbar oder eine Nachbarin eine ältere Person regelmässig einmal in der Woche zum Einkaufen mit. Warum sich nicht erkenntlich zeigen und einen Betrag bezahlen. Ist es eine Nachbarin mit Kindern, kann dies als Solidaritätsgeste zwischen Alt und Jung angesehen werden.

Auch einen Eintritt ins Heim akzeptieren

Ab und zu, wenn nicht gar öfters, ist die Einstellung anzutreffen: «Nie in ein Heim!» Vielleicht bestehen mit den eigenen Eltern oder bei Besuchen von Bekannten recht negative Erfahrungen. Deshalb sperrt man sich gegen eine solche Lösung. Es kann durchaus sein, dass die Angehörigen zu früh an ein Heim denken. Vielleicht gelingt eine vernünftige Diskussion und führt zu einer andern Lösung (z.B. regelmässig ein Tagesheim besuchen, Einrichtung eines Notrufsystems, das vom Schweizerischen Roten Kreuz angeboten wird).

Vielleicht erweist sich der Heimeintritt als die weitest optimalste Variante. Hier kann eine offene und positive Einstellung vieles erleichtern. Die Familie wird

nicht durch Schuldgefühle belastet. Die Heimbesuche werden nicht in einer eher angespannten Atmosphäre erfolgen. Auch für das Personal ist es leichter. Wohl hat es gelernt, mit schwierigen Situationen umzugehen. Auch wenn dies gut gemeistert werden kann, so fällt vieles leichter, wenn die neue Bewohnerin oder der neue Bewohner den Eintritt akzeptiert. Die Rolle des schwierigen Patienten stellt für alle eine Belastung dar.

3. Grundhaltung: Gelassenheit gepaart mit Willenskraft

Eine der Errungenschaften des letzten Jahrhunderts bildet zweifellos die Lebensphase Altern, die dem Einzelnen, losgelöst von der früheren Arbeitspflicht, die ja oft auch mit Fremdbestimmung (Kunde, Chefin, Zeitdruck usw.) verbunden ist, einen kürzeren oder längeren Zeitraum zur freien Verfügung stellt. Die Lebenserwartung beträgt ab 65 Jahren für Frauen 20,9 Jahre und für Männer 17,1 Jahre.

Wie der Zeitraum ausgestaltet wird, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Sicher spielt der gesundheitliche Zustand eine erhebliche Rolle. Es kann mehrheitlich vieles realisiert werden, wofür früher wenig Zeit blieb. Die Anzahl der Angebote in Seniorenzeitschriften ist beeindruckend. Das gute Netz des öffentlichen Verkehrs der Schweiz erlaubt viele Reisen. An die 50 000 Seniorinnen und Senioren sind im Besitz eines Generalabonnements, das eine unbeschränkte Anzahl Fahrten auf dem ganzen Netz (inkl. Schiffe, Postauto usw.) erlaubt. Die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser damit verbundenen Ausgaben ist nicht zu unterschätzen. Bei vielen kulturellen Anlässen fällt die grosse Anzahl von Personen im Rentenalter auf. Gerade unter der Woche, wenn die Zeit für Berufstätige eher knapp ist, stellt dies einen guten Ausgleich dar.

Doch in den Jahren nach der Pensionierung stehen auch Aktivitäten für die Gesellschaft im Vordergrund. Das Engagement für Freiwilligenarbeit in den Sektoren Sport, Kultur, Soziales, Umwelt usw. weist in diesem Bevölkerungssegment den höchsten Anteil auf. In den Exekutiven kleinerer und mittlerer Gemeinden stellen sich Frühpensionierte zur Verfügung. Sie haben einen grösseren zeitlichen Spielraum als Berufstätige und sind in der Ausübung des Mandats auch unabhängiger. An der Stiftungsversammlung 2002 der Pro Senectute in Delémont stellte ein lokaler Politiker in der Begrüssungsansprache fest, dass viele Vereinsvorstände ohne die 60- bis 75-Jährigen schlicht nicht mehr funktionieren könnten. Pensionierung bedeutet nicht Rückzug aus der Gesellschaft.

Die Lebenseinstellung, die sich aus all diesen Aktivitäten für die Lebensphase ergibt, in der die Hilfsbedürftigkeit für Betreuung und Pflege beginnt, dürfte

eine entscheidende Bedeutung haben. Gelingt eine Haltung der Gelassenheit wie auch des Annehmens der andern Seite des Alterns, so kann die kommende Phase der Betreuung und Pflege für alle beteiligten Personen (Familie, Bekannte, Pflege- und Betreuungspersonal von SPITEX und der Alters- und Pflegeheime) weniger schwer fallen. Gelassenheit darf nicht mit Passivität gleichgesetzt werden. In einer Rehabilitationsphase braucht es unbedingt die Willenskraft der Patientin, um beispielsweise wieder, oder besser, gehen zu können. Sie kann entscheidend für den Genesungsprozess sein.

4. Zuwendungszeit in der Betreuungs- und Pflegephase

Ein Thema der SPITEX- und Heimlandschaft stellt die Frage der Zeit für Zuwendung. Der Kostendruck und die damit verbundenen Engpässe in der Personalodotation führen zu Klagen.

Die Personalknappheit darf nicht als stereotype Ausrede benutzt werden, um keine Zeit für das Gespräch zu finden. Es gibt immer wieder Möglichkeiten. Das Problem liegt vielleicht tiefer. Fehlen nicht-professionelle Bezugspersonen, wird es tatsächlich eng. Deshalb bildet die Frage nach dem Umfeld einen wesentlichen Bestandteil der SPITEX-Bedarfsabklärung. Fehlen Bezugspersonen, wäre dies Anlass dazu, Freiwillige einzusetzen. Diese können sich problemlos Zeit für einen längeren Kaffee nehmen, was bei einer SPITEX-Frau regelmässig nicht möglich ist. Gleiches gilt für Alters- und Pflegeheime, von denen einige Besuchsdienste aufgebaut haben.

Pro Senectute hat vor einigen Jahren begonnen, Treuhanddienste einzurichten. Es sind Freiwillige, die gegen ein bescheidenes Entgelt die Finanzen sowie den Zahlungs- und Behördenverkehr von Personen übernehmen, die dazu schlecht oder nicht mehr in der Lage

sind, und die auch keine Angehörige mehr für diese Aufgabe haben. Das Erledigen der Finanzangelegenheit erlaubt aber auch eine regelmässige Kontaktnahme, verbunden mit kürzeren oder längeren Gesprächen zu andern Themen. Pro Senectute begleitet und instruiert die Treuhänder und gibt auch Gewähr, dass alles korrekt verläuft. Damit kann auf Beiratschaften und Beistandschaften, gestützt auf das Vormundschaftsrecht, verzichtet werden. Ein Treuhänder kann auch die Finanzierungsmöglichkeit der Pflegephase mit SPITEX oder im Heim abklären und dadurch unbegründeten Ängsten entgegentreten.

5. Schlussgedanken

Diese Überlegungen zeigen auf, dass die Pflege verschiedene Dimensionen hat und viele Faktoren eine Rolle spielen, wie diese Lebensphase gelebt und erlebt wird. Der Wunsch nach einem aktiven und abwechslungsreichen Alter ohne Pflegephase kann in vielen Fällen nicht erfüllt werden.

Zu hoffen ist auch, dass das Finanzierungsverfahren für die Langzeitpflege gut gelöst werden kann und dass sich die Kräfte in Heimen und bei der SPITEX auf eine möglichst gute Bewältigung der Pflegephase richten. Vielleicht gelingt es auch, die positiven Seiten einer Pflegephase zu erfassen, die einen harmonischeren Abschied von Angehörigen und Freunden ermöglichen als bei einem plötzlichen und unvorhergesehenen Tod. Der immer wieder festgestellte Einsatz für eine palliative Pflege kann als Zeichen der Hoffnung betrachtet werden.

François Huber, lic.phil., Leiter Fachstelle Altersfragen,
Geschäftsfeld Alters- und Hinterlassenenvorsorge, Bundesamt für
Sozialversicherung.
E-Mail: francois.huber@bsv.admin.ch

Die Langzeitpflege im internationalen Vergleich

Eine Vergleichsanalyse der Sozialversicherungssysteme erweist sich als «kniffliges Unterfangen»: Entnimmt man die Daten aus ihrem sozialen, wirtschaftlichen und politischen Kontext und setzt sie miteinander in Relation, so kann dies zu falschen Schlussfolgerungen führen. Das wird durch das Sprichwort «Ein Vergleich beweist nichts» bekräftigt. Ein kürzlich in der Europäischen Union erschienener Bericht¹ liefert jedoch eine Reihe von sehr bemerkenswerten Daten, die es erlauben, eine Bestandesaufnahme der heutigen Systeme zu erstellen und einige Entwicklungen aufzuzeigen.



Béatrice Despland
Institut für Gesundheitsrecht,
Neuenburg

1. Terminologie: Beitrag der europäischen und internationalen Organisationen

Erst gegen Ende der siebziger Jahre begann man in Europa damit, den «Betreuungsbedarf» und die «Langzeitpflege» in der Sozialpolitik zu thematisieren. Im Jahr 1968 wird in den Niederlanden eines der ersten Systeme eingeführt, das gezielt für die Langzeitpflege bestimmt ist².

Betrachtet man die Entwicklung der nationalen Systeme, so lassen sich einige gemeinsame Konzepte erkennen. Die in den verschiedenen Sozialschutzsystemen verwendete Terminologie gleicht jedoch eher einem Begriffswirrwarr. Was ist mit den Ausdrücken «Langzeitpflege» und «Abhängigkeit» genau gemeint? Ohne im Detail auf die in den nationalen Gesetzgebungen enthaltenen Definitionen einzugehen, kann man festhalten, dass die Abhängigkeit in der Regel als Zustand einer Person aufgefasst wird, die körperlich, geistig oder seelisch nicht in der Lage ist, ihren Alltag alleine zu bewältigen und elementare alltägliche Verrichtungen zu erledigen. Der Begriff «Langzeit» bezieht sich – auf den ersten Blick erkennbar – auf den Zeitraum, während dem die betreffende Person auf Sozialleistungen angewiesen ist.

Die europäischen und internationalen Organisationen haben sich zum Ziel gesetzt, Regeln zur Vereinheitlichung der Systeme aufzustellen oder den Regierungen Instrumente zu liefern, mit denen sich die sozialen Herausforderungen bewältigen lassen. Sie haben sich daher auch mit der Frage der Langzeitpflege befasst.

Das Ministerkomitee des *Europarates* hat am 18. September 1998 eine Definition der Abhängigkeit festgelegt³. Die Definition, die auf dem Verlust der Selbstständigkeit und dem daraus resultierenden Betreuungsbedarf beruht, bezieht sich jedoch nicht ausschliesslich auf betagte Menschen.

In den verschiedenen Studien, die in der *Europäischen Union* erstellt wurden⁴, ist keine eigentliche Definition der Langzeitpflege zu finden. Hingegen enthält der gemeinsame Bericht der Kommission und des Rates vom 10. März 2003 mit dem Titel «Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege»⁵ eine solche Definition. Der Bedarf an Langzeitpflege wird als wichtiges soziales Risiko anerkannt, das durch die Sozialversicherungssysteme gedeckt werden muss. Gestützt auf diesen Grundsatz definieren die Kommission und der Rat die Langzeitpflege als «Unterstützung von

1 Bericht für die europäische Konferenz «Langzeitpflege für ältere Menschen», organisiert unter der luxemburgischen EU-Präsidentschaft in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss für Sozialschutz der Europäischen Union (Nicole Kerschen «Koordination», Jozsef Hajdu, Gerhard Igl, Marie-Eve Joël, Kees Knipscheer und Igor Tomes), April 2005 (nachstehend: der Bericht).

2 Allgemeines Gesetz über aussergewöhnliche Krankheitskosten: Allgemeine Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

3 Empfehlung Nr. R(98)9. Abhängigkeit wird definiert als Zustand von Personen, die mangels körperlicher, geistiger oder intellektueller Selbstständigkeit oder infolge deren Verlusts auf Unterstützung und/oder wichtige Hilfsleistungen angewiesen sind, um die üblichen Alltagsaktivitäten zu verrichten.

4 Kommission der Europäischen Union, Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die «offene Koordinierungsmethode»: KOM (2004) 304 endg., Brüssel, 20.4.2004.

5 Bericht Nr. 7166/03, SOC 116, Ecofin 77, SAN 41.

Menschen, die nicht in der Lage sind, autonom zu leben...»⁶.

In einer jüngst erschienenen Studie zur Langzeitpflege für ältere Menschen⁷, an der auch die Schweiz teilnahm, hat die OECD Definitionen sowie ein Glossar ausgearbeitet. Der Bedarf an Langzeitpflege wird hier ebenfalls definiert durch die Notwendigkeit, für die alltäglichen Lebensverrichtungen Hilfe von anderen in Anspruch zu nehmen⁸.

Die am 22. Mai 2001 von der WHO verabschiedete «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit» (ICF)⁹ deckt den Bereich der «Gesundheitsdomänen und mit Gesundheit zusammenhängender Domänen» ab. Sie ersetzt die vorherige Klassifikation, die auf die Begriffe «Schädigung», «Fähigkeitsstörung» und «Beeinträchtigung» ausgerichtet war¹⁰. Eine «Informationsmatrix über die Komponenten Aktivitäten und Partizipation» umfasst die allgemein in der Definition der Langzeitpflege und der Abhängigkeit enthaltenen Elemente¹¹.

2. Analyse der europäischen Systeme

2.1 Allgemeines

Die Parameter «versicherte Personen», «ausbezahlte Leistungen», «administrative Organisation» und «Finanzierung» sind für den Vergleich der Versorgungssysteme für Pflege- und Betreuungsbedürftige unerlässlich. Sie können jedoch nicht isoliert von einem allgemeineren Kontext betrachtet werden, in dem sich die Systeme der sozialen Sicherheit entwickeln. Für die Langzeitpflege lässt sich anhand der jüngsten europäischen Studie der folgende allgemeine Rahmen skizzieren:

- Verantwortung des Staates

Kennzeichnend für den Bereich der Langzeitpflege ist die wichtige Rolle der Familie und des Privatsektors in der Betreuung von Personen, die auf Hilfe angewiesen sind. So stützen einige Länder ihr System auf die Privatsphäre oder räumen dieser eine wichtige Rolle ein (zum Beispiel die mittel- und osteuropäischen Länder, die Mittelmeerländer und Portugal). In anderen Ländern trägt hingegen primär der Staat die Verantwortung (Dänemark und die nordischen Länder).

Generell lässt sich feststellen, dass bei diesen Systemen ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen beiden Polen (öffentlich – privat) angestrebt wird, obschon beim Pflegemanagement ein Trend zu einer Verlagerung auf den Privatsektor zu beobachten ist (vor allem in Schweden).

- Zielbevölkerung

Dies ist ein extrem wichtiges Kriterium. Haben die Systeme, welche die Langzeitpflege abdecken, für die Gewährung des sozialen Schutzes eine Altersgrenze

festgelegt? In den geltenden Gesetzgebungen findet man zwei Modelle:

- Systeme, die für betagte Menschen ab 60 Jahren (z. B. Frankreich¹²) oder ab 65 Jahren (z. B. Vereinigtes Königreich) vorbehalten sind;
- Systeme, die sämtliche Personen einschliessen, welche Langzeitpflege benötigen (vor allem Deutschland, Luxemburg).

- Informelle Pflegepersonen

Die Pflege von Angehörigen wird häufig von Familienangehörigen, Freunden, Bekannten oder Nachbarn («informelle Pflegepersonen») und insbesondere von Frauen übernommen. Eine der Herausforderungen, die sich durch die Entwicklung der Sozialversicherungssysteme und des Arbeitsmarktes stellt, besteht darin, den betreffenden Frauen die Möglichkeit zu bieten, im Berufsleben zu bleiben und gleichzeitig ihre familiären Aufgaben mit ihrer Erwerbstätigkeit zu vereinbaren. Dazu sind entsprechende Massnahmen zu ergreifen.

In einigen Ländern können diese neuen Parameter in Konflikt geraten mit einer traditionellen Sichtweise der Familie¹³.

