



Warum es eine Initiative für ein
gutes Alter braucht:

**Grundlagen, Analysen
und Umsetzungskonzepte
zur Volksinitiative «Gutes Alter für
alle»**

Simone Bertogg
Ursula Blaser-Bysäth
Manuel Kampus
Beat Ringger
Hans Rudolf Schelling

1. Februar 2021

Vorwort

Erstmalig in der Geschichte erreicht eine Grosszahl der Menschen in der Schweiz ein hohes Alter. Wir haben die Chance und die Aufgabe, eine Gesellschaft des guten langen Lebens einzurichten. Ein gutes Leben im Alter, frei von Diskriminierungen, steht allen Menschen zu, unabhängig von den Ressourcen, über die sie verfügen. Ein gutes Leben im Alter ist mit einem möglichst hohen Mass an Selbstbestimmung verbunden.

Ganzheitliche Alltagsunterstützung, Beratung, Betreuung und Pflege müssen für alle erreichbar sein, die das für ein gutes, selbstbestimmtes Alter benötigen. Qualitativ hochstehende, integrierte, kooperative und solidarisch finanzierte öffentliche Angebote bilden dafür das Rückgrat. Das Netzwerk Gutes Alter plant die Lancierung einer eidgenössischen Volksinitiative. Durch sie sollen die Grundlagen eines guten Alters in der Verfassung festgeschrieben werden.

Eine Arbeitsgruppe des Netzwerks hat zu zentralen Aspekten der geplanten Initiative beleuchtende Texte verfasst. Sie erläutern Fragen rund um die grundlegenden Bedingungen, die aktuelle Situation in der Schweiz und den Änderungsbedarf. Vorgestellt werden auch exemplarische Umsetzungskonzepte. Am Ende der Texte wird jeweils ein Bezug zur geplanten Initiative hergestellt.

Diese Texte bilden einerseits die Basis für die Weiterentwicklung des Initiativtextes, andererseits aber auch ein Argumentarium für die Notwendigkeit einer verfassungsmässigen Verankerung der Bedingungen eines «guten Alters».

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	2
1. Gesellschaftsvertrag und intergenerationelle Solidarität	5
2. Ganzheitlich-personenbezogener Ansatz	7
2.1. Aktuelle Situation: Fokus auf Behandlungsepisoden	7
2.2. Integration und Vernetzung	7
2.3. Personenbezug	8
2.4. Was will die Initiative?	8
3. Betreuung	9
3.1. Pflege: ein zu enges Konzept.....	9
3.2. Wegweiser für gute Betreuung im Alter	9
4. Ungleichheit und finanzielle Lage der Menschen im Alter	11
4.1. Finanzielle Lage der Menschen im Alter	11
4.2. Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten	12
4.3. Was fördert Gerechtigkeit?	13
4.4. Was will die Initiative?	14
5. Die Rollen des Bundes, der Kantone, der Gemeinden und privater Akteure in der Alterspolitik	15
5.1. Rolle des Bundes: aktuelle Situation	15
5.2. Subsidiarität und Föderalismus	15
5.3. Parastaatliche Politikgestaltung: Delegation an private Träger	16
5.4. Reglementierung und Finanzierung.....	16
5.5. Altersstrategie des Bundes	17
5.6. Was will die Initiative?	17
6. Die Finanzierung öffentlicher Care-Dienste für Betagte	19
6.1. Grundfragen der Finanzierung	19
6.2. Heutige Finanzierungsmechanismen in der Schweiz.....	20
6.3. Was will die Initiative?	21
7. Buurtzorg	22
7.1. Was ist Buurtzorg?	22
7.2. Wie funktioniert Buurtzorg?	22
7.3. Wie lässt sich das Buurtzorg-Modell adaptieren?	23
7.4. Was will die Initiative?	24