- Bestimmung des Pflegebedarfs

Für die Bestimmung des Pflegebedarfs ist nicht allein die medizinische Diagnose ausschlaggebend. Bei der Ermittlung der Bedürfnisse und der Organisation der Pflege spielen noch andere Parameter eine wichtige Rolle, so unter anderem die Ausstattung und die Wohnsituation sowie die finanziellen Mittel der betreffenden Person.

- Verbraucherstatus der pflegebedürftigen Person

Bei der im Jahr 1992 durchgeführten Systemreform hat Schweden beschlossen, den Begriff «Langzeitpflege» fallen zu lassen und statt dessen ein Konzept zu wählen, das auf dem Recht des Einzelnen auf ein selbstbestimmtes Leben in einer gewöhnlichen Unterkunft

6 «Die Langzeitpflege besteht in der Unterstützung von Menschen, die nicht in der Lage sind, autonom zu leben, und daher in ihrem Alltag von der Hilfe anderer abhängig sind. Ihr Hilfsbedarf reicht von der Erleichterung ihrer Mobilität über Einkäufen, Kochen und andere Hausarbeit bis zu Körperreinigung und Nahrungsaufnahme in den extremsten Fällen...».

7 «Langzeitpflege für ältere Menschen», 2005.

8 Eine Person benötigt Langzeitpflege, wenn sie aufgrund einer Behinderung, einer chronischen Erkrankung, eines Traumas oder einer Krankheit nicht in der Lage ist, die elementaren alltäglichen persönlichen Aufgaben auszuführen oder ihren persönlichen Unterhalt zu besorgen, und daher für die Verrichtung dieser Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) während längerer Zeit auf Hilfe angewiesen ist.

9 Resolution WHA 54.21, verabschiedet von der Vierundfünfzigsten Weltgesundheitsversammlung.

10 International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen), 1980.

11 Einzelheiten siehe den Bericht, S. 9.

12 Historische Analyse dieses Systems, siehe: Institut für Gesundheitsrecht (IDS), Soins de longue durée, soins de dépendance 2004, S. 23ff (vor allem Fussnoten 173 und 174).

13 Zu diesem Punkt sowie für einen Überblick über die in der EU getroffenen Massnahmen siehe den Bericht, S. 43-44.

(Haus oder Wohnung) oder einer speziellen Einrichtung beruht, unabhängig vom Bedarf der betreffenden Person an gesundheitlichen und medizinischen sowie an sozialen Diensten¹⁴. Dieses neue Konzept der Abhängigkeit erlaubt es, der betreffenden Person einen eigentlichen Verbraucherstatus einzuräumen, der mit dem Recht auf Selbstbestimmung verknüpft wird: Wahl des Wohnortes oder Wahl zwischen mehreren verfügbaren Leistungsarten¹⁵.

2.2 Kreis der versicherten Personen

Die Bestimmung der versicherten Personen hängt, wie bereits erwähnt, von der Rolle ab, die dem Staat eingeräumt wird. Die geltenden Systeme verteilen sich auf drei Kategorien:

- Versorgung der Wohnbevölkerung (z. B. die Niederlande);
- Versorgung der einem Versicherungssystem angeschlossenen Personen (z. B. Deutschland, Österreich, Luxemburg);
- bedürftigkeitsabhängige – subsidiäre – Versorgung der Wohnbevölkerung (Spanien, Vereinigtes Königreich für einen Teil der Leistungen).

Die Länder, die ein besonderes System eingeführt haben, zeigen damit, dass sie die Abhängigkeit als neues versicherbares soziales Risiko anerkennen (das fünfte, nach der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, der Rentenversicherung – welche früher die Invalidität und das Alter abdeckte – und der Arbeitslosenversicherung)¹⁶. In den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOEL) wurde keine besondere Gesetzgebung verabschiedet¹⁷.

2.3 Leistungen

Einige Sozialversicherungssysteme haben, besonders in den Rentensystemen (Invalidität, Alter), bereits besondere Leistungen für auf Hilfe angewiesene Personen eingeschlossen, in der Regel in Form von Zusatzrenten.

Wird die Langzeitpflege hingegen über andere Versicherungszweige bezahlt oder direkt vom Staat übernommen, können «Sachleistungen» (Rückerstattung der erbrachten Pflegeleistungen) oder Geldleistungen (für die Betreuung der hilfsbedürftigen Person gewährter Betrag, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf der betreffenden Person) ausgerichtet werden. Die Höhe der ausbezahlten Leistungen kann davon abhängen, in

welcher der vorgesehenen Kategorien die pflegebedürftige Person je nach dem Grad ihrer Abhängigkeit eingeteilt ist (z. B. Deutschland, Frankreich). Auf der anderen Seite kann die Leistungshöhe unabhängig von jeder Klassifizierung, aber nach oben begrenzt festgesetzt werden (z. B. Luxemburg).

Die Anerkennung des «Verbraucherstatus» löst im Leistungsbereich interessante Entwicklungen aus. So können in einigen Systemen die Begünstigten die Gesamtheit oder nur einen Teil des Leistungsangebots nutzen, auf das sie entsprechend ihrem Abhängigkeitsgrad Anspruch haben (z. B. Frankreich¹⁸), oder die von der Gemeinde angebotenen Dienste durch frei gewählte Dienste ersetzen (vor allem Dänemark). Andere Modalitäten werden derzeit geprüft oder in Pilotprojekten getestet. In Deutschland steht beispielsweise ein persönliches Budget zur Debatte, welches es der abhängigen Person erlauben würde, nach Belieben die Pflegeleistungen und Dienste in Anspruch zu nehmen, die sie benötigt¹⁹.

2.4 Pflegemanagement

In den Ländern, in denen die Langzeitpflege noch bis vor kurzem stark zentral organisiert war, lässt sich ein Trend zur Dezentralisierung beobachten. Mit dieser Entwicklung möchte man erreichen, dass die Bedürfnisse und die Leistungen besser aufeinander abgestimmt werden. Zudem wächst die Zahl der Länder, in denen eine Verlagerung vom öffentlichen zum privaten Sektor beobachtet werden kann. Diese Verlagerung erfolgt in Form einer Auslagerung der Verwaltung der Dienste oder der Erbringung von Pflegeleistungen durch private Organisationen, die aber unter staatlicher Aufsicht bleiben.

2.5 Finanzierung

Die Finanzierungsarten sind eng mit der Art des gewählten Sozialschutzes verbunden. Allgemein kann man folgende Finanzierungsarten unterscheiden:

- Eine paritätisch gesicherte Finanzierung (durch Lohnabzüge, zu Lasten des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers). Dies ist bei Bismarck-Systemen der Fall (vor allem Deutschland, Österreich);
- Eine durch öffentliche Gelder gesicherte Finanzierung (allenfalls aufgeteilt zwischen dem Zentralstaat und den lokalen Körperschaften). Dies gilt für die Beveridge-Systeme (nordische Länder und Vereinigtes Königreich).

Zu diesen beiden grossen klassischen Finanzierungsquellen kommen in manchen Fällen besondere Leistungen, wie ein Solidaritätstag (Frankreich, deutsche Bundesländer), ein spezieller Beitrag (Frankreich, in Form des allgemeinen Sozialbeitrags – *contribution sociale généralisée*) oder eine Energieabgabe (Luxemburg).

14 Bericht, S. 7, Fussnote 1.

15 Siehe Ziffer 3.

16 Zu diesem Punkt siehe das Dokument des IDS, op.cit., S. 25.

17 Bericht, S. 52.

18 Siehe das Dokument des IDS, op.cit., S. 27.

19 Diesbezüglich kann eine Parallele zum Pilotversuch «Assistenzbudget» gezogen werden, der am 1. Januar 2006 in der Schweiz gestartet wird (befristet auf drei Jahre).

In keinem einzigen europäischen Land wird die Langzeitpflege vollumfänglich übernommen. Das bedeutet, dass die Begünstigten sich in jedem Fall finanziell an den Kosten der Pflege oder der Betreuung beteiligen müssen. Diesbezüglich gibt es jedoch leider keine Vergleichsstudien²⁰.

Zum Schluss...

In den Diskussionen über die Langzeitpflege muss man, wie die europäische Studie gut aufzeigt, die Verantwortung des Staates in Bezug setzen mit dem Grundrecht auf ein Leben in Würde. Für die Menschen, die Langzeitpflege benötigen, schliesst dieses Recht den Zugang auf eine ihrem Gesundheitszustand angepasste Ernährung, auf die unerlässlichen Pflegeleistungen, insbesondere die Arzneimittel und die medizinischen Hilfsmittel, auf eine angemessene Unterkunft und die Unterstützung durch Dritte ein²¹. In Anbetracht der Überalterung der Bevölkerung und der Kosten der Leistungen, die den auf Langzeitpflege angewiesenen Personen erbracht werden, gilt es bei der Fra-

ge der Finanzierung notwendigerweise das Gleichgewicht zwischen dem Beitrag der öffentlichen Hand und der Familie zu berücksichtigen. In Europa ist man bestrebt, diese Last auf sämtliche beteiligte Akteure zu verteilen²², ohne jedoch auf das europäische Sozialmodell zu verzichten. Die Herausforderung besteht also, wie die Verfasser der Studie deutlich machen, darin, die notwendigen Änderungen vorzunehmen und dabei gleichzeitig ein hohes Mass an sozialem Schutz zu bewahren, wie es im Artikel 2 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft ausdrücklich vorgesehen ist²³.

Béatrice Despland, Juristin, Direktionsmitglied am Institut für Gesundheitsrecht, Neuenburg. E-Mail: beatrice.despland@unine.ch

20 Bericht, S. 68.

21 Bericht, S. 39.

22 Bericht, S. 35.

23 Bericht, S. 8

Stellenwert der Gesundheit im Alter

Gesundheitsförderung und Prävention sind auch im Alter gut möglich, wirksam und werden von den meisten Betagten gewünscht. Denn dadurch wird die behinderungsfreie Lebenszeit stärker verlängert als die gesamte Lebensdauer und die dennoch auftretenden Behinderungen sind leichter. Besonders sinnvoll sind Gesundheitsförderung und Prävention, wenn sie gleichzeitig mit sinngebenden Bemühungen verbunden sind und das Leben so nicht nur länger und besser, sondern auch sinnstiftender wird.



Albert Wettstein
Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich

«Ich rauche mehr denn je. Druck erzeugt Gegen- druck. Ich halte nichts von diesen Diskussionen über Gesundheit, ich verabscheue sie. Dass Leute darüber heute so extensiv reden, zeigt mir, dass es ihnen gut geht. Zu gut vielleicht. Ich habe einen Weltkrieg, eine Nachkriegszeit erlebt, so ein naives Gottvertrauen in den Lauf der Welt ist mir abhanden gekommen.» Hans Magnus Enzensberger, 76-jährig (1).

Hans Magnus Enzensberger, einer der bedeutendsten Denker Deutschlands, wie im Hinweis zum Magazinartikel über das Juliinterview mit ihm steht, lehnt also Prävention für sich und präventives Handeln als Luxuserscheinung ab. Die grosse Mehrheit der Schweizerinnen und Schweizer hingegen lebt ganz anders.

Gemäss der repräsentativen Gesundheitsbefragung 2002, in der 3 % aller über 15-Jährigen befragt worden sind, gaben 67 % an, die Gedanken an die Gesundheit beeinflussten ihren Lebensstil und bei 21 % bestimmten gar gesundheitliche Überlegungen ihr Leben. Nur 12 % gaben an, sich wie Enzensberger nicht um ihre Gesundheit zu kümmern, bei den über 65-Jährigen waren es gar nur 6 % (1992 waren es noch 9 %) (2).

In einem Punkt hat Enzensberger sicher recht: Den Schweizern von 2002 geht es allgemein sehr gut, materiell und was ihre Sicherheit angeht (kein Vergleich zu Kriegszeit und Nachkriegszeit in Deutschland). Enzensberger liegt jedoch völlig falsch, wenn er glaubt, die Gesundheit sei reifen Menschen weniger wichtig, wenn es ihnen schlecht und zunehmend schlechter geht: Die Betonung der Wichtigkeit einer guten Gesundheit gewinnt viel mehr an Bedeutung für die Lebensqualität für Menschen, denen es schlecht geht: Dies zeigte sich in der Studie «Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz» (Nationalfondsprojekt 45): Während initial die 116 befragten Partner ihres leicht an Demenz erkrankten Lebenspartners nur zu 85 % angaben, ihre eigene Gesundheit sei eine der 5 für ihre Lebensqualität wichtigen Bereiche, waren es zwei Jahre später, während denen die Demenzerkrankung ihres Partners weiter fortgeschritten und zunehmend belastend geworden war, 100%! (3, siehe Tabelle 1).

Die zunehmende Bedeutung, die Betagte ihrer eigenen Gesundheit zumessen, wenn sie unter der immer schwereren Betreuungs- und Pflegelast ihres kranken Partners leiden, kann gar als Kopingstrategie für ihre schlechter werdende Situation interpretiert werden.

Folgen schlechter Gesundheit

Doch wieso ist den meisten Betagten in der Schweiz ihre Gesundheit so wichtig? Dank der guten allgemeinen und wirtschaftlichen Situation, in der sich die meisten Betagten in der Schweiz heute befinden und dank dem Vertrauen auf die gute Existenzsicherung durch AHV und Ergänzungsleistungen auch für die unterprivilegierten Älteren, ist die wichtigste reale Bedrohung für Betagte in der Schweiz heute tatsächlich einerseits ein frühzeitiger Tod und andererseits eine gebrechlichkeitsbedingte Abhängigkeit oder gar Pflegebedürftigkeit – beides Folgen einer schlechten Gesundheit.

Dies konnte in vielen prospektiven Untersuchungen gezeigt werden. So hatte ein ungesunder Lebensstil wegen vermehrten kardiovaskulären und anderen Krankheiten in der Nurses Health-Study bei Pflegefachfrauen im Alter von 43–67 Jahren im Vergleich mit gesundem Lebensstil (nicht rauchen, Mittelmeerkost essen, mässig regelmässig Alkohol trinken, normalgewichtig und mehr als eine Stunde wöchentliche körperliche Aktivität) folgende Auswirkungen:

Wichtige Lebensbereiche für die eigene Lebensqualität

1

Angaben von 116 betagten Lebenspartnern von in der Basiserhebung leicht-mittelschwerer Demenzkranken und nach 2 Jahren zunehmender Demenz ihres kranken Partners. Es mussten je 5 für die eigene Lebensqualität wichtige Bereiche genannt werden (Nennung in %)

Bereich	Basiserhebung	Nach 2 Jahren	Signifikante Veränderungen
Eigene Gesundheit	85%	100%	n.s.
Familie (z.B. Wohlergehen Kinder, innerfamiliäre Beziehungen)	74%	66%	n.s.
Finanzen	51%	65%	n.s.
Soziale Kontakte	42%	54%	n.s.
Ehe	66%	25%	–
Selbstständigkeit, pers. Freiraum	24%	49%	+
Gesundheit des Partners	56%	13%	–
Lebens- und Wohnbedingungen	33%	23%	n.s.
Freizeitaktivitäten, Reisen	27%	23%	n.s.
Garten, Natur	3%	25%	+
Anderes (soziale Aufgaben, Weiterbildung, Frieden)	12%	10%	n.s.
Innere Harmonie	3%	12%	+
Kultur	5%	16%	+
Religion	4%	11%	n.s.

(– heisst signifikant weniger häufig wichtig zwei Jahre später, + heisst signifikant häufiger wichtig)

- häufigeres Sterben vor dem 75. Lebensjahr (9,6% statt 7,5%),
- doppelt so schwere Behinderung in Aktivitäten des täglichen Lebens,
- 7 Jahre früherer Beginn von Behinderungen (4).

Ein gesunder Lebensstil und in der Folge eine bessere Gesundheit durch weniger kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch weniger Krebs, führen also auch zu einem etwas längeren Leben, aber vor allem zu einer Kompression der Morbidität, das heisst, dies verkürzt die Lebenszeit mit chronischer Krankheit und Behinderung (5).

Lange Pflegebedürftigkeit, der Preis für langes Leben?

Selbst ein optimales Gesundheitswesen, das alle vorzeitigen Todesfälle vor dem 70. Altersjahr verhindern könnte, hat nur relativ geringe Auswirkungen auf die Lebensspanne:

Die mittlere Lebenserwartung der Männer von 74 und der Frauen von 81 Jahren (Genf 1992) würde lediglich auf 82 Jahre bei den Männern und auf 85 bei den Frauen zunehmen (6).

Das wahrscheinlichste Szenario der Hochrechnung der Lebenserwartung bei der Geburt setzt das Bundesamt für Statistik für das Jahr 2060 auf 83 Jahre für

Männer und 88 Jahre für Frauen und im optimalsten Szenario auf 86 resp. 90 Jahre und Avenir Suisse auf 85 resp. 89 Jahre (7).

Dabei sind in den vergangenen Jahren Betagte immer weniger lang pflegebedürftig geworden, ein ungebrochener Trend, der sich mit grösster Wahrscheinlichkeit auch in der Zukunft fortsetzen wird. Während die durchschnittliche Lebenserwartung ab Alter 65 von 1982-1999 in der Schweiz sich von 12 auf 15 Jahre erhöhte, sank die durchschnittliche Lebenserwartung mit Behinderung von 4,7 auf 4,0 Jahre. Doch die Betrachtung der Mittelwerte verwischt Wesentliches. Wichtig ist die differenzierte Beurteilung der verschiedenen Arten und Dauern der Abhängigkeit vor dem Tod. Lumey analysierte 1% aller von 1993-1989 in den USA verstorbenen Betagten und beschrieb 4 verschiedene Sterbemuster (8):

- ca. 10% sterben plötzlich aus voller Selbstständigkeit,
- ca. 20% sterben nach ungefähr 3 Monaten kurzer exponentiell zunehmender Pflegebedürftigkeit an Krebs,
- ca. 20% sterben nach ungefähr 12 Monaten zunehmender Abhängigkeit mit mehreren Krisen von vorübergehender Dekompensation mit Hospitalisation an langsamem Organversagen des Herzens oder der Lunge,
- ca. 50% sterben nach langjähriger, durchschnittlich 7 Jahre langsam zunehmender Abhängigkeit durch

Gebrechlichkeit, zum Beispiel als Folge von Demenz, Hirnschlägen, Parkinson, Hüftfrakturen oder schweren Arthrosen.

Das heisst, die «Gnade» einer nur kurzen Phase der präterminalen Abhängigkeit hat tatsächlich den Preis eines vorzeitigen relativ plötzlichen Sterbens an einer eindimensionalen Krankheit wie Krebs oder koronares Herzleiden oder chronisch obstruktive Lungenkrankheit oder Lungenemphysem. Umgekehrt führt das Ausschöpfen der biologischen Lebenserwartung eben zu einem langsamen Erlöschen von vielen Organsystemen, und in der Folge vieler Funktionsstörungen kommt es zu einer langsam zunehmenden Gebrechlichkeit und zunehmender Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit.

Es wundert so nicht, dass soziodemografische Faktoren, vor allem das Alter, viel wichtiger sind für die Entstehung der Hilfsbedürftigkeit im Alter als krankheitsbedingte Faktoren. So wurde in der Berliner Altersstudie die Hilfsbedürftigkeit zu 71 % durch Funktionseinbussen und diese zu 40 % durch Alter und Geschlecht allein, 12 % durch psychosoziale Faktoren wie Bildung, Finanzen und soziales Netz, aber nur zu 34 % durch körperliche oder psychische Krankheiten erklärt in einer multiplen Varianzanalyse. (9).

Prävention im Alter nur etwas für Vitalisten?

Sollen deshalb nur Betagte, die unabhängig vom damit verbundenen Leiden und von Abhängigkeiten möglichst alt werden wollen, nämlich die Vitalisten Gesundheitsprävention betreiben und sollten Menschen, die ohne Selbstständigkeit, aber mit Abhängigkeit und mit Leiden nicht mehr leben möchten, möglichst ungesund leben, das heisst, viel rauchen, viel und ungesund essen, sich nicht bewegen und ihre Aktivitäten auf Konsum der Errungenschaften der modernen TV- und Fastfood-Gesellschaft beschränken und ihre Sozialbegleitung vor allem virtuell pflegen zu den prominenten Personen, die sie täglich auf ihren Bildschirmen in ihren Wohnzimmern besuchen?

Zwar kann ein ungesunder Lebensstil auch zu einem früheren plötzlichen Tod führen, aber dafür gibt es keine Garantie, im Gegenteil:

Gerade Menschen, die eine lange Phase von Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit vor ihrem Tod vermeiden wollen, müssen einen möglichst gesunden Lebensstil pflegen. Denn ein Teil der vorzeitigen Todesfälle durch Krebs lassen sich auch durch einen gesunden Lebensstil nicht vermeiden, wohl aber viele Risiken für chronische Behinderungen im Alter wie z.B. Arteriosklerose, Übergewicht, Osteoporose oder Hirnschlag.

Gesundheitsförderung oder Prävention?

Bringt zusätzlich zur gemäss der obigen Evidenz gut dokumentiert wirksamen salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung, vor allem durch einen gesunden Lebensstil, auch die medizinische, defizitorientierte klassische Prävention im Alter etwas? Dazu ist in erster Linie festzuhalten, dass die Mehrzahl der Betagten, die ihre Selbstständigkeit in den Alltagsfunktionen verlieren, sich innert Monaten bis zwei Jahren wieder erholt. Dies konnte zum Beispiel im Rahmen der Framingham Herzstudie von 1983-1993 bei 1825 zu Hause lebenden Betagten gezeigt werden (**siehe Tabelle 2**). Dabei spielen bei dieser Erholung von Behinderung neben spontanen Besserungen vor allem eine gute Rehabilitation und gute geriatrische Medizin eine grosse Rolle, dazu gehören schonende moderne Operationsmethoden mit kurzer Immobilisierung und gute geriatrische Prävention. So können durch das Vermeiden von längeren Phasen von Bettlägerigkeit und Malnutrition sekundär stark behindernde und leidvolle Schädigungen wie Dekubitus, Thrombose oder Muskelschwund oft vermieden oder doch reduziert werden.

Bei der klassischsten präventiven Strategie, dem Impfen, ist das Vermeiden von Pflegebedürftigkeit im Alter nicht dokumentiert. Während die Grippeimpfung nachgewiesenermassen die Wintersterblichkeit von Betagten signifikant reduziert, ist der Einfluss auf die Reduktion von Abhängigkeit nicht wissenschaftlich dokumentiert. Aber es ist eine unbestrittene klinische Tatsache, dass Grippeerkrankung bei Betagten oft zu einer sehr langen Rekonvaleszenz mit stark reduzierter Lebensqualität während längerer Zeit führt, was durch eine Impfung weitgehend verhindert werden kann. Hingegen ist impfen gegen Grippe für bereits unter Pflegebedürftigkeit leidende Betagte aus individualmedizinischer Sicht für die meisten Betagten nicht hilfreich – ganz abgesehen davon, dass eine Impfung dieser Population auch relativ beschränkt wirksam ist.

Gut evidenzbasiert ist jedoch das Schützen vor Pflegebedürftigkeit durch präventive Hausbesuche. So konnte zum Beispiel im Projekt Eiger, einer randomisiert kontrollierten Studie in Bern, gezeigt werden, dass präventive Hausbesuche bei noch nicht pflegebedürftigen, über 75-jährigen zu Hause Lebenden das Auftreten von Pflegebedürftigkeit auf 3 % beschränken können, während 12 % der nicht besuchten Kontrollbetagten pflegebedürftig wurden und 6 % gar in ein Pflegeheim eintreten mussten, aber niemand von der besuchten Gruppe. Im Verlaufe von 3 Jahren konnten durch die Hausbesuche sogar Einsparungen von SFr. 1141.– erreicht werden pro besuchten Betagten, vor allem durch das Vermeiden der kostspieligen Heimaufenthalte (10).

Behinderungen, die im Rahmen der Framingham Herz-Studie auftraten 1983-1993 bei initial 1825 zu Hause lebenden Betagten im Alter von 74+7 Jahren 2

Aktivität	% behin-	% davon	% behin-	% davon
	dert initial	erholt	dert max.	erholt
		innerhalb	innerhalb	innerhalb
		von	von	von
		2 Jahren	10 Jahren	2 Jahren
Schwere Hausarbeit	30	39	38	37
Treppen steigen	7	68	18	57
800 m gehen	16	34	26	19
Baden	8	30	20	23
Toilette benützen	18	59	35	70
Inkontinenz	10	58	15	35
Aufstehen vom Stuhl	7	27	14	19
Ankleiden	3	15	11	10
15 m gehen	8	21	17	14
5 kg 3 m weit tragen	7	30	22	28

Diese positiven Ergebnisse konnten im Nachfolgeprojekt «Sopra» im Rahmen einer internationalen Multicenterstudie bestätigt werden. Die Wirkung der präventiven geriatrischen Hausbesuche beruhen nicht auf einer einfachen Massnahme, sondern ist die Folge einer Vielzahl von präventiven Strategien in der Folge eines multidimensionalen geriatrischen Assessments. Diese umfassen sowohl allgemeine Gesundheitsförderung wie Aufforderung zu einem gesunden Lebensstil, sowie auch präventive Elemente, wie die Empfehlung von Grippeimpfung, von guter Blutdruckkontrolle oder Vermeiden von Benzodiazepinen (= Beruhigungsmittel).

Das heisst, wer wirkungsvoll Pflegebedürftigkeit vorbeugen will, kombiniert am besten Gesundheitsförderung mit Prävention und stützt beides auf ein erprobtes multidimensionales geriatrisches Assessment von Lebensstil, Risikoverhalten, Krankheiten, Defiziten und medizinischen Risikofaktoren ab.

So lässt sich die präterminale Phase der Abhängigkeit im hohen Alter zwar nicht vermeiden, aber auf eine spätere Zeit verschieben und in ihrer Schwere reduzieren, so dass subjektiv und volkswirtschaftlich unerwünschte Outcomes wie starke Pflegebedürftigkeit und das Risiko zur Pflegeheimplatzierung nachhaltig reduziert resp. verzögert werden können.

Auch wenn so durch wirksame Gesundheitsförderung und Prävention viele Menschen in ein Alter kommen, wo sie allein durch ihr sehr hohes Alter hilfsbedürftig werden, wird das Ausmass der Abhängigkeit dennoch positiv beeinflusst und beschränkt sich auf

Hochbetagte; bei vielen auf ein gut akzeptables Mass von Haushaltunterstützungsbedürftigkeit und erst kurz vor dem Tode auf eine eigentliche Pflegebedürftigkeit.

Gute Gesundheit genügt nicht

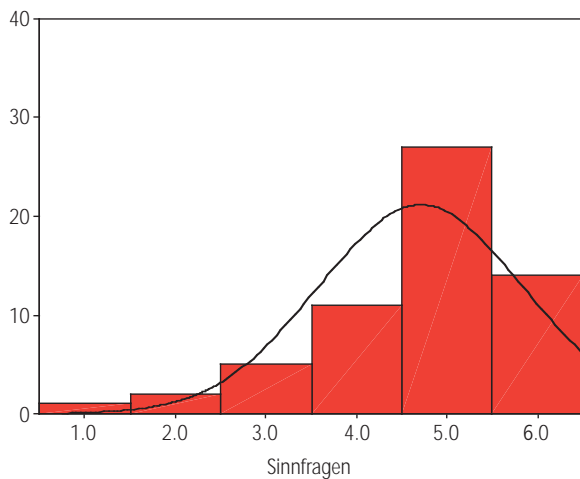
In einem Punkt hat Hans Magnus Enzensberger sicher recht: Sich nur um Gesundheit zu kümmern und anderen Dimensionen des Lebens keine Aufmerksamkeit schenken ist ungenügend, hat die Gefahr, zu einer Sinnkrise zu führen – spätestens dann, wenn dennoch eine Krankheit auftritt und doch die eine oder andere Behinderung das Wohlbefinden zu beeinträchtigen droht. Die Analyse von Biografien von erfolgreichen, ihr Alter meisternden Menschen, gibt gute Hinweise, was ausser Gesundheitsförderung noch wichtig ist für nachhaltig gutes Altern.

Es ist einerseits das Konzept von Baltes und Baltes von Selektion, Optimierung und Kompensation (11). Mit dieser Strategie kann die mit zunehmendem Alter unausweichliche Beeinträchtigung in vielen Bereichen gut bewältigt und das Wohlbefinden aufrecht erhalten werden. Im sozialen und emotionalen Bereich spezifizierte Carstenson diese allgemeine Strategie mit ihrem Konzept der emotionalen Selektivität des erfolgreichen Alterns (12).

Sie beschreibt, wie alternde, aber auch andere Menschen mit einer beschränkten Lebenserwartung, ihre sozialen Beziehungen auf ihnen wichtige Personen und ihr Leben auf ihnen in ihrer individuellen Situation Wichtiges konzentrieren. So nimmt zwar die Zahl von Sozialbeziehungen auch bei sehr zufriedenen Hochbetagten ab, die Zahl von ihnen emotional wichtigen Beziehungen jedoch bleibt konstant. Es kommt mit zunehmendem Alter zu einer verstärkten Konzentration auf das, was dem Leben Sinn gibt. Da vielen, auch alten Menschen nicht offensichtlich ist, was dem Leben Sinn gibt, fördern Gerontologen wie Zalman Schachter (13) neben einer auf körperlich-geistiger Gesundheit ausgerichteten Gesundheitsförderung ein «spiritual elderring», eine Förderung der spirituellen Reife, der Sinnfindung, eine Entwicklung von «Aging to Saging» von etwas Altersweisheit. Dass dies möglich ist, konnte am Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich gezeigt werden, wo eine helvetisierte Version von Schachters «Exercises for Sages in Training» im Rahmen von Seminarien «Lasst uns alt und etwas weiser werden» durchgeführt wurde. Nach 8 90-minütigen Seminarien und 7 Blocks von «Hausaufgaben», welche vor allem aus einem gezielten Aufarbeiten der eigenen Biografie bestanden, konnte nachgewiesen werden, dass die Zahl von Personen mit Schwierigkeiten im Finden von Lebenssinn im Alter signifikant abnahm (siehe Tabelle 3; $p=0.027$ im Wilcoxon-Test der Antworten auf die Fra-

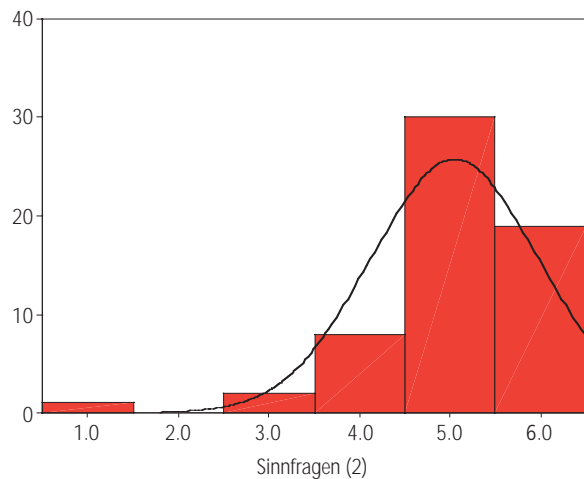
Angaben von Teilnehmenden am Seminar «Lasst uns alt und etwas weiser werden» auf die Frage, wie sie das Alter beurteilten in Bezug auf den Lebenssinn (6 Punkte-Skala von sehr schlecht bis sehr gut) vor und nach dem 4 Monate dauernden Seminar 3

Vor dem Seminar



Std. Dev = 1.13
Mean = 4.7
N = 60.00

Nach dem Seminar



Std. Dev = 0.93
Mean = 5.1
N = 60.00

ge: «Wie fühle ich mich über das Alter in Bezug auf den Lebenssinn?» 6-Punkte-Skala, n=60).

Denn wer Gesundheitsförderung so breit versteht und auch die Benutzung emotionaler, spiritueller und sozialer Dimension mit einbezieht und dabei auf motivierenden Druck verzichtet, auf den viele wie H. M. Enzensberger negativ reagieren, kann das Wohlbefinden in körperlichem, seelischem und sozialem Bereich nachhaltig und wirksam fördern und bis ins höchste Alter erhalten.