8. Die Beratungs- und Koordinationsstelle BKS.....	25
8.1. Darstellung des Modells.....	25
8.2. Bezug zum bundesrätlichen Vorschlag einer Erstberatungsstelle.....	27
8.3. Was will die Initiative?	28
9. Ganzheitliche Wohn- und Versorgungskonzepte	29
9.1. Wohn- und Lebensformen im Alter	29
9.2. Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA	30
9.3. Voraussetzungen für ein integriertes Versorgungskonzept.....	31
9.4. Was will die Initiative?	32
10. Arbeitsbedingungen und Qualifikation des Personals	34
10.1. Arbeitsbedingungen und Qualität der Arbeit.....	34
10.2. Professionelle Akteure der Betreuung und Pflege im Altersbereich.....	35
10.3. Care-Migration	35
10.4. Bedeutung der öffentlichen Dienste	36
10.5. Regulierungen und Planungsverfahren	37
10.6. Was will die Initiative?	37
11. Von der informellen zur formellen Hilfe – Zusammenarbeit in der Unterstützung der Angehörigen	38
11.1. Caring Community	38
11.2. Formelle und informelle Hilfe	38
11.3. Unterstützende Angehörige nicht strapazieren	39
11.4. Betreuung von Angehörigen mit Demenz.....	39
11.5. Ältere Menschen ohne Angehörige.....	40
11.6. Was will die Initiative?	40

1. Gesellschaftsvertrag und intergenerationale Solidarität

Beat Ringger und Ursula Blaser-Bysäth

Fragestellung:

Welche «Mittel» braucht es, um den gesellschaftlichen Vertrag zwischen den Generationen zu bewahren und zu verbessern? Wie kann die positive Erfahrung der intergenerationalen Solidarität in der Corona-Krise weiter genutzt werden?

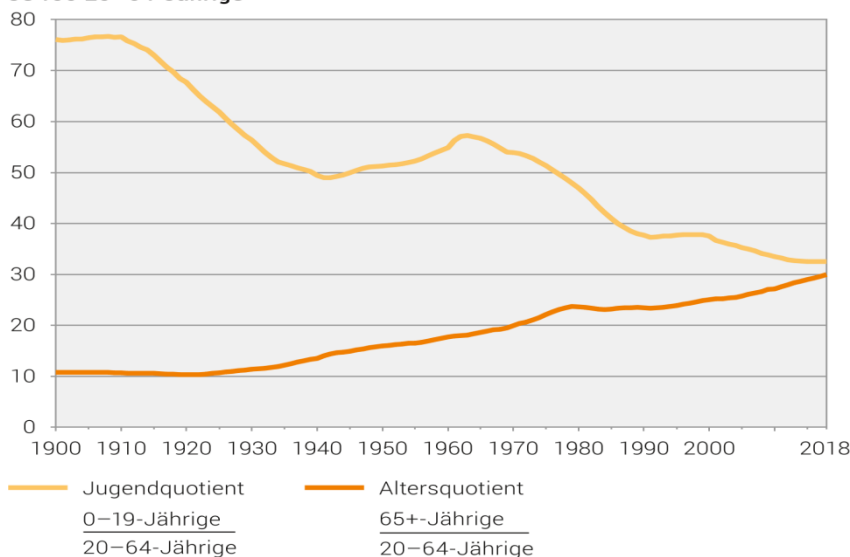
In den letzten Jahrzehnten hat sich der Lebensverlauf der Menschen in westlichen Gesellschaften grundlegend erweitert: Kindheit, Jugend, Erwerbsleben, rüstiges Alter, hohes Alter. Erfreulich ist, dass nicht nur die Lebenserwartung steigt, sondern auch die einschränkungsfreie Lebenserwartung zunimmt. «Ein langes Leben bei guter Gesundheit und in guter Gesellschaft, das ist ein alter Menschheitstraum.»¹

Dies ist eine positive Folge unserer Wohlstandsgesellschaft und nicht, wie uns gewisse Kreise dauernd weiszumachen versuchen, eine schwere Bürde, die den Vertrag zwischen den Generationen gefährdet. Doch statt allen ein gutes und langes Leben zu ermöglichen, arbeiten die einen wie Jeff Bezos an einer Welt ohne Alterung, Sterben und Tod, während die anderen glauben, wir könnten uns dieses gute und lange Leben für alle gar nicht leisten.

Eine nähere Betrachtung zeigt, dass die Gesamtbelastung der aktiven, erwerbstätigen Generation in den letzten hundert Jahren nicht gestiegen, sondern deutlich gesunken ist. Denn der wachsende Anteil von Rentner*innen und Hochbetagten an der Bevölkerung ist durch den starken Rückgang der Kinder und Jugendlichen mehr als kompensiert worden, wie die nachstehende Grafik zeigt.