Referenzen

(1) Teuwsen Peer (2005): Zu grosse Fragen, Hans Magnus Enzensberger liebt den gesunden Menschenverstand und raucht mehr denn je. Das Magazin 26, Seite 10.

(2-11) sind in den Altersmythen 7.1, 6.11, 7.2, 1.6, 1.1, 19.1, 5.3, 5.6, 7.6 und 7.2 enthalten in Wettstein A. (2005) Mythen und Fakten zum Alter. Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 3, Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.

(12) Carstensen LL et al (1999) Taking Time Seriously. A Theory of Socioemotional Selectivity, American Psychologist 54: 115-181

(13) Schachter Zalman (1995) From Aging to Sagging. Warner Books New York

Albert Wettstein, PD Dr. med., Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich. E-Mail: wettstein.albert@pzz.stzh.ch

Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten

In beinahe 5 % der Mehrpersonenhaushalte lebt mindestens eine pflege- oder betreuungsbedürftige erwachsene Person. Das entspricht schätzungsweise 96 000 Haushalten und 210 000 Personen, die Pflege oder Betreuung im weiteren Sinn nötig haben (ohne Alleinlebende). Diese Privathaushalte leisten einen wesentlichen Beitrag für Betreuung und Pflege. Damit ermöglichen sie, dass kranke und behinderte Menschen in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können und sparen gleichzeitig dem Gesundheitswesen beträchtliche Kosten. Für solche Unterstützungsleistungen im eigenen Haushalt wurden im Jahr 2000 von den Privathaushalten rund 34 Millionen Stunden unbezahlt aufgewendet. Dazu kommen die informellen Hilfeleistungen von Privatpersonen für andere Haushalte. Nach SAKE 2004 engagieren sich rund 12 % der Frauen und 11 % der Männer in diesem Bereich und setzen dafür pro Jahr ungefähr 100 Millionen Stunden unbezahlt ein.



Jacqueline Schön-Bühlmann
Bundesamt für Statistik

«Pflege ist eine umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit, die sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht. (...) es finden sich Definitionsansätze, die Pflege generell als menschliche Dienstleistung an einzelnen Menschen oder Gruppen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit umschreiben.»¹ Pflegeleistungen können nach dieser Definition in der aktuellen Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung sehr weit gefasst werden. Im Folgenden werden sie

deshalb jeweils in engerem und weiterem Sinn präsentiert.

Zur Beschreibung der unbezahlten Pflegeleistungen stehen verschiedene statistische Datenquellen zur Verfügung. Je nach Fragestellung und Perspektive eignet sich die eine oder andere besser. In diesem Artikel soll das Schwergewicht auf Art und Zeitumfang dieser Leistungen gelegt werden sowie auf die Beschreibung der Personengruppen, welche diese hauptsächlich erbringen. In dieser Perspektive eignet sich das Modul «Unbezahlte Arbeit» der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) sehr gut (vgl. Kasten Seite 279).

Unbezahlte Arbeit wird definiert als Arbeit, die nicht entlohnt wird, welche jedoch theoretisch auch durch eine Drittperson gegen Bezahlung ausgeführt werden könnte (Dritt-Personen-Kriterium). Dadurch wird sie von Tätigkeiten wie Aus- und Weiterbildung, persönliche Aktivitäten (Essen, Schlafen, Arztbesuch usw.) oder Freizeit (selber Sport treiben, Besuch von Veranstaltungen, Hobbys usw.) und natürlich von Erwerbsarbeit abgegrenzt.

Es wird in der Erhebung klar unterschieden zwischen unbezahlten Pflege- und Betreuungsaufgaben im eigenen Haushalt für pflegebedürftige erwachsene Personen (ohne die Kinderbetreuung) und informellen unbezahlten Pflegeleistungen und Dienstleistungen für andere Haushalte.

Nach Schätzungen von Höpflinger & Hugentobler leben heute in der Schweiz etwa 117 000 stark pflegebedürftige ältere Menschen, davon rund ein Drittel zu Hause.² Die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB schätzt für die Schweiz rund 33 000 Personen ab 65 Jahren mit ADL-Problemen (activities of daily living) in Privathaushalten.³ Hinzu kommt eine weitaus grössere Zahl von leicht pflegebedürftigen, welchen ebenfalls zu Hause geholfen wird. Dazu soll im Folgenden eine Schätzung zur Anzahl betroffener Haushalte und Personen gemacht werden, ebenso zum Zeitaufwand, der für die Pflege und Betreuung in und von Privathaushalten unbezahlt geleistet wird.

1 Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (05.025) vom 16. Februar 2005, S.2039

2 François Höpflinger & Valérie Hugentobler: Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, 2003: Bern, S. 44.

3 Bundesamt für Statistik: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002, 2005: Neuchâtel, S. 88.

Unbezahlte Pflege und Betreuung innerhalb der Haushalte

Wie viele Mehrpersonenhaushalte mit pflege- oder betreuungsbedürftigen Mitgliedern gibt es?

In knapp 5% der Mehrpersonenhaushalte in der Schweiz lebt mindestens ein pflege- oder betreuungsbedürftiges Haushaltsmitglied.⁴ Das entspricht etwa 96 000 Haushalten. Nur gerade 0,2% haben mehr als eine pflegebedürftige erwachsene Person im Haushalt. Erwartungsgemäss sind Familienhaushalte oder Einelternhaushalte mit schulpflichtigen Kindern eher weniger betroffen (rund 3%) als zum Beispiel andere Paarhaushalte, wo ältere Kinder oder andere erwachsene Personen im selben Haushalt leben (6,6%), da ein bedeutender Teil der Pflege- und Betreuungsbedürftigen unter altersbedingten Problemen leidet (**Tabelle 1**).

Wer sind die pflegebedürftigen oder behinderten Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben?

Dabei handelt es sich keineswegs nur um betagte Personen. Am häufigsten sind es bei den Männern 40- bis 54-Jährige; bei den Frauen hingegen machen die über 74-Jährigen den grössten Anteil aus. Im Grossen und Ganzen zeigen sich für Frauen und Männer jedoch ähnliche Anteile nach Altersgruppen (**vgl. Tabelle 2**).

Werden die Personen hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren, ergibt das für die Schweiz für 2004 eine Schätzung von rund 210 000 pflegebedürftigen oder behinderten Personen in Mehrpersonenhaushalten.⁵

- 4 Die genaue Frageformulierung lautet: «Leben in Ihrem Haushalt behinderte oder pflegebedürftige Personen?» Und die Folgefrage: «Dürfen wir Sie fragen, wer das ist?» Die Fragen zum Zeitaufwand für Pflege und Betreuung werden nur gestellt, wenn es sich nicht um ein Kind unter 15 Jahren oder um die interviewte Person selber handelt. Die Kinderbetreuung von schulpflichtigen Kindern ist hier nicht berücksichtigt.
- 5 Die SGB02 schätzt rund 147 000 ältere Personen (65 Jahre oder älter), welche mindestens eine bedeutsame Behinderung ausweisen. Vgl. Bundesamt für Statistik: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002, 2005: Neuchâtel, S. 88.

Haushalte mit mindestens einer pflege- oder betreuungsbedürftigen Person

1

Grundgesamtheit: Mehrpersonenhaushalte

	Prozentanteile	Anzahl Haushalte Schätzung
2-Personen-Paarhaushalte	4,7	42 000
Familienhaushalte (jüngstes Kind 0–14 Jahre)	3,0	19 000
Andere Paarhaushalte	6,6	22 000
Einelternhaushalte (jüngstes Kind 0–14 Jahre)	(3,3)	2 000
Andere Haushaltstypen	8,0	11 000
Alle Mehrpersonenhaushalte	4,7	96 000

Werte in Klammern kennzeichnen Ergebnisse, die auf der Basis von 15 bis 49 Interviews berechnet wurden.

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit, 2004

halten.⁵ Darunter sind etwas mehr Männer als Frauen. Das scheint plausibel, werden doch viele ältere Männer von ihrer Partnerin zu Hause gepflegt, während Frauen, wenn sie z.B. altersbedingte Pflege brauchen, ihren Partner oft bereits verloren haben und alleine leben.

Wer investiert im Haushalt wie viel Zeit für die Pflege und Betreuung dieser Personen?

Für Betreuung und Pflegeaufgaben im eigentlichen Sinn werden durchschnittlich pro Woche gut 6 Stunden aufgewendet; dies neben den anderen Hausarbeiten wie waschen, kochen, putzen, einkaufen usw., die in solchen Haushalten meist ebenfalls mit einem Mehraufwand verbunden sind. Je nach Geschlecht und Familiensituation ist der Zeitaufwand für diese Aufgaben aber ganz unterschiedlich. Männer, die alleine mit ihrer Partnerin zusammenleben, setzen im Durchschnitt 6 Stunden ein;

Pflege- oder betreuungsbedürftige Personen nach Alter und Geschlecht

2

Grundgesamtheit: Mehrpersonenhaushalte

Alter der Person	Männer		Frauen		Total	
	in %	Personen*	in %	Personen*	in %	Personen*
15-24 Jahre	9,9	11 000	11,9	12 000	10,8	23 000
25-39 Jahre	12,9	14 000	12,5	12 000	12,7	27 000
40-54 Jahre	24,9	28 000	21,5	21 000	23,3	49 000
55-64 Jahre	18,5	21 000	15,5	15 000	17,1	36 000
65-74 Jahre	12,6	14 000	12,8	12 000	12,7	26 000
75+ Jahre	21,2	24 000	25,9	25 000	23,4	49 000
Insgesamt	100,0	112 000	100,0	97 000	100,0	210 000

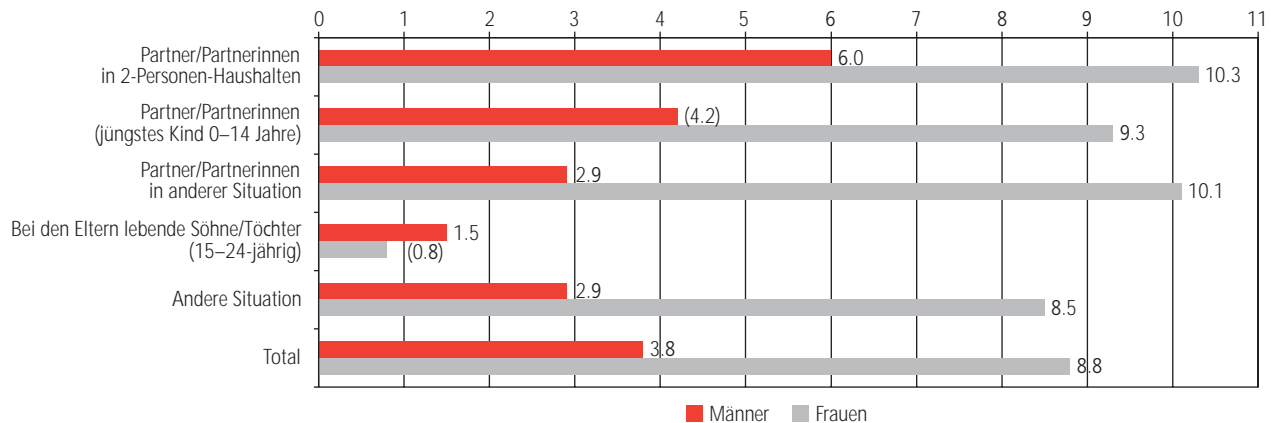
*hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit, 2004

Zeitaufwand für Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern

3

nach Familiensituation in Stunden pro Woche



Grundgesamtheit: Personen, die mit pflege- oder betreuungsbedürftigen erwachsenen Haushaltsmitgliedern zusammenleben.

Werte in Klammern kennzeichnen Ergebnisse, die auf der Basis von 15 bis 49 Interviews berechnet wurden.

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit, 2004

leben noch andere erwachsene Personen im Haushalt, sind es rund 3 Stunden. Frauen in vergleichbarer Familiensituation setzen dafür je rund 10 Stunden pro Woche ein. Insgesamt investieren Frauen mehr als doppelt so viel Zeit wie Männer in die Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Haushaltsmitgliedern: Rund 9 Stunden pro Woche gegenüber 4 Stunden (**Tabelle 3**).

Wie viel machen diese unbezahlten Betreuungsarbeiten pro Jahr aus?

Für die Jahre 1997 und 2000 wurde sowohl das Zeitvolumen als auch der Geldwert dieser Pflegeleistungen im Haushalt geschätzt.⁶ Im Jahr 2000 wurden insgesamt rund 34 Millionen Stunden unbezahlt in diese Betreuungsarbeit investiert (Frauen mit rund 19 Mio. deutlich mehr als Männer mit 15 Mio.). Würden diese Aufgaben von bezahlten Fachpersonen ausgeführt, entspräche dies einer Brutto-Lohnsumme von 1,2 Milliarden Franken für das Jahr 2000.

Die Kosten, welche der Allgemeinheit entstehen würden, wenn diese Pflege durch Angehörige spezialisierter Berufe erfolgen würde, übertreffen die Kosten der Spitex-Leistungen, welche die Krankenkassen im Jahr 2000 übernommen haben, bei weitem (282 Millionen Franken).⁷

Unbezahlte Pflegeleistungen und andere Dienstleistungen im Rahmen der informellen Freiwilligenarbeit

Neben den Betreuungs- und Pflegeaufgaben innerhalb der Haushalte sind in diesem Kontext ebenfalls die

so genannten informellen unbezahlten Tätigkeiten für andere Haushalte von grosser Bedeutung, wie z.B. Nachbarschaftshilfe, Pflege und Dienstleistungen für Verwandte und Bekannte. Im Folgenden wird jeweils unterschieden zwischen informellen Pflegeleistungen im engeren Sinn und anderen Dienstleistungen wie Hausarbeiten, Transportdienste usw.

Wie gross ist das Engagement für informelle Pflegedienste und Dienstleistungen?

Insgesamt engagieren sich 12 % der weiblichen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren und 11 % der männlichen informell für Pflege und Dienstleistungen für andere Haushalte (ohne Kinder hüten).⁸ Das entspricht hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung rund 390 000 Frauen und 320 000 Männern. Unbezahlte Pflegedienste für Verwandte, die nicht im selben Haushalt

6 Vgl. BFS: Satellitenkonto Haushaltsproduktion. Pilotversuch für die Schweiz. Neuchâtel 2004. Der Geldwert wurde anhand der Marktkostenmethode mit Spezialistenlohnansatz berechnet (Bruttolöhne plus Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherungen). Für die Tätigkeit «Pflege und Betreuung von Haushaltsmitgliedern» wurde als Vergleichslohn derjenige für medizinische, pflegerische und soziale Tätigkeiten gewählt, was einem Bruttostundenlohn von Franken 35.70 entspricht. Zeitreihen zum Zeitvolumen und monetären Wert werden erst mit der Aktualisierung des Satellitenkontos Haushaltsproduktion 2006 zur Verfügung stehen.

7 Bundesamt für Sozialversicherung: Spitex-Statistik 2002, Bern 2003. Bezüglich des Zusammenhangs Spitex und informelle Hilfeleistungen vgl.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992 – 2002, BFS 2005, S. 63ff.

8 Die Frage wurde folgendermassen formuliert: Haben Sie in den letzten 4 Wochen andere unbezahlte Arbeiten, wie z.B. fremde Kinder hüten, Nachbarschaftshilfe, Transportdienste usw., ausgeführt? Um was genau handelt es sich bei dieser unbezahlten Tätigkeit? Pflege von erwachsenen Verwandten oder Bekannten / Dienstleistungen für die Verwandtschaft oder andere Personen (Haushaltsarbeit, Transporte, Gartenarbeiten).