Jugend- und Altersquotient

Je 100 20–64-Jährige



Quellen: BFS – ESPOP, STATPOP

© BFS 2019

¹ http://www.denknetz.ch/wp-content/uploads/2019/02/Inhalt_Gutes_Alter-ganz.pdf

Gegenwärtige kommen auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20–64-Jährige) etwas über 30 Kinder/Jugendliche und rund 30 Personen im Rentenalter. Während der Jugendquotient in den letzten 120 Jahren insgesamt deutlich gesunken ist, ist der Altersquotient gestiegen. Der Gesamtquotient aus Kindern/Jugendlichen und Rentner*innen hat jedoch deutlich abgenommen – und damit auch die *Gesamtbelastung* der Haushalte respektive der erwerbstätigen Personen. Kommt dazu, dass die Kosten für Kinder und Jugendliche in Ausbildung deutlich höher liegen als diejenige von Rentner*innen. Überdies erbringt die Rentner*innengeneration wesentliche Unterstützungsleistungen für die nachkommende Generation in Form von Hütediensten für Kinder, von Schenkungen und Erbschaften. Und schliesslich ist es auch diese Rentner*innengeneration, die den materiellen Reichtum geschaffen hat, auf dem das heutige Leben basiert.

Noch vor zwei Generationen war es üblich, dass die jüngste Tochter verpflichtet war, die Eltern in deren Alter zu pflegen und zu betreuen und dabei auf eine eigene Lebensplanung zu verzichten. Es war also ein Teil der aktiven Generation, der ganz wesentlich die Lasten der Altenpflege und -betreuung zu tragen hatte. Mittlerweile verfügen wir über Einrichtungen wie Spitex und Pflegeheime, dank derer diese Aufgabe von der Gesellschaft solidarisch mitgetragen wird und auch wesentlich professioneller erbracht werden kann.

Angesichts dieser Ausgangslage erachten wir es als unangebracht, von einem gefährdeten Generationenvertrag zu sprechen. Vielmehr ist es für die Lebensqualität aller Generationen von hoher Bedeutung, den betagten Menschen ein Alter in Würde und wirtschaftlicher Sicherheit und Unabhängigkeit zu ermöglichen, nicht nur für die Betagten selbst. Denn dadurch ist auch die erwerbstätige Bevölkerung massiv entlastet. Sie weiss, dass ihre Eltern im Notfall gut versorgt werden, und sie weiss, dass sie künftig – wenn sie selbst in Rente geht – ebenfalls Aussicht auf ein würdevolles Leben hat.

Im Plädoyer „Perspektive Care Gesellschaft“ vom Mai 2020 heisst es unter dem Stichwort Care:

«Der pandemiebedingte Lockdown hat uns vor Augen geführt, dass vorübergehend praktisch alles geschlossen werden kann, nur nicht, was mit der unmittelbaren Sorge für das tägliche Leben zu tun hat: Die Gesundheitsversorgung, die Betreuung von Kindern und gebrechlichen Menschen, die Sorge für Tiere und Pflanzen, die Sorge für die tägliche Nahrung, für Sicherheit und Hygiene. Die dafür nötigen Arbeiten bilden die Basis für menschliche Gemeinschaften, weil wir alle auf die Fürsorge durch andere angewiesen sind».²

Wir schliessen uns dieser Aussage an und setzen uns dafür ein, dass alle Betagten die Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung erhalten, die sie für ein Leben in Würde benötigen.

² <http://www.denknetz.ch/care-gesellschaft/>

2. Ganzheitlich-personenbezogener Ansatz

Ursula Blaser-Bysäth

Fragestellung:

Was heisst «ganzheitlich» und «personenbezogen» in der Grundversorgung älterer Menschen? Welche Wünsche und Bedürfnisse hat diese heterogene Bevölkerungsgruppe? Wie können die fragmentierten Versorgungssysteme in ganzheitlicher und personenbezogener Art koordiniert und ggf. zusammengeführt werden?

Die Initiative will einem systemischen, an den Bedürfnissen der Person ausgerichteten Ansatz in der Betreuung und Pflege zum Durchbruch verhelfen. Dazu gehört der Einbezug aller Akteure – der Empfangenden und Erbringenden von Care-Leistungen – im Rahmen einer öffentlichen Aufgabe.

2.1. Aktuelle Situation: Fokus auf Behandlungsepisoden

Strukturierung und Finanzierung des Gesundheitswesens sind in der Schweiz auf die Behandlungsepisode ausgerichtet. Dies spiegelt sich etwa in der Leistungsabgeltung (DRG, Tarmed, „Minütele“ in der Spitex). Die Aufgaben, welche die Gesamtsituation einer Person ins Auge nehmen und auf die dauerhafte Unterstützung einer gebrechlichen, chronisch kranken oder multimorbiden Person abzielen, werden weder angemessen erfasst noch entsprechend unterstützt und finanziert. Oft ist es zufällig, ob Aufgaben in den Bereichen Betreuung, medizinische Versorgung und Pflege überhaupt identifiziert und an die Hand genommen werden. Dadurch wird viel Leid in Kauf genommen, und oftmals kommt es auch zu teuren Fehlversorgung, etwa durch unnötige Spital- oder Heimeinweisungen. Mit dem tendenziellen Rückgang der hausärztlichen Versorgung verstärkt sich diese Problemlage zusätzlich. Die Ausrichtung auf die Behandlungsepisode ist auch einer der Gründe, warum das elektronische Patient*innendossier in der Schweiz nicht vom Fleck kommt.

Die Kluft zwischen den Bedürfnissen eines chronisch und mehrfach kranken Menschen und eines auf Akutmedizin ausgerichteten Gesundheitswesens wächst. Ebenso nimmt die Komplexität der Behandlung und Betreuung zu, weil Medizin und Pflege mehr und mehr mit dem Sozialen, Rechtlichen und Finanziellen verschränkt sind.

2.2. Integration und Vernetzung

Die Altersversorgung der Zukunft muss regional verankert, integriert und digital unterstützt sein. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist dort am grössten, wo man sich kennt und vertraut. Vernetzung und Koordination aller Akteure sind deshalb zentral. Pflege- und Spitex-Organisationen, Seniorenwohnprojekte, pflegende Angehörige, Organisationen der Freiwilligenarbeit, der Nachbarschaftshilfe und der Quartierentwicklung (Caring Communities) gehören ebenso zum Kreis der Beteiligten wie die Gemeinden, letztere als Bindeglied zwischen Langzeitpflege und Sozialbereich und oft auch als Finanzierende der Langzeitversorgung.

Dabei geht es um eine verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen (Spitex, Heime, Hausärzt*innen, Spitäler etc.), die kontinuierliche Datenerfassung und nicht zuletzt

um die Koordination und Begleitung durch eine klar definierte Institution, damit in jedem Einzelfall optimale Ergebnisse erreicht werden können.

2.3. Personenbezug

Die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf die betroffene Person sowie der Einbezug aller erforderlicher Leistungen (Akut- und Langzeitmedizin, psychologische und psychiatrische Dienste, Alltagsunterstützung, Betreuung, und soziale Vernetzung) lässt sich aus übergeordneter Warte am besten wirksam sicherstellen. Es scheint uns deshalb sinnvoll, auf Verfassungsebene anzusetzen, um einem ganzheitlich-personenbezogenen Ansatz der Alltagsunterstützung, der Betreuung und Pflege ein rechtliches Fundament zu legen.

Im Zusammenhang mit Altersversorgung ist viel die Rede von «Patienten»; der Begriff referenziert einseitig auf Krankheit und Hilflosigkeit. Es gilt, sich vom Fokus auf medizinische Behandlung und Pflege zu lösen und die unterschiedlichen Bedürfnisse und Lebenswelten der Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Diese umfassen Lebens- und Wohnformen unterschiedlichster Art, zu Hause mit ambulanter Unterstützung, intermediär oder stationär. (Siehe Thementexte → 8 Beratungs- und Koordinationsstelle BKS, → 9 Versorgungskonzepte)

Der Unterstützungsbedarf für Selbstsorge, Alltagsgestaltung und -koordination, Haushalt, soziale Teilhabe und medizinische Pflege ist vom individuellen Bedarf her zu organisieren. (Siehe Thementexte → 3 Betreuung, → 7 Buurtzorg)