Beteiligungsquote für informelle Pflege und Dienstleistungen 4

in % der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren

	Männer	Frauen	Total
Nach Art der Hilfe			
Pflege von Verwandten oder Bekannten	1,0	3,0	2,0
Dienstleistungen für Verwandte oder Bekannte	9,7	9,4	9,6
Nach Empfänger der Hilfe			
Dienstleistungen oder Pflegearbeiten für Verwandte	3,4	5,1	4,3
Dienstleistungen oder Pflegearbeiten für Bekannte	7,3	7,4	7,3
Insgesamt			
Dienstleistungen oder Pflegearbeiten	10,7	12,4	11,6

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit, 2004

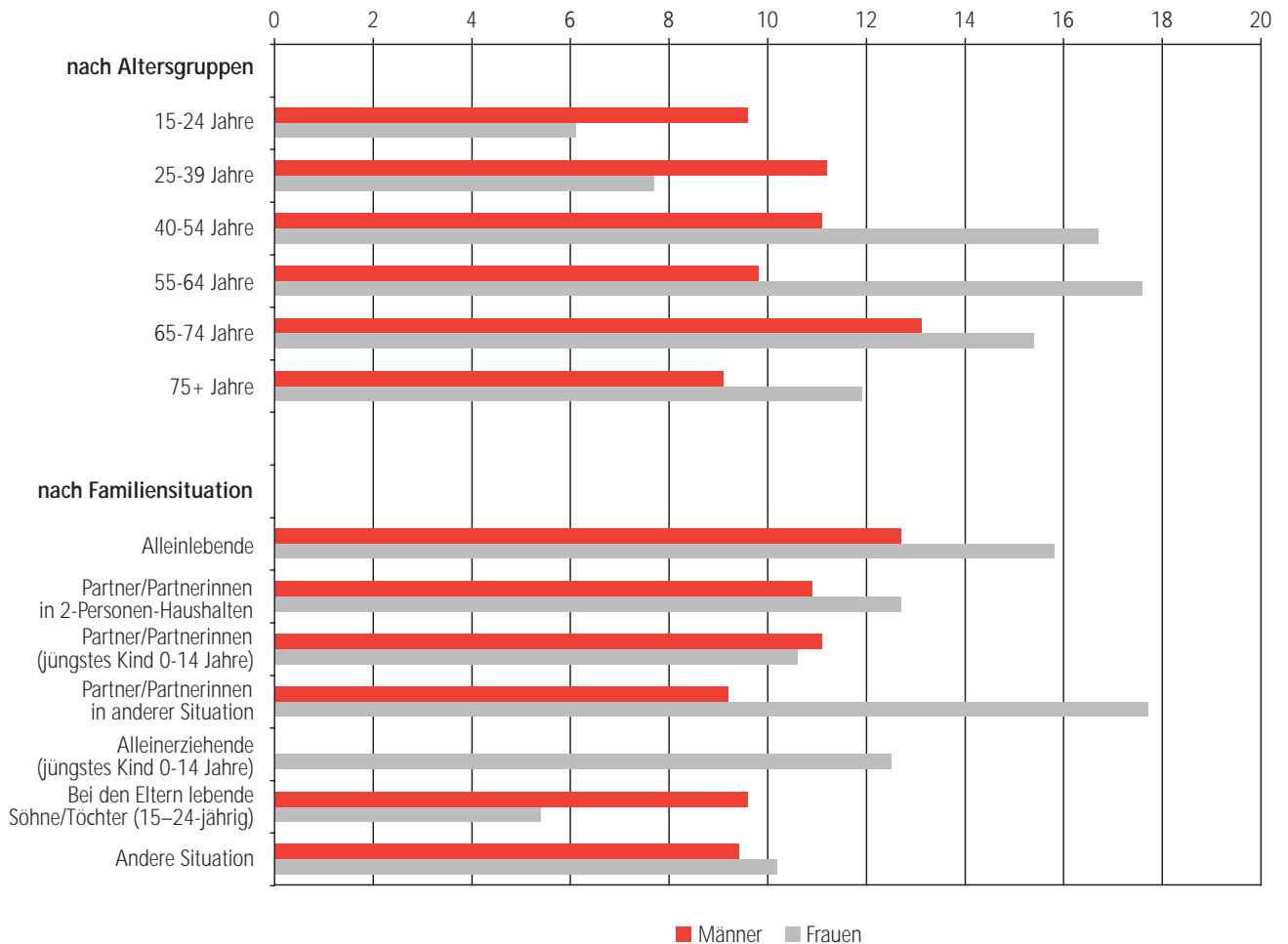
wohnen oder für Bekannte werden deutlich weniger häufig ausgeführt als andere Dienstleistungen. 3,0% der Frauen und 1,0% der Männer engagieren sich bei Pflegeaufgaben. Dienstleistungen für andere Haushalte im weiteren Sinn wie Transportdienste, Hausarbeiten, Gartenarbeiten übernehmen 9,7% der Männer und 9,4% der Frauen. Das entspricht ungefähr den Resultaten zur erhaltenen Hilfe aus der SGB02: 10% der Bevölkerung geben an, informelle Hilfe aus gesundheitlichen Gründen erhalten zu haben⁹ (**Tabelle 4**).

9 Vgl. dazu: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002, BFS 2005, S. 64. In der SGB wird nach erhaltener informeller Hilfe in der Woche vor dem Interview gefragt. Die Resultate zur geleisteten informellen Hilfe sind nicht direkt mit denjenigen aus der SAKE vergleichbar, da letztere sich auf die vier Wochen vor dem Interview beziehen, wohingegen in der SGB nach regelmässiger informeller Hilfeleistung gefragt wird.

Beteiligungsquoten für informelle Pflege und Dienstleistungen

in Prozent der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren

5

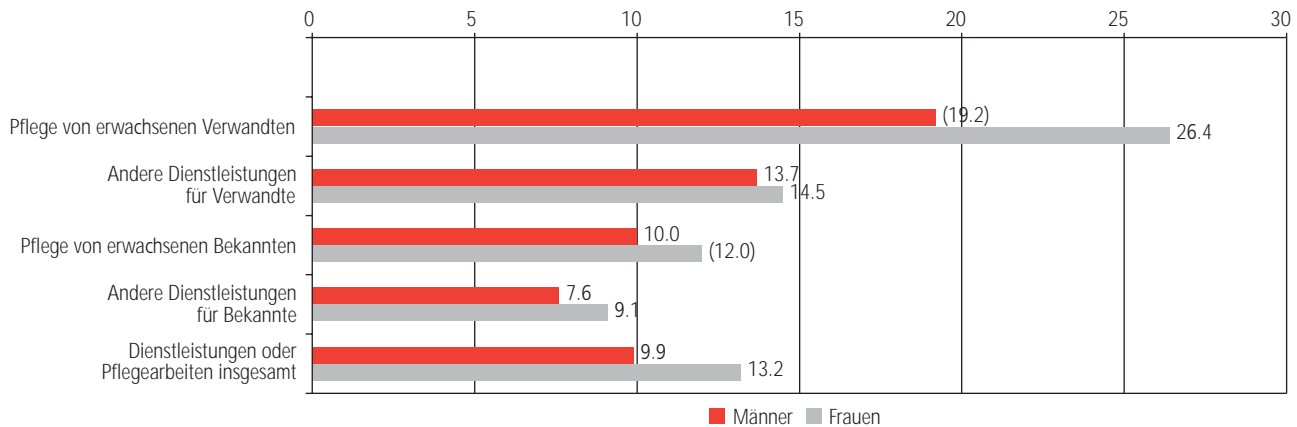


Fehlende Werte stehen für Ergebnisse, die auf der Basis von 0 bis 14 Interviews berechnet wurden.

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit, 2004

Zeitaufwand für informelle Pflege und Dienstleistungen für andere Haushalte, in Stunden pro Monat

6



Grundgesamtheit: Alle Personen, die informelle Pflege und Dienstleistungen ausführen.

Werte in Klammern kennzeichnen Ergebnisse, die auf der Basis von 15 bis 49 Interviews berechnet wurden.

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit 2004

Wer leistet informelle Pflege und Dienstleistungen für andere Haushalte?

Frauen zwischen 40 und 64 Jahren engagieren sich stark für die informelle Pflege und Dienstleistungen für andere Haushalte. In diesen Altersgruppen werden wahrscheinlich die meisten mit einem gewissen Betreuungsbedarf ihrer betagten Eltern konfrontiert. Ab 65 Jahren geht das Engagement leicht, ab 75 Jahren deutlich zurück. Bei Männern ist die Beteiligungsquote hingegen in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen am höchsten; mit der Pensionierung verfügen sie in diesem Alter über mehr Zeitreserven für ein solches Engagement. Auffallend sind die höheren Beteiligungsquoten der jüngeren Männer im Vergleich zu den jüngeren Frauen¹⁰ (Tabelle 5).

Nach Familiensituation zeigen vor allem Partnerinnen in Familienhaushalten mit erwachsenen Kindern oder anderen Erwachsenen relativ hohe Beteiligungsquoten; danach kommen allein lebende Frauen und Partnerinnen in 2-Personen-Haushalten. Auffallend ist das Engagement der allein erziehenden Frauen und wiederum etwas überraschend die deutlich höhere Beteiligung der erwachsenen Söhne, die noch im Elternhaushalt leben, verglichen mit den erwachsenen Töchtern.

Wie viel Zeit wird für informelle Pflege und Dienstleistungen investiert?

Gesamthaft werden 2004 für informelle Hilfeleistungen an andere Haushalte rund 12 Stunden im Monat eingesetzt (Frauen 13 Std., Männer 10 Std.). Je nach Art der Unterstützung variiert der Zeitaufwand beträcht-

lich. Handelt es sich bei den Nutznießern um Verwandte, wird deutlich mehr Zeit aufgewendet als für Bekannte oder Nachbarn. Frauen, die Pflegedienste für Verwandte übernehmen, investieren dafür gut 26 Stunden im Monat, das sind 6 1/2 Stunden pro Woche. Frauen setzen durchwegs etwas mehr Zeit ein für diese unbezahlten Tätigkeiten als Männer.

Dienstleistungen für Bekannte werden zwar häufiger ausgeführt, es wird im Durchschnitt aber deutlich weniger Zeit dafür aufgewendet als für Pflege und für Dienstleistungen für Verwandte (Tabelle 6).

Zeitvolumen und Geldwert aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive

Rechnet man den durchschnittlichen Zeitaufwand für diese unbezahlten Hilfeleistungen hoch auf die Gesamtbevölkerung pro Jahr, ergibt dies ein geschätztes Gesamtvolumen von rund 100 Millionen Stunden pro Jahr. Frauen tragen den grösseren Teil dazu bei (62%).

Für informelle Pflege von Verwandten im engeren Sinn werden rund 20 Millionen Stunden pro Jahr investiert (davon vier Fünftel von Frauen); für Pflege von Bekannten oder Nachbarn 7,8 Millionen Stunden (davon drei Viertel von Frauen) (Tabelle 7).

Würden diese unbezahlten Arbeitsstunden von einer über den Markt vermittelten, bezahlten Arbeitskraft verrichtet, entspräche dies einem Geldwert von über 600 Millionen Franken pro Jahr für Pflege von Ver-

¹⁰ Diese Unterschiede nach Geschlecht sind statistisch signifikant. Erklärungsversuche sind jedoch ohne weitere, vertiefte Untersuchungen nicht möglich.

Datenquellen zum Thema unbezahlte Pflegeleistungen in der Schweiz

Es existieren verschiedene statistische Datenquellen für Informationen zu unbezahlten Hilfe- und Pflegeleistungen in der Schweiz. Fragen zu unbezahlten Pflegeleistungen finden sich in der SAKE, der SGB und dem SHP. Sie unterscheiden sich allerdings durch die Perspektive und den Kontext, in dem sie erhoben werden.

Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist eine jährliche Stichprobenerhebung (seit 1991), die in erster Linie Daten zur Erwerbsstruktur und zum Erwerbsverhalten der schweizerischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren erfasst. Es handelt sich bei dieser Erhebung um eine telefonische Befragung von ca. 20 Minuten Dauer (CATI-Befragung: Computer-Assisted Telephone Interviewing). 1997 wurden rund 16 000 Interviews realisiert, im Jahr 2000 18 000 und 2004 40 000 plus eine Ausländerstichprobe von rund 15 000 Interviews.

1997 wurde zum ersten Mal ein spezielles Modul zum Thema «Unbezahlte Arbeit» angehängt: ein Frageblock von rund 5 Minuten Interviewdauer. Dieser erhebt Daten zu Haus- und Familienarbeit, ehrenamtlichen und freiwilligen Tätigkeiten für Organisationen und Institutionen sowie informellen (auf individueller Initiative basierende) unbezahlten Tätigkeiten. Damit werden sowohl die Pflege und Betreuung von Haushaltsmitgliedern als auch informelle Hilfeleistungen für andere Haushalte erhoben. Das Modul wurde 2000 und 2004 wiederholt.

Spezielle Perspektive betreffend Pflegeleistung: Unbezahlte Arbeit, Resultate zu geleisteter unbezahlter Pflegeleistung (im Rahmen der Haus- und Familienarbeit im eigenen Haushalt und im Rahmen der informellen Freiwilligenarbeit für andere Haushalte), Schwergewicht auf der Art der informellen Hilfe, dem Zeitaufwand und der monetären Evaluation.

Weiterführende Informationen zur SAKE finden sich unter der Internet-Adresse:

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/enquete_suisse_sur/uebersicht.html

Weiterführende Informationen zur Unbezahlten Arbeit finden sich unter der Internet-Adresse:

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/einkommen_und_lebensqualitaet/unbezahlte_arbeit.html

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) liefert seit 1992 alle fünf Jahre repräsentative Daten zu Gesundheitsfragen betreffend Wohnbevölkerung der Schweiz ab 15 Jahren. Die SGB02 umfasste eine Stichprobe von rund 19 700 Privathaushalten – 1993 wurde eine Zusatzerhebung für Personen in Heimen und Institutionen durchgeführt.

Die Erhebung findet über das ganze Kalenderjahr verteilt statt. Personen zwischen 15 und 74 Jahren werden mittels telefonischer Interviews befragt (CATI). Personen ab 75 Jahren können zwischen telefonischer Befragung und persönlichen Interviews (CAPI) bei ihnen zu Hause wählen. Anschliessend an das erste Interview wird ein schriftlicher Fragebogen verschickt. Für Personen, die aus bestimmten Gründen die Fragen nicht selber beantworten können, kann eine Vertrauensperson für sie einen Teil der Fragen beantworten (Proxy-Interview).

Spezielle Perspektive betreffend Pflegeleistung: erhaltene informelle Hilfe aus gesundheitlichen Gründen, Inanspruchnahme von Spitex sowie geleistete informelle Hilfe, Schwergewicht auf «Wer erhält und wer leistet unbezahlte Hilfe?».

Weiterführende Informationen zur SGB finden sich unter der Internet-Adresse:

www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/01.html

Das Schweizer Haushalt-Panel (SHP): Das Hauptziel des SHP ist die Beobachtung des sozialen Wandels und insbesondere der Lebensbedingungen der Bevölkerung in der Schweiz. Das SHP ist ein Joint-Venture-Projekt zwischen dem Schweizerischen Nationalfonds, dem Bundesamt für Statistik und der Universität Neuchâtel. Es handelt sich um eine jährliche Panelerhebung mittels CATI-Befragung von rund 5000 Haushalten mit rund 13 000 Personen (seit 1999).

Spezielle Perspektiven betreffend Pflegeleistung: a) soziales Netzwerk, Einschätzung der möglichen emotionalen und praktischen Unterstützung durch verschiedene Personengruppen; b) regelmässige haushaltsexterne Hilfe für Hausarbeiten oder Betreuungsarbeiten (bezahlt oder nicht bezahlt); c) geleistete informelle Hilfeleistungen für andere Haushalte.

Weiterführende Informationen zum SHP finden sich unter der Internet-Adresse:

www.swisspanel.ch

Zeitvolumen und monetäre Schätzung für informelle Pflege und Dienstleistungen 7

in Millionen Stunden pro Jahr

	Männer	Frauen	Total	Wert in Mrd. Fr.
Pflege von erwachsenen Verwandten	3,3	16,9	20,2	0,6
Pflege von erwachsenen Bekannten	1,8	6,0	7,8	0,2
Dienstleistungen oder Pflegearbeiten insgesamt	37,9	62,1	99,8	3,1

Quelle: BFS, SAKE: unbezahlte Arbeit 2004

wandten und rund 240 Millionen für Pflege von Bekannten.¹¹ Berechnet man den Geldwert der gesamten Tätigkeitsgruppe Pflege und Dienstleistungen für andere Haushalte, beträgt er über 3 Milliarden Franken im Jahr 2004.

Für Betreuungsaufgaben im Haushalt und informelle Pflege werden demnach insgesamt pro Jahr rund 62

Millionen Stunden unbezahlt gearbeitet; nimmt man die informellen Dienstleistungen für andere Haushalte dazu, sind es rund 134 Millionen Stunden pro Jahr. Ausgedrückt als Geldwert entspräche dies 4,3 Milliarden Franken.

Zum Vergleich dazu: im Gesundheits- und Sozialwesen wurden im Jahr 2000 gesamthaft in der Schweiz 587 Millionen bezahlte Arbeitsstunden geleistet. Und die Kosten der Krankenkassen für Spitex-Leistungen betrugen 282 Millionen Franken.¹²

Jacqueline Schön-Bühlmann, Lic. Phil. I, Sektion sozioökonomische Analysen, Bundesamt für Statistik. E-Mail: jacqueline.schoenbuehlmann@bfs.admin.ch

11 Der Geldwert wurde anhand der Marktkostenmethode mit Spezialistenlohnansatz berechnet (Bruttolöhne plus Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherungen). Für die Tätigkeitsgruppe «Informelle Freiwilligenarbeit» wurde als Vergleichslohn derjenige für medizinische, pflegerische und soziale Tätigkeiten sowie hauswirtschaftliche und gastgewerbliche Tätigkeiten gewählt, was einem Bruttostundenlohn von Franken 31.10 entspricht (für das Jahr 2000). Vgl. auch BFS: Satellitenkonto Haushaltsproduktion. Pilotversuch für die Schweiz. Neuchâtel 2004.

12 Vgl. Arbeitsvolumenstatistik AVOL des BFS: www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber03. Zu den Kosten der Spitex-Leistungen vgl. Bundesamt für Sozialversicherung: Spitex-Statistik 2002, Bern 2003.

«Wir haben fast für jede Wohnung einen Schlüssel»

Ein strikter Einsatzplan bestimmt den Alltag einer Spitex-Pflegefachfrau. Im Stundentakt besucht und untersucht sie Patientinnen und Patienten. Das Auto ist dabei ebenso unabdingbar wie der Koffer mit Patientendaten und Material für die Pflege. Ein Erlebnisbericht.



Daniel Dauwalder
Kommunikation, Bundesamt für
Gesundheit

Der Herbst hat in der grössten Berner Agglomerationsgemeinde Köniz viel zu früh Einzug gehalten. An diesem Augustmorgen riecht man ihn förmlich in der Luft. Der Nebel hängt tief und das Thermometer zeigt 15 Grad.

Vor der Abfahrt vom Spitex-Zentrum im Dorfzentrum stellt Elsbeth Möll den Barman auf «Fahrt». Auf dem weissen, handgrossen Gerät trägt die Pflegefachfrau minutiös jede Tätigkeit ein: Behandlungs- oder Grundpflege, Material, das abgegeben wird, und natürlich die Arbeitszeit. Die Fahrzeit darf sie aber nicht in Rechnung stellen.

7.10 Uhr: Der Bauernhofhund bellt den weissen Kleinwagen der Spitex-Frau an, als wir vor dem Haus vorfahren. Bevor sie ins Haus geht, tippt Möll den Code 401 für Behandlungspflege und die Patientennummer ein.

In der Bauernhausstube unter dem Bild mit der Wohnzimmerszene von Albert Anker wartet die alte Frau bereits auf die Spitex-Mitarbeiterin. Beide setzen sich an den Stubentisch: «Haben Sie gut geschlafen?», erkundigt sich Möll, während sie Frau G. die Manschette zum Blutdruckmessen um den Arm legt. Dann misst sie ihr den Blutzucker, kontrolliert den Puls und bittet sie, auf die Waage zu stehen. Der Blutzuckerwert ist tief, und so muss die Insulindosierung der Spritze ange-

passt werden. Die Diabetikerin lässt die Prozedur geduldig über sich ergehen, sie findet täglich zweimal statt. Die Spitex-Frau verrichtet ihre Arbeit sehr sorgfältig und vergewissert sich immer wieder, ob alles in Ordnung ist. Die Werte werden ins Kontrollheft eingetragen, «dr Brattig», wie sie Frau G. nennt. «Ich habe auch schon erlebt, dass ich hierher gekommen bin und Frau G. kalten Schweiß auf der Stirne hatte», erzählt Möll. Dann habe sie sofort den zu tiefen Insulinwert heben müssen. Möll verabschiedet sich von der Diabetespatientin und wir steigen wieder ins Auto. Am Abend wird sie noch einmal vorbeikommen und Frau G. die zweite Insulinspritze verabreichen.

7.33 Uhr: Das Haus in der Einfamilienhaussiedlung ist neu. Im zweiten Stock liegt ein Mädchen bereits angezogen im Bett und wartet darauf, dass seine Mutter und die Spitex-Frau es in den Rollstuhl heben. Das Mädchen fährt nun mit einer Art Seilbahn durchs Treppenhaus in den ersten Stock hinunter. Dort wird es von den beiden Frauen in den Aussenrollstuhl gesetzt. Dann bringt es die Mutter in die Schule. K. ist mit einem offenen Rücken auf die Welt gekommen und hat schon mehrere Operationen hinter sich. Ihr Rücken ist steif. Das neunjährige Mädchen wurde der Mutter mit der Zeit zu schwer, so dass sie für den Transfer vom Bett in den Rollstuhl Hilfe braucht. «Das hier ist nur eine Übergangslösung, Ziel ist es, dass die Familie den Transfer wieder selber machen kann», sagt Möll. Ein Pflegebett würde die Situation bereits erleichtern. Es ist noch unklar, wie viel die Invalidenversicherung an die Pflegekosten für K. bezahlen wird. «Die Mühlen des Staates mahlen manchmal langsam», seufzt die Pflegefachfrau, die seit 15 Jahren für die Spitex Köniz-Oberbalm unterwegs ist.

7.50 Uhr: Der 82-jährige Herr N. muss nach einem Herzinfarkt im letzten Dezember und der anschliessenden Operation Insulin nehmen. Dazu kommt eine Reihe von weiteren Medikamenten. Elsbeth Möll setzt sich zu ihm an den Wohnzimmertisch und gemeinsam füllen die beiden das Medikamenten-Dosett nach. Herr N. öffnet die verschiedenen Medikamentenschachteln und legt jede Tablette in ein separates Fach. Je eine für den Morgen, für den Mittag, für den Abend und für die Nacht. So wird die wöchentliche Medikamentenration wieder bereitgestellt. Möll kontrolliert, dass Herr N. die eine Pille halbiert, sie schaut nach, ob noch genügend Tabletten vorhanden sind, und zählt mit ihm zusammen die Mengen ab. Sie kommt noch einmal pro Woche zu Herrn N. Mit der Zeit, so hofft sie, wird sie noch einmal



Spitex-Alltag: Elsbeth Möll von der Spitex Köniz-Oberbalm misst einer Patientin den Blutzuckerwert. (Foto: Christoph Wider)

alle zwei Wochen und schliesslich nur noch einmal im Monat bei ihm vorbeischauchen müssen. Herr N. ist gut «eingestellt», wie sie sagt, und er kümmert sich auch selbstständig um den Medikamentennachschub. Heute ist er besonders guter Laune, denn nächste Woche fährt er zusammen mit seiner Frau für zwei Wochen in die Ferien nach Weggis. Frau N. ist schwer dement und wohnt in einem Heim in der Nähe. Das Medikamentendosett muss diesmal für zwei Wochen hergerichtet werden. «Es ist schön, dass Herr N. solche Fortschritte macht», freut sich Möll auf der Fahrt zum nächsten Bauernhof.

Die Mehrheit der «Kundinnen und Kunden», wie die Spitex-Patientinnen und -Patienten in Köniz-Oberbalm genannt werden, sind über 70-jährig. Möll betreut insgesamt rund 40 Personen. Dabei besucht sie die einen zweimal pro Tag, andere wiederum einmal alle sechs Wochen. «Das kann aber von Tag zu Tag ändern», sagt sie. Die Pflegefachfrau arbeitet 50 Prozent, und zusammen mit einer anderen Frau bilden sie ein Tandem. Wenn die eine frei hat, arbeitet die andere. Der Anstellungsgrad gilt als Jahresarbeitszeit: «Das ist sinnvoll, weil wir so viel flexibler sind», findet Möll. Der Kundstamm kann je nachdem sehr schnell wechseln.

8.30 Uhr: Frau L. ist heute gesprächig. Sie freut sich auf den von Rotariern finanzierten Ausflug der Spitex-Kunden vom folgenden Tag auf den Neuenburgersee.

Als sie erfährt, dass Frau Möll auch dabei sein wird, leuchten ihre Augen noch mehr. Frau L. hatte offene Beine, die wieder verheilt sind. Möll schaut sich die Beine an, sie ist mit dem Resultat zufrieden. Frau L.s Sohn, der Bauer, schaut in die Küche und erklärt der Spitex-Frau, welche Medikamente erneuert werden müssen. Eine andere Spitex-Mitarbeitende kocht auf dem Hof täglich das Mittagessen und hilft beim Glätten und Putzen mit. Seit die Schwiegertochter von Frau L. vor vier Jahren verstarb, ist die Situation der Familie schwierig. Zwei Kinder sind mittlerweile in einer Lehre, ein Kind geht noch zur Schule. Die Grossmutter kann den Haushalt nicht mehr selber führen, und der Sohn hat neben dem Hof kaum Zeit für die Hausarbeit. Er hilft mit, so gut es eben geht.

8.55 Uhr: Frau F. liegt im Bett im Wohnzimmer mit der schönen Aussicht auf die Hügellandschaft. «Heute geht es mir schlecht, ich habe eine unruhige Nacht verbracht und musste sogar Sauerstoff nehmen», sagt Frau F. Sie leidet an einem Lungenkarzinom, das nicht mehr therapierbar ist. Frau F. will aber nicht in ein Spital, sie will zu Hause bleiben und sterben.

Die Spitex-Frau verbindet ihr die Beine neu. Frau F. klagt über Schmerzen: «Heute tut mir alles weh, der ganze Körper», und die Schmerzmittel nützen nichts mehr. Kurz entschlossen ruft Möll die Ärztin von Frau F. an und fragt, ob die Dosis des Schmerzmittels nicht erhöht werden könnte. Frau F. sitzt am Stubentisch und stützt den Kopf in die Hände. Sie mag nicht selber anrufen, sie hat heute keine Kraft dazu. Möll kommt mit der Ärztin überein, die Schmerzmitteldosis zu erhöhen. Sie wird das Medikament am Nachmittag in der Apotheke abholen und abends Frau F. wieder bringen. «Bei Menschen, die so schwer krank sind, geht es vor allem darum, das Wohlbefinden zu erhalten.»

Vor der Tür sitzt die Katze und miaut die Spitex-Frau beim Hinausgehen an.

9.45 Uhr: «Früher, als meine Beine noch offen waren, habe ich manchmal beim Verbandentfernen vor Schmerzen richtig losbrüllen müssen», erzählt Frau E., während ihr die Spitex-Frau die Beine wieder einbandagierte. Die Beine von Frau E. wollten nicht mehr verheilen und so wurde ihr vor sechs Jahren im Berner Inselspital Haut transplantiert. Sie verbrachte drei Monate im Spital. Der Eingriff war erfolgreich, seit Anfang dieses Jahres sind die Wunden aber wieder aufgegangen. Die Wunden verheilten eine Zeit lang sehr gut, im Moment werden sie aber wieder grösser. Frau E. hilft bei den verschiedenen Tätigkeiten der Spitex-Frau mit, rollt den Verband auf oder reicht ihr die Salben. Sie ist sehr aufgeweckt und erzählt dabei von ihrer Jassleidenschaft. Jeden Samstag kommen vier Frauen in einem Restaurant in Köniz zum Jassen zusammen: «Da läuft wenigstens etwas, dabei muss man noch etwas denken», sagt Frau E. Früher hätte sie sich nie getraut, mit an-

deren zusammen Karten zu spielen: «Wenn eine Frau früher gejasst hat, war das fast wie eine Sünde.»

10.50 Uhr: Der 57-jährige Mann liegt auf dem Schlafzimmerbett. Auf seinem Bauch klebt ein rund zehn Zentimeter langes, graues Stück Kunststoff, das mit einer Folie abgedeckt ist. Aus dem Kunststoff führt ein durchsichtiges Plastikröhrchen in ein Gerät mit einer Art Tank. Stetig rinnt gelblich-braune Wundflüssigkeit in den Behälter. Das Gerät erzeugt ein Vakuum, mit dem die Flüssigkeit aus der Wunde gesogen wird. «Diese Technik ist relativ neu», sagt Elsbeth Möll, und am Anfang habe sie sich an das rund einstündige Prozedere gewöhnen müssen.

Herr R. hat vor einem Monat eine Bauchoperation gehabt. Als er aus dem Spital entlassen wurde, war die Operationswunde so gross wie der «Unterteller einer

Kaffeetasse», wie er sie beschreibt. Seither kommt die Spitex-Frau dreimal pro Woche vorbei, um die Wunde neu zu versorgen. Der Heilungsprozess verläuft sehr gut, so dass Herr R., der Treuhänder, bereits wieder stundenweise arbeiten kann.

12 Uhr: Wir sind zurück im Spitex-Zentrum. Elsbeth Möll lädt das Material aus dem Auto und bringt es zurück. Am Nachmittag ist eine Fachgruppensitzung angesetzt. Zwischen 16.00 und 18.00 Uhr fährt sie erneut zu mehreren Patienten, zu denen sie ebenfalls «ein gutes Vertrauensverhältnis» hat. Ihr wurde ja auch für «fast für jede Wohnung ein Schlüssel» anvertraut.

Daniel Dauwalder, lic. phil., Mediensprecher Bundesamt für Gesundheit. E-Mail: daniel.dauwalder@bag.admin.ch

Altern und Gesundheit: Je länger selbstständig und integriert, desto besser für alle

Treffen die Prognosen zu, wird die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten 20 Jahren um rund 20 Prozent zunehmen. Alles spricht dafür, die Prävention der Pflegebedürftigkeit zu stärken. Wenn Menschen möglichst lange selbstständig und gesund bleiben können, erhöht dies ihre Lebensqualität – und es trägt zur langfristigen Sicherung der Pflegefinanzierung bei. Dies ist eines der Ziele des BAG-Projektes «Altern und Gesundheit».



Adrian Schmid
Bundesamt für Gesundheit

Es war einmal. Der Ätti und das Müeti werden alt – sie spedieren Bett, Tisch und Bank ins Stöckli, überlassen den Hof dem Sohn. Vereinsamen müssen sie nicht, die junge Bauernfamilie pflegt und versorgt die Eltern bis zum Tod.

Es war einmal – das 21. Jahrhundert ist anders. Wenn die Kräfte alter Menschen nachlassen, die Autonomie schwindet und fremde Hilfe notwendig wird, ist nicht immer ein engmaschiges Netz aus Familie, Freunden oder Nachbarn zur Stelle. Die informelle Pflege durch Ehepartner/in und Kinder bleibt zwar zentral, doch eine ganze Reihe von gesellschaftlichen Veränderungen erschweren sie: mehr Alleinstehende, neue Familienformen, weniger Kinder, erwerbstätige Frauen. Die Pflegebedürftigkeit wird aus diesem Grund nicht mehr als natürliche Lebensphase angesehen, die durch informelle Hilfe abgedeckt werden muss. Vielmehr gilt sie als unverschuldetes Lebensrisiko, das zumindest teilweise über die kollektiv finanzierten Sozialwerke finanziert werden muss.

Gleichzeitig hat sich die Medizin rasant entwickelt – der Fortschritt scheint keine Grenzen zu kennen. Dass einem 65-Jährigen das Herz eines 75-Jährigen transplantiert

wird, ist in der Öffentlichkeit nur deshalb zum Thema geworden, weil der Empfänger den Eingriff nicht überlebt hat. Langfristig stellt sich die Frage, welche Medizin für welche Gruppen von Patienten noch den Kriterien des Krankenversicherungsgesetzes KVG genügen. Was ist wirksam? Was zweckmässig? Und wirtschaftlich?