Unterstützung in Alltagsaktivitäten, im Haushalt und in der Betreuung sind bei zunehmendem Alter von immer vitalerer Bedeutung, insbesondere in nicht-institutionellen Wohnformen. Die Finanzierung von Alltagsunterstützung und Betreuung ist daher von der Wohnform zu entkoppeln. Die individuelle Verfassung und die Lebenssituation sollen für das Angebot und dessen Finanzierung massgebend sein, und nicht, ob und wie die Hilfeleistungen in bestehende Finanzierungsmechanismen passen. Die mit der «neuen Pflegefinanzierung» einhergehende Trennung von Pflege und Betreuung steht im Widerspruch zu einer ganzheitlichen, personenbezogenen Versorgung und muss überwunden werden. (Siehe Thementexte → 5 Rolle des Bundes, → 6 Finanzierung öffentlicher Care-Dienstleistungen)

2.4. Was will die Initiative?

- Die Aufhebung der Trennung zwischen Pflegeleistungen und Betreuungsleistungen
- Systemisches, personenbezogenes Denken und Handeln im Bereich Care-Leistungen
- Einbezug aller Beteiligten auf Seiten der Leistungsnehmenden und Leistungserbringenden
- Niederschweligen Zugang zu allen Leistungen gewährleisten
- Öffentliche Care-Leistungen (Pflege, Betreuung, Alltagsgestaltung) gemeinsam mit allen Beteiligten – Professionellen, Angehörigen, Freiwilligen – weiterentwickeln, mit einem starken öffentlichen Auffangnetz als Grundlage

3. Betreuung

Manuel Kampus

Fragestellung:

Was ist unter «Betreuung» zu verstehen? Welche Auswirkungen hat der (zu) enge Pflegebegriff in der Schweizer Gesundheitsversorgung? Wie können Betreuung, Alltagsunterstützung und ggf. weitere Dienste (etwa der Psychiatrie und Psychologie) sichergestellt werden, und wie wird erreicht, dass all diese Dienste optimal ineinandergreifen?

3.1. Pflege: ein zu enges Konzept

In der Schweiz wird ein sehr enger Pflegebegriff verwendet. Pflege wird auf Grundpflege (insb. Körperhygiene) und Behandlungspflege (z. B. Medikamente richten, Wundbehandlung) reduziert. Betreuung, Alltagsunterstützung und soziale Dienste sind nicht mitgemeint. Doch sind diese Aufgabenbereiche im konkreten Fall oft stark verschränkt, eine klare Abgrenzung nicht möglich. Versucht man dies, kommt es vielmehr oft zu absurden Abgrenzungen, etwa dann, wenn die Essenseingabe als Pflege gilt (und damit von Kassen resp. Staat bezahlt ist), während die Anleitung zur eigenen Essenaufnahme als Betreuung gewertet wird und nicht bezahlt wird.

Betreuungsleistungen sind in der Gesundheitsversorgung der Schweiz nicht als Aufgabe erkannt und entsprechend auch nicht mitfinanziert.

Wir zitieren an dieser Stelle einen Auszug aus dem «Wegweiser für gute Betreuung im Alter»³ von Carlo Knöpfel, Riccardo Pardini und Claudia Heinzmann (S. 7). Wir schliessen uns der darin entwickelten Betrachtungsweise an. Sie macht deutlich, dass Betreuung nicht einfach eine zusätzliche Aufgabe ist, sondern nahtlos an andere Dienste anschliesst und deshalb auch entsprechend erbracht und finanziert werden muss.

3.2. Wegweiser für gute Betreuung im Alter

- Betreuung im Alter ist eine Unterstützungsform. Sie unterstützt Betagte dabei, trotz ihrer Einschränkungen den Alltag selbstständig zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.
- Gute Betreuung zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich konsequent an den Bedürfnissen der betagten Person ausrichtet und nebst dem körperlichen auch das psychosoziale Wohlbefinden im Blick behält.
- Betreuung lässt sich nicht in einer Liste von Aufgaben oder Tätigkeiten zusammenfassen. Denn sie richtet sich nach den unterschiedlichen Unterstützungsbedürfnissen der betagten Person.
- Für eine gute Betreuung ist zweitrangig, welche Leistungen erbracht werden. Viel wichtiger ist die Frage, wie die Unterstützung erbracht wird.

³ Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo & Heinzmann, Claudia (2020). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter. Begriffserklärung und Leitlinien*. Herausgegeben von der Stiftungskooperation: Age Stiftung, Beisheim Stiftung, MBF Foundation, Migros-Kulturprozent, Paul Schiller Stiftung & Walder Stiftung.
https://gutaltern.ch/wp-content/uploads/2020/05/Wegweiser_gute_Betreuung_im_Alter.pdf

- Gute Betreuung definiert sich als sorgende Beziehung und als unterstützendes Handeln. Dieses orientiert sich an der Lebensgeschichte, der Lebenssituation, den Bedürfnissen und dem Wohlbefinden der betagten Person.
- Gute Betreuung will Betagten ein sinnerfülltes und emotional stimmiges Leben ermöglichen.
- Gute Betreuung umfasst sowohl fördernde wie auch fürsorgliche Handlungen. Sie behält sowohl die Ressourcen als auch die Einschränkungen stets im Blick.
- Gute Betreuung wird über ein Netzwerk von Angehörigen, Bekannten, Nachbarn, ehrenamtlich Tätigen und professionellen Anbietenden geleistet – und bezieht die betreute Person mit ein.
- Betreuung versteht sich als Aufgabe, die nur in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Institutionen erfolgreich umgesetzt werden kann.

In den Thementexten 7 (Buurtzorg), 8 (Beratungs- und Koordinationsstelle BKS), 9 (Versorgungskonzepte) und 11 (informelle und formelle Hilfe) gehen wir genauer darauf an, wie eine Integration von Betreuung, Pflege und Alltagsunterstützung praktisch aussieht.

4. Ungleichheit und finanzielle Lage der Menschen im Alter

Simone Bertogg

Fragestellung:

Welche Ungleichheiten sind anhand der Einkommensstruktur der Haushalte von Rentner*innen und der kantonal unterschiedlichen Sozialtransfers festzustellen? Was fördert Ungleichheit, was Gleichbehandlung und Gerechtigkeit?

4.1. Finanzielle Lage der Menschen im Alter

«Aktuell weisen 30 Prozent aller Einpersonenhaushalte der über 65-jährigen weniger als Fr. 2'500.- Haushaltseinkommen pro Monat aus. Viele sind auf Unterstützungsleistungen angewiesen; besonders betroffen sind die Rentnerinnen, denn die Renteneinkommen der Frauen sind im Schnitt 37 Prozent tiefer als diejenigen der Rentner.»⁴

Einkommen und Vermögen der Haushalte der Rentner*innen

Das frei verfügbare Einkommen der Haushalte der Rentner*innen in der Schweiz weist – trotz Berücksichtigung der identischen wirtschaftlichen Ausgangslage – grosse Unterschiede auf. Hauptgrund für diese Ungleichheit ist der Wohnort. Das Vermögen ist in der Schweiz sehr ungleich verteilt und konzentriert sich bei den hohen Einkommensklassen.

Einnahmen

Haushaltseinkommen

- 1. Säule
- 2. Säule
- Einkommen aus Erwerbsarbeit
- Einkommen aus Vermögen

Sozialtransfers

- Hilfenentschädigung
- Ergänzungsleistungen
- Kantonale/kommunale Beihilfen
- Individuelle Prämienverbilligung

Ausgaben

Obligatorische Ausgaben

- Steuern
- Krankenkassenprämien

Fixkosten

- Miete
- Radio- und Fernsehgebühren (Serafe)
- Gesundheitskosten
- Betreuungs- und Pflegekosten

Einnahmen	minus	Ausgaben	=	Frei verfügbares Einkommen
------------------	--------------	-----------------	----------	-----------------------------------

Ergänzungsleistungen

Übersteigen die Ausgaben die Einnahmen können durch Sozialtransfers die Lücken „gestopft werden“. Die meisten Sozialtransfers sind auf kantonaler Ebene geregelt. Das bedeutet, je nach Wohnsitz-Kanton erhält eine Person mehr oder weniger Sozialtransfers. Das föderalistische System der Schweiz verursacht damit eine grosse Ungleichheit und Ungerechtigkeit.

Wenn die Renten und das Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken, besteht rechtlich ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Das betreute Wohnen ist jedoch von dieser

⁴ Knöpfel, C., Leitner, J., Meuli, N. & Pardini, R. (2019). *Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz* (S. 12). Verfügbar unter <https://www.einkommen-im-alter.ch/de/>

Leistung ausgeschlossen. Das Parlament hat den Bundesrat beauftragt, eine Gesetzesänderung vorzulegen, welche die Finanzierung von betreutem Wohnen über Ergänzungsleistungen zur AHV sicherstellt. Der Ball liegt aktuell beim Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), welches einen Entwurf erarbeiten muss.

Krankenkassenprämien

Die Krankenkassenprämien sind für viele Personen in der Schweiz, neben den Mieten, der grösste regelmässige Ausgabeposten. Die stetige Zunahme der Krankenkassenprämien in den vergangenen Jahren belastet viele Haushalte in hohem Masse. Weil diese einkommensunabhängig sind (Kopfprämie), führt dies insbesondere bei Personen mit tiefem Einkommen zu einer starken Mehrbelastung des Haushaltsbudgets. Heute müssen zahlreiche Haushalte mit unteren Einkommen mehr als 10 Prozent ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien aufwenden⁵. Bund und Kantone müssten die Prämienlast für tiefe und mittlere Einkommen über Prämienverbilligungen lindern. Doch dieser Pflicht kommen sie nur ungenügend nach. Das Modell einer weiteren Versicherung für die Betreuung ist daher für Einzelpersonen nicht tragbar und vergrössert die Ungleichheit.

4.2. Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten

Die Gründe für die Ungleichheit und Ungerechtigkeiten der finanziellen Lage der Menschen im Alter sind vielfältig.

Tiefere Renteneinkommen der Frauen

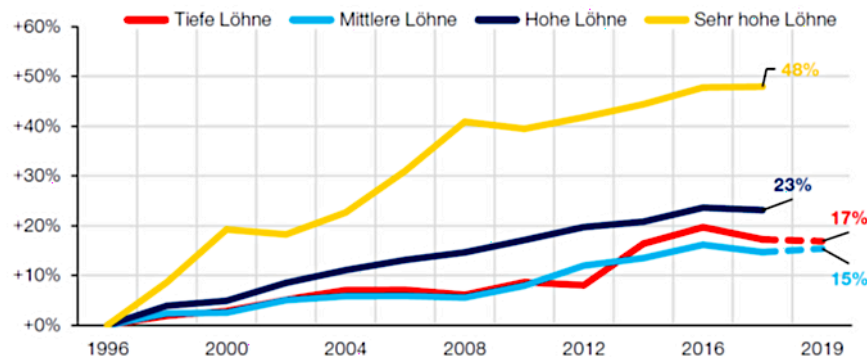
Die Gründe für das tiefere Renteneinkommen der Frauen sind vielfältig: Care-Arbeit, Teilzeitpensum und Lohn Differenzen bei gleichwertiger Qualifikation. Frauen leisten im Vergleich zu den Männern noch immer den Grossteil der Betreuungs- und Hausarbeit. Die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibt an den Frauen hängen. Damit einher geht eine Reduktion ihres Arbeitspensums und den entsprechenden Folgen für das eigene spätere Renteneinkommen. Je tiefer das Einkommen, umso geringer sind die Abgaben an die AHV/IV und die Einlage in die Pensionskasse. Wohl haben die Frauenlöhne in den vergangenen Jahren aufgeholt. Der mittlere Stundenlohn lag jedoch – bei gleichwertiger Arbeit und Qualifikation – noch immer durchschnittlich 11.5 % tiefer als bei den Männern. Dazu kommt, dass in den vergangenen 20 Jahren die Löhne je nach Einkommensschicht unterschiedlich gestiegen sind. Die Lohnerhöhungen bei den tiefen und mittleren Löhnen wurden jedoch durch die steigenden Krankenkassenprämien und hohen Mieten wieder neutralisiert.⁶

⁵ https://www.verteilungsbericht.ch/wp-content/uploads/2020/07/140d_DL_KS_Verteilungsbericht_2020.pdf

⁶ ebenda

Abbildung 1: Oberste Löhne ziehen davon, Tieflöhne stagnieren

Zwischen 1996 und 2018 sind die Stundenlöhne des obersten Prozents um 48 Prozent gestiegen, die Stundenlöhne der tiefsten 10 Prozent hingegen nur um 17 Prozent (Privatwirtschaft, preisbereinigt).²



Quelle: Lohnstrukturerhebung BFS, AHV-Einkommensstatistik BSV, Lohnindex BFS.

Betreuungskosten

Die Kosten für Betreuung sind nicht im Katalog der Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Ältere Menschen benötigen oftmals vorerst betreuerische Unterstützung, um ihren Alltag zu bewältigen; pflegerische Leistungen werden meist erst in einer späteren Phase nötig. Die Ausgaben für die Betreuung müssen von den Haushalten der Rentner*innen weitgehend selber übernommen werden, was für die meisten Haushalte eine grosse Belastung des Haushaltsbudgets bedeutet. Die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen an die Betreuungskosten ist im föderalistischen System der Schweiz kantonal geregelt. Der Wohnsitzkanton hat somit bedeutenden Einfluss auf das Haushaltsbudget und die Inanspruchnahme von Alltagsunterstützung und Betreuung. Eine ethisch-moralische Ungerechtigkeit, die es zu beheben gilt.

Sozialtransfers

Das komplexe System der Sozialtransfers mit Ergänzungsleistungen, kantonalen und kommunalen Beihilfen erschwert vielen den Zugang zur finanziellen Unterstützung, auf die sie rechtlich Anspruch hätten. Dieses komplizierte, unübersichtliche und ungleiche Prinzip benötigt dringend einer Anpassung an ein gerechtes Modell.

4.3. Was fördert Gerechtigkeit?

Eine gerechte Gesellschaft kümmert sich um alle Personen, unabhängig von Alter, Gesundheit, finanziellem und sozialem Status, respektiert die Autonomie und schützt und achtet die Würde der Menschen.⁷ Um diesem Grundsatz nachzuleben, braucht es im föderalistischen System der Schweiz ein einheitliches, abgestimmtes Vorgehen mit folgender Ausrichtung:

- Bereinigung der Lohndifferenzen zwischen Frau und Mann bei gleichwertiger Arbeit
- Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Karriere, auch für Familienväter, und Ausbau der ausserschulischen Betreuung der Kinder
- Modelle für die informelle Care-Arbeit ohne Einbussen in der Sozialversicherung

⁷ Bundesverfassung, Art. 7, Menschenwürde: Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.

- Alltagsunterstützung und Betreuung gehört zur Grundversorgung und ist für alle zugänglich und einheitlich finanziert

4.4. Was will die Initiative?

Die Initiative will die ganzheitliche und koordinierte Alltagsunterstützung und Betreuung für alle älteren Menschen sicherstellen und die Angehörigen in ihrer informellen Care-Arbeit unterstützen. Die finanzielle Belastung der privaten Haushalte soll tragbar bleiben, d.h. eine Verbesserung der Situation muss öffentlich finanziert sein.

Fazit:

Um die Ungleichheiten im föderalistischen System aufzufangen und das Unterstützungssystem für ältere Menschen auf eine gerechte Basis zu stellen, braucht es eine Anpassung und Weiterentwicklung des Systems der Betreuung und der sozialen Sicherheit in der Schweiz im Sinne eines öffentlichen Dienstes.

5. Die Rollen des Bundes, der Kantone, der Gemeinden und privater Akteure in der Alterspolitik

Hans Rudolf Schelling

Fragestellung:

Wie weit geht die öffentliche Aufgabe in der Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege im Alter? Wer erbringt diese Aufgaben heute (Bund, Kantone, Gemeinden)? Welche Aufgaben werden von privaten Akteuren erbracht (z. B. durch Delegation)? Was will die Initiative daran ändern?

Die Initiative nimmt den Bund und indirekt die Kantone bezüglich Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege im Alter sowie Unterstützung betreuender Angehöriger in die Pflicht. Der Bund hat dazu verbindliche Mindestvorschriften zu erlassen und finanzielle Beiträge zu leisten.

5.1. Rolle des Bundes: aktuelle Situation

Die Initiative zielt auf eine wesentliche Änderung der öffentlichen Verantwortung in der Alterspolitik ab. Die bisherigen Grundlagen der nationalen Alterspolitik in der Schweiz beschreibt das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV wie folgt:

«Hauptsächliche Rahmenbedingungen der Alterspolitik in der Schweiz sind der Föderalismus und die Subsidiarität. Diese Prinzipien bedeuten, dass in erster Linie Kantone, Städte und Gemeinden für die konkrete Alterspolitik (Hilfen und Pflege) zuständig sind. Der Bund seinerseits ist nur ergänzend und fördernd tätig, soweit ihm die Bundesverfassung die Kompetenzen dazu einräumt. Neben Bund und Kantonen beeinflussen und gestalten auch viele Nichtregierungsorganisationen (NGO) die Alterspolitik. Bund und Kantone unterstützen auch viele dieser Aktivitäten. Weiter