Nicht nur die Betroffenen selber, sondern auch Bund, Kantone und Gemeinden haben ein Interesse, dass alte Menschen möglichst spät hilfs- und pflegebedürftig werden. Gleichzeitig muss die medizinische und pflegerische Betreuung den effektiven Bedarf decken und nicht Maximalforderungen befriedigen. Das Resultat ist erstens ein Gewinn an Gesundheit und Lebensqualität der Betagten und ihrer Angehörigen. Und zweitens kann das Wachstum der Pflege- und Krankheitskosten gebremst und damit ein Beitrag zur langfristigen Sicherung der Sozialwerke erbracht werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Jahr 2004 das Projekt «Altern und Gesundheit» gestartet. Eines der langfristigen Ziele des Projektes ist es, ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu fördern. Dies mit gezielter Prävention der Pflegebedürftigkeit sowie Anreizen für zweckmässige Strukturen in der Altersversorgung. Mit diesem Ziel ist das BAG nicht allein. Primär sind nämlich die Kantone zuständig für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Sie, viele Gemeinden, andere Bundesämter sowie Fachverbände und Berufsgruppen stossen seit mehr oder weniger langer Zeit in die gleiche Richtung.

Vieles spricht aber dafür, altersrelevante Gesundheitsthemen auf Bundesebene strategisch zu bearbeiten. Die Lebenserwartung in der Schweiz ist im letzten Jahrhundert laufend gestiegen. Grund für diese Entwicklung sind der medizinische, wirtschaftliche und soziale Fortschritt (höherer Lebensstandard, Verbesserung der Hygiene, Fortschritte in der präventiven und kurativen Medizin sowie die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge. Der Anteil der über 65-Jährigen steigt von heute 15 Prozent auf rund 20 Prozent im Jahr 2020 und auf rund 25 Prozent im Jahr 2040. Die demografische Projektion lässt für die Periode 2000 bis 2020 eine Zunahme der Zahl der älteren Pflegebedürftigen von maximal einem Drittel erwarten.

1 Höpflinger/Hugentobler: Pflegebedürftigkeit in der Schweiz (2003)

Engpass in der Versorgung?

Gemäss dem Zürcher Soziologieprofessor François Höpflinger¹ zeigen Hochrechnungen, dass selbst eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit – zum Beispiel dank präventiver Programme oder vermehrter Erfolge in der Rehabilitation – den demografischen Effekt wesentlich abschwächen kann.

Bei einer gezielten Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter scheint eine Zunahme der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2020 von maximal 20 Prozent realistisch. Gleichzeitig wird aber die Pflege anspruchsvoller, denn mit der Zunahme der hochbetagten Menschen häuft sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten leiden (Multimorbidität). Zu erwarten ist zudem ein Kapazitätsengpass in der Versorgung.

Die Pflegebedürftigkeit im Alter wird häufig durch eine von drei Ursachen ausgelöst – einzeln oder in Kombination: Stürze und Frakturen, depressive Störungen sowie dementielle Störungen. Eine Behinderung im Alter kann allerdings durch eine ganze Reihe von weiteren Krankheiten ausgelöst werden. Die Ursachen sind vielfältig. Aus Studien ist bekannt, dass individuelle, soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren den Gesundheitszustand der Bevölkerung in einem grösseren Ausmass beeinflussen als Qualität und Quantität der Gesundheitsversorgung. Für den Gesundheitszustand im Alter prägend sind demnach Einflüsse wie Vererbung, Berufsleben, Bewegung, Ernährung, Suchtverhalten, Bildung, soziale Beziehungen, Einkommen oder die Wohnsituation.

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist ausgeprägt föderalistisch organisiert. Zuständig für die Gesundheitsversorgung sind die Kantone. Die Kompetenzen des Bundes beschränken sich auf die Bereiche der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung sowie auf die in der Verfassung festgelegten Aspekte der öffentlichen Gesundheit (Infektionskrankheiten, Lebensmittel, Heilmittel, Chemikalien, Strahlenschutz etc.). Für die Betreuung und fachgerechte Versorgung der älteren Menschen sind somit je nach Fachgebiet unterschiedliche Stellen zuständig. Viele Kantone, Gemeinden und Organisationen haben Alterskonzepte, Altersleitbilder und Altersprojekte entworfen – eine Übersicht existiert nicht und wurde bisher auch nicht veranlasst.

Auf nationaler Ebene sind diverse Behörden und Organisationen mit einem ganzheitlichen Altersansatz aktiv. Bei den Bundesbehörden ist dies vor allem die Fachstelle Altersfragen des BSV. Sie begleitet die Altersvorsorge aus sozioökonomischer Sicht, hat Leistungsverträge mit Organisationen der Altershilfe und subventioniert Spitex-Organisationen. Die altersrelevanten Gesundheitsthemen werden national jedoch

nicht koordiniert bearbeitet. Das BAG hat bisher keinen Schwerpunkt bei Themen für ältere Menschen (über 65-Jährige) und Hochbetagte (über 85-Jährige). In vielen Bereichen – zum Beispiel bei den nationalen Präventionsprogrammen – wird die ältere Generation als Teil der Gesamtbevölkerung angesprochen. Nur punktuell sind die Aktivitäten auf sie ausgerichtet (zum Beispiel Grippepräventionskampagne, Broschüre «Ernährung im Alter» oder das Projekt «Osteoporose und Stürze im Alter»).

Älter werden ist keine Krankheit

Aus Sicht des Projektteams «Altern und Gesundheit» besteht im Themenkreis der altersrelevanten Gesundheitsthemen für das BAG der folgende prioritäre Handlungsbedarf:

- Im Kosten-Nutzen-Verständnis der Medizin, Prävention und Pflege für ältere Menschen und Hochbetagte bestehen Lücken. Welche Ansätze sind vielversprechend, aber ungenügend entwickelt? Welche Therapien werden breit propagiert, obwohl sie zu wenig wirtschaftlich, wirksam und zweckmässig sind? Hier ist eine Gesamtsicht notwendig;
- Die Zahl älterer pflegebedürftiger Personen wird bis 2020 um 20 bis 30 Prozent zunehmen. Gleichzeitig steigt die Zahl der Pflegebedürftigen, die gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten leiden. Die Kostenfrage und die Prävention der Pflegebedürftigkeit werden damit über die aktuelle Bundesratsbotschaft «Neuregelung der Pflegefinanzierung» hinaus ein Thema bleiben. Wie bereits erwähnt gehen Experten davon aus, dass bei einer gezielten Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter eine Zunahme der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2020 von maximal 20 Prozent realistisch scheint;
- Die Medizin definiert immer mehr Erscheinungen der natürlichen Alterung als Krankheit. Andererseits werden die Grenzwerte für die erwiesenermassen wirksame medikamentöse Prävention laufend nach unten verschoben. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Behörden bei präventiven Therapien über die Zulassung und Kassenpflicht hinaus einen Einfluss auf die Indikationsstellung nehmen können und sollen;
- Es besteht wenig Koordination der Akteure, die sich mit altersspezifischen Gesundheitsthemen befassen (Behörden, Organisationen). Die Angebote für Betagte vom Mahlzeitendienst bis zur Spitalbetreuung werden lokal und regional zwar koordiniert. Es besteht jedoch kein nationales Konzept, damit die ökonomischen und qualitativen Anreize für die bedarfsgerechte Versorgung richtig gesetzt werden.

Die Analyse des BAG deckt sich mit den Erkenntnissen der internationalen Gesundheitsbehörden – deren Ansätze und Zielsetzungen sind zum Teil anders gewichtet oder gehen weiter. So formulierte die Weltgesundheitsorganisation WHO im Jahr 2002 in ihrem Diskussionsbeitrag für die Weltaltersversammlung der UNO in Madrid eine auf den drei Pfeilern Gesundheit, Partizipation und Sicherheit beruhende Politik («Active Ageing. A Policy Framework»):

- **Gesundheit**
 - Prävention und Reduktion von Behinderung, chronischen Erkrankungen und vorzeitigen Todesfällen;
 - Reduktion der Risikofaktoren für die wichtigsten chronischen Krankheiten und Stärkung der gesundheitsfördernden Faktoren über die gesamte Lebensspanne;
 - Entwicklung eines Kontinuums von finanzierbaren, zugänglichen, qualitativ hochstehenden und altersgerechten Gesundheits- und Sozialangeboten;
 - Weiter- und Fortbildung für Pflegende;
- **Partizipation**
 - Bildungs- und Lernangebote für alle Lebensphasen;
 - Zugang zu ökonomischen Entwicklungschancen, bezahlter und freiwilliger Arbeit für alle Altersgruppen in Abhängigkeit von ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten;
- **Sicherheit**
 - Wahrung von Schutz, Sicherheit und Würde von älteren Menschen.

Das vom Regionalbüro Europa der WHO formulierte Ziel zum Altern in Gesundheit (Ziel 5) lautet:

- Bis zum Jahr 2020 schöpfen Menschen im Alter von über 65 Jahren ihr Gesundheitspotential voll aus und spielen eine aktive Rolle in der Gesellschaft;
- Die Lebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren – mit und ohne Behinderungen – soll mindestens um 20 % steigen;
- Der Anteil der Menschen, die im Alter von 80 Jahren in einem häuslichen Umfeld leben und so gesund sind, dass sie ihre Unabhängigkeit, ihre Selbstachtung und ihren Platz in der Gesellschaft bewahren können, sollte mindestens um 50 % steigen.

Die Verhütung von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit im Alter ist sowohl aus menschlicher wie auch aus ökonomischer Sicht von grosser Bedeutung. Das Health Evidence Network der WHO formuliert dazu vier Grundsatzempfehlungen [HEN, 2004]²:

- Entwicklung strategischer Präventionspläne auf landesweiter und kommunaler Ebene;
- Förderung der gerontologischen und geriatrischen Fortbildungsangebote für die einschlägigen Berufsgruppen;

- Entwicklung von Programmen, die ältere Menschen in die Lage versetzen, mit Risikofaktoren für Behinderungen und chronischen Krankheiten umzugehen;
- Anregung von Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zum Thema «Behinderungen im Alter».

BAG-Jahresziele 2005

Die Herausforderung ist nicht klein. Im BAG liegen jedoch weder finanzielle noch personelle Ressourcen brach, die ins Projekt «Altern und Gesundheit» investiert werden könnten. Deshalb hat sich die Amtsleitung für eine Politik der kleinen Schritte entschieden. Mit den verfügbaren Mitteln soll versucht werden, greifbare und realistische Jahresziele zu erfüllen. Für 2005 wurden folgende Vorgaben formuliert:

- Konkrete Umsetzungsvorschläge in drei konkreten Bereichen. Ziel ist es, die Massnahmen dort zu etablieren, wo sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind, sowie Vorschläge zur Umsetzung und Finanzierung zu erarbeiten.
 - Gesundheitsprofil / präventive Hausbesuche: Unter dem Titel «Sanaprofil» hat der Berner Geriatrieprofessor Andreas Stuck ein Verfahren entwickelt, das sich an Menschen ab 65 Jahre richtet, die zu Hause leben und nicht akut schwer erkrankt sind. Mit einem Fragebogen, den die Betroffenen selber ausfüllen, werden alle wichtigen Bereiche der Gesundheit erfasst. Die Auswertung zeigt, ob Massnahmen zur Stärkung oder Erhaltung der Autonomie angezeigt sind – und wenn ja, welche.
 - Case Management: Mit dem Case Management wird eine bedarfsgerechte Hilfeleistung und Versorgung geplant, koordiniert und überwacht. Im Gesundheits- und Sozialsystem können theoretisch verschiedene Akteure diese Rolle übernehmen (Ärzte, Spitex, Sozialdienste, Versicherer). Ziel ist auch hier die Verminderung der Pflegebedürftigkeit im Alter.
 - Hüftprotektoren: Häufig sind Sturzunfälle der Auslöser für eine Pflegebedürftigkeit. Hüftprotektoren bieten Schutz gegen Hüftfrakturen nach einem Sturz.
- Studie Ausgangslage: Diese epidemiologische Studie soll dokumentieren, welche altersrelevanten Krankheiten den Verlust der Selbstständigkeit sowie eine Pflegebedürftigkeit auslösen können und welche Massnahmen einer Intervention möglich und sinnvoll sind.
- Vernetzung: Koordination zwischen den nationalen und kantonalen Akteuren, welche altersrelevante Gesundheitsthemen bearbeiten. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die jährliche «Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik», die in diesem Jahr zum

Thema «Altern und Gesundheit» stattfindet. Der Anlass vom 3. November 2005 wird in Teilen mit dem Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie zusammengelegt.

Behörden und Fachwelt zusammen

Wie bereits erwähnt, ist die Zuständigkeit des BAG in altersrelevanten Gesundheitsthemen je nach Themenbereich unterschiedlich. Bei Aktivitäten, welche die Finanzierung von medizinischen und pflegerischen Massnahmen betreffen, hat der Bund mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) ein rechtliches Instrument. Allerdings ist hier darauf zu achten, dass allfällige Massnahmen, welche die ältere Generation betreffen, die grundrechtlichen Normen der Verfassung einhalten (Menschenwürde, Gleichbehandlung und Diskriminierungsverbot etc.). Limitiert sind die Bundeskompetenzen bei allfälligen Public-Health-Massnahmen. Hier müsste die Unterstützung der Kantone im Vordergrund stehen.

Politisch ist das Projekt «Altern und Gesundheit» im Einklang mit der Leitlinie 2 der Legislaturplanung 2003-2007 des Bundesrates: «Die demografische Herausforderung bewältigen.» Zudem hat das Parlament im Dezember 2003 eine Motion von Nationalrätin Susanne Leutenegger Oberholzer als Postulat überwiesen («Alterspolitik – Strategieentwicklung»). Gegenwärtig ist eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus diversen Bundesämtern daran, diesen Strategiebericht zu verfassen. Ein Resultat dieser Arbeit könnte sein, dass sich die Bundesstellen, welche altersrelevante Themen bearbeiten, in Zukunft mehr über Inhalte und Ziele austauschen.

Darüber hinaus beantragt der Bundesrat dem Parlament, eine Motion von Nationalrätin Bea Heim anzunehmen. Diese verlangt eine «Nationale Strategie zur Förderung der Gesundheit und Stärkung der Autonomie im Alter». Der Bundesrat zeigt sich in der Antwort bereit, zusammen mit den Kantonen eine Strategie zu initiieren und dabei eine Koordinationsfunktion zu übernehmen.

Zwei Zukunftsmodelle

Beim Blick in die Zukunft stehen sich zwei Modelle gegenüber. Die Kombination der demografischen und

medizin-technischen Entwicklung kann zu einem Kostenschub führen. Zur künftigen Entwicklung gibt es zwei theoretische Modelle, die sich widersprechen:

- Im Modell der «Medikalisierung» steigt die Lebenserwartung unter anderem deshalb, weil alte Menschen mit chronischen Krankheiten dank medizinischen und sozial-medizinischen Interventionen länger überleben – beziehungsweise der Zeitpunkt des Todes hinausgeschoben wird. Einerseits weil die Menschen dank der Medizin länger gesund bleiben. Andererseits weil sie ein hohes Alter erreichen, in dem die Wahrscheinlichkeit für die medizinische Behandlung von chronischen Krankheiten stark zunimmt.
- Das Modell der «Rektangularisierung» geht davon aus, dass primär die aktiven und gesunden Lebensjahre verlängert werden. Chronische Krankheiten treten später auf, weil die jüngeren Jahrgänge dank besserer Ernährung und lebenslanger Gesundheitsvorsorge länger gesund bleiben.

Etlche epidemiologische Studien belegen den Trend zur «Rektangularisierung»: Der Durchschnitt der behinderungsfreien Lebenserwartung (disability free life expectancy) steigt. Die Frauen leben nicht nur länger als die Männer, sie leben auch länger gesund. Andererseits müssen Frauen mit einer längeren Behinderungszeit rechnen, weil sie häufiger an chronischen Krankheiten leiden. Die Ursachen für diese Differenz sind bislang nicht hinreichend geklärt.

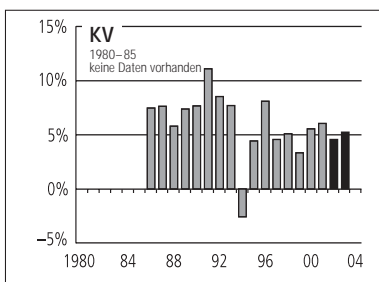
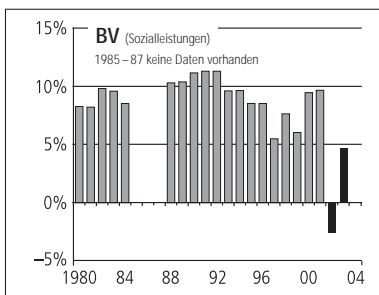
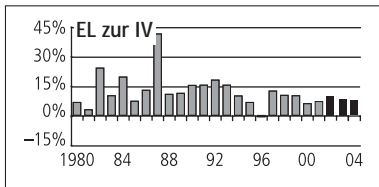
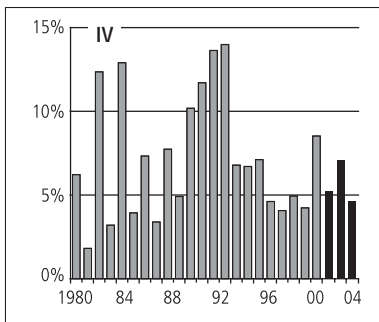
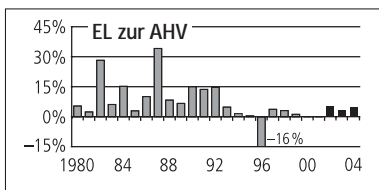
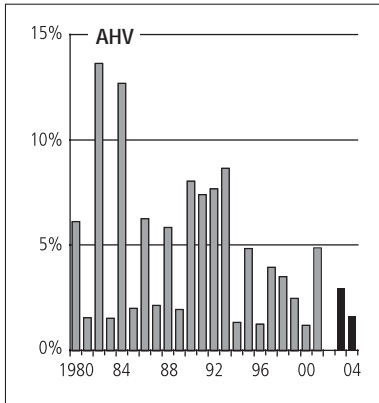
Zukunftsprognosen müssen aber auch die Entwicklung in der Gesellschaft berücksichtigen. Zukünftige Generationen werden voraussichtlich selbstbewusster älter werden. Im Bereich der Gesundheitsversorgung werden die Älteren von morgen eine hohe Behandlungsqualität einfordern. Wahrscheinlich werden sie mit einem stärkeren Bewusstsein für Präventionsmassnahmen ins Alter eintreten. Die Erwartung an die eigene Selbstständigkeit wird parallel zunehmen zum stetig steigenden Angebot an Hilfsmitteln, welche die körperlichen Einbussen kompensieren können.

Interessant ist, dass die demografische Veränderung in der Gesellschaft primär als Altersthema wahrgenommen wird. Da sei «etwas schief in unseren Köpfen», sagte unlängst der Philosoph Hans Saner in der Pro-Senectute-Zeitschrift «Zeitlupe». Statt ständig von den vielen alten Menschen zu reden, sollte man das Thema vom anderen Ende angehen: «Es gibt zu wenig Kinder – es braucht eine Politik, die den Nachwuchs fördert.»

Adrian Schmid, Projektleiter, Stab Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: adrian.schmid@bag.admin.ch

2 HEN, What are the main risk factors for disability in old age, 2004

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1980	1990	2002	2003	2004	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	10 896	20 355	28 903	31 958	32 387	1,3%
davon Beiträge Vers./AG		8 629	16 029	21 958	22 437	22 799	1,6%
davon Beiträge öff. Hand ²		1 931	3 666	7 717	8 051	8 300	3,1%
Ausgaben		10 726	18 328	29 095	29 981	30 423	1,5%
davon Sozialleistungen		10 677	18 269	29 001	29 866	30 272	1,4%
Saldo		170	2 027	-191	1 977	1 964	-0,7%
AHV-Kapitalkonto		9 691	18 157	23 067	25 044	27 008	7,8%
Bezüger/innen AHV-Renten ³	Personen	1 030 003	1 225 388	1 547 930	1 584 795	1 631 969	3,0%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		69 336	74 651	87 806	89 891	92 814	3,3%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 254 000	3 773 000	3 995 000	4 008 000	4 042 000	0,8%

EL zur AHV		1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	343	1 124	1 525	1 573	1 651	5,0%
davon Beiträge Bund		177	260	343	356	375	5,5%
davon Beiträge Kantone		165	864	1 182	1 217	1 276	4,8%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	96 106	120 684	143 398	146 033	149 420	2,3%

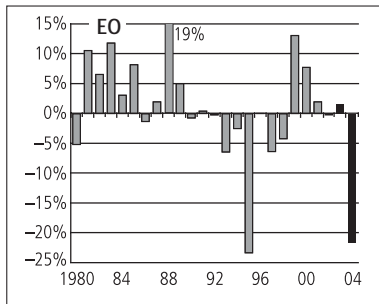
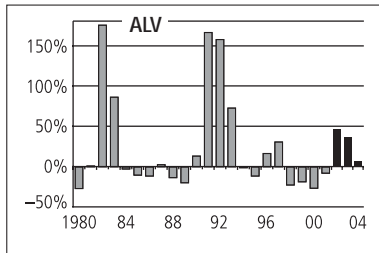
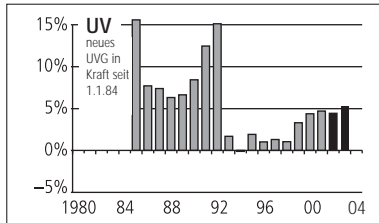
IV		1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 111	4 412	8 775	9 210	9 511	3,3%
davon Beiträge Vers./AG		1 035	2 307	3 682	3 764	3 826	1,7%
davon Beiträge öff. Hand		1 076	2 067	4 982	5 329	5 548	4,1%
Ausgaben		2 152	4 133	9 964	10 658	11 096	4,1%
davon Renten		1 374	2 376	5 991	6 440	6 575	2,1%
Saldo		-40	278	-1 189	-1 448	-1 586	9,5%
IV-Kapitalkonto		-356	6	-4 503	-4 450	-6 036	35,6%
Bezüger/innen IV-Renten ³⁾	Personen	123 322	164 329	258 536	271 039	282 043	4,1%

EL zur IV		1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	72	309	1 003	1 099	1 197	8,9%
davon Beiträge Bund		38	69	220	244	266	9,1%
davon Beiträge Kantone		34	241	783	855	931	8,9%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	18 891	30 695	73 555	79 282	85 370	7,7%

BV / 2. Säule Quelle: BFS/BSV		1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	13 231	32 882	45 717	46 100	...	0,8%
davon Beiträge AN		3 528	7 704	11 717	12 300	...	5,0%
davon Beiträge AG		6 146	13 156	16 677	16 400	...	-1,7%
davon Kapitalertrag		3 557	10 977	13 335	13 300	...	-0,3%
Ausgaben		...	15 727	34 590	35 600	...	2,9%
davon Sozialleistungen		3 458	8 737	21 698	22 600	...	4,2%
Kapital		81 964	207 200	423 600	468 000	...	10,5%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	326 000	508 000	805 000	830 000	...	3,1%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV		1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	...	8 640	15 588	17 000	...	9,1%
davon Prämien (Soll)		...	6 954	15 363	16 857	...	9,7%
Ausgaben		...	8 172	15 570	16 390	...	5,3%
davon Leistungen		...	8 204	17 106	17 942	...	4,9%
davon Kostenbeteiligung		...	-801	-2 504	-2 591	...	3,4%
Rechnungssaldo		...	468	19	609	...	3178,6%
Kapital		6 266	7 050	...	12,5%
Prämienverbilligung		...	332	2 848	2 961	...	4,0%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	...	4 153	6 683	6 449	...	-3,5%
davon Beiträge der Vers.	...	3 755	4 864	5 014	...	3,1%
Ausgaben	...	3 043	4 972	5 236	...	5,3%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	...	2 743	4 271	4 528	...	6,0%
Rechnungs-Saldo	...	1 111	1 711	1 214	...	-29,1%
Kapital	...	11 195	29 785	31 584	...	6,0%

ALV Quelle: seco	1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	474	786	6 969	5 978	4 835	19,1%
davon Beiträge AN/AG	429	648	6 746	5 610	4 341	-22,6%
davon Subventionen	-	-	169	268	453	69,3%
Ausgaben	153	502	4 966	6 786	7 107	4,7%
Rechnungs-Saldo	320	284	2 004	-808	-2 272	181,2%
Ausgleichsfonds	1 592	2 924	2 283	1 475	-797	-154,1%
Bezüger/innen ⁴ Total	...	58 503	252 192	316 850	330 328	4,3%

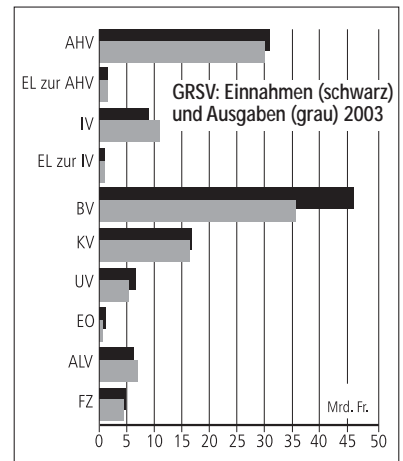
EO	1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	648	1 060	662	932	957	2,6%
davon Beiträge	619	958	787	804	818	1,7%
Ausgaben	482	885	692	703	550	-21,7%
Rechnungs-Saldo	166	175	-30	229	406	77,3%
Ausgleichsfonds	904	2 657	3 545	2 274	2 680	17,9%

FZ	1980	1990	2002	2003	2004	VR ¹
Einnahmen geschätzt Mio. Fr.	...	3 049	4 796	4 827	...	0,6%
davon FZ Landw. (Bund)	69	112	135	129	128	-0,7%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2003

Sozialversicherungsweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2002/2003	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2002/2003	Saldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	31 037	2,4%	29 981	3,0%	1 056	25 044
EL zur AHV (GRSV)	1 573	3,1%	1 573	3,1%	-	-
IV (GRSV)	9 210	5,0%	10 658	7,0%	-1 448	-4 450
EL zur IV (GRSV)	1 099	9,5%	1 099	9,5%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	46 100	0,8%	35 600	2,9%	10 500	468 000
KV (GRSV)	17 000	9,1%	16 390	5,3%	609	7 050
UV (GRSV)	6 449	-3,5%	5 236	5,3%	1 214	31 584
EO (GRSV)	863	-2,5%	703	1,6%	160	2 274
ALV (GRSV)	5 978	-14,2%	6 786	36,7%	-808	1 475
FZ (GRSV) (Schätzung)	4 827	0,6%	4 758	1,8%	69	...
Konsolidiertes Total (GRSV)	123 436	1,3%	112 085	5,1%	11 352	530 976

*GRSV heisst: Gemäss den Definitionen der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen, die Angaben können deshalb von den Betriebsrechnungen der einzelnen Sozialversicherungen abweichen. Die Einnahmen sind ohne Kapitalwertänderungen berechnet. Die Ausgaben sind ohne Rückstellungs- und Reservenbildung berechnet.



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	1970	1980	1990	1999	2000	2001
Soziallastquote ⁵	13,5%	19,6%	21,4%	26,4%	26,0%	26,3%
Sozialleistungsquote ⁶	8,5%	13,2%	14,1%	20,6%	20,1%	20,8%

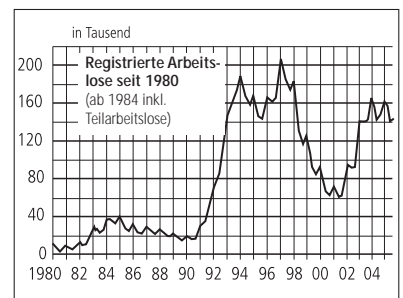
Arbeitslose

	Ø 2002	Ø 2003	Ø 2004	Juli 05	Aug. 05	Sep. 05
Ganz- und Teilarbeitslose	100 504	145 687	153 091	139 902	142 359	142 728

Demografie

Basis: Szenario A-2000, ab 2010 Trend BFS


	2000	2004	2010	2020	2030	2040
Jugendquotient ⁷	37,6%	35,6%	34,1%	32,3%	35,4%	36,6%
Altersquotient ⁷	25,0%	25,5%	28,2%	33,2%	41,1%	44,6%



1 Veränderungsrate zwischen den beiden letzten verfügbaren Jahren.
 2 Inkl. MWST (seit 1999) und Spielbankenabgabe (seit 2000).
 3 Vor der 10. AHV-Revision wurden Paar- und einfache Renten ausbezahlt. Für die Berechnung der BezügerInnen wurde die Anzahl Paarrenten, die es bis Ende 2000 gab, mit zwei multipliziert und zur Anzahl einfacher Renten dazugezählt.
 4 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 5 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandsprodukt in %.

6 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandsprodukt in %.
 7 Jugendquotient: Jugendliche (0-19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner/innen (>65-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 65).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2004 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch



Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
«Regelungslücken im medizinischen Datenschutz in den Sozialversicherungen», Beiträge zur sozialen Sicherheit, 2005.	BBL ¹ 318.010.6/05/d/f Fr. 11.90
«IV-Statistik 2005», Statistiken zur sozialen Sicherheit, 2005	BBL ¹ 318.124.05/d/f Fr. 14.90
«AHV-Statistik», Statistiken zur sozialen Sicherheit, 2005.	BBL ¹ 318.123.05/d/f Fr. 10.60
D. Hornung, Th. Röthlisberger: «Bezug des Vorsorgekapitals aus der 2. Säule bei der Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit». BSV Forschungsbericht Nr. 8/05	BBL ¹ 318.010.8/05/d/f Fr. 20.70

1 BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern. Fax 031 325 50 558. verkauf.zivil@bbl.admin.ch, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2003:

- Nr. 1/03 Die Situation behinderter Menschen in der Schweiz im EU-Jahr der Behinderten
- Nr. 2/03 *Kein Schwerpunkt* (Interview mit dem abtretenden BSV-Direktor Otto Piller)
- Nr. 3/03 Die längerfristige Zukunft der Altersvorsorge beginnt heute
- Nr. 4/03 Armut – auch in der Schweiz eine Realität
- Nr. 5/03 Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union – erste Zwischenbilanz
- Nr. 6/03 Dauert das Verfahren der Invalidenversicherung zu lange?

- Nr. 1/04 Mehr Eigenverantwortung – ein Rezept für die Sicherung des Sozialstaates?
- Nr. 2/04 Volksabstimmung vom 16. Mai 2004: 11. AHV-Revision und Finanzierung der AHV/IV
- Nr. 3/04 Gleichstellung von Frau und Mann: 30 Jahre danach
- Nr. 4/04 Ja zum bezahlten Mutterschaftsurlaub
- Nr. 5/04 Die 5. IV-Revision auf einen Blick
- Nr. 6/04 Familienbericht 2004

- Nr. 1/05 Kein Schwerpunkt
- Nr. 2/05 Eingetragene Partnerschaft – Beziehung rechtlich absichern
- Nr. 3/05 Modernisierungen in der AHV-Durchführung
- Nr. 4/05 Soziale Gerechtigkeit – Ethik und Praxis
- Nr. 5/05 Neuordnung der Pflegefinanzierung

Die Schwerpunkte sowie weitere Rubriken sind seit Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/publikat/uebers/d/index.htm zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2002 Fr. 5.–. Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellungen an: **Bundesamt für Sozialversicherung, CHSS, 3003 Bern, Telefon 031 322 90 11, Telefax 031 322 78 41, E-Mail: info@bsv.admin.ch**

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	Rosmarie Marolf E-Mail: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Sabrina Gasser, Administration E-Mail: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Telefon 031 325 93 13 Die Meinung BSV-externer AutorInnen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Susanna Bühler, Géraldine Luisier Rurangirwa, Stefan Müller, Andrea Nagel, Pierre-Yves Perrin, Jacoba Teygeler	Auflage	Deutsche Ausgabe 6000 Französische Ausgabe 2000
Abonnemente und Auskünfte	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Effingerstrasse 20, 3003 Bern Telefon 031 322 90 11 Telefax 031 322 78 41 www.bsv.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG
			ISSN 1420-2670 318.998.5/05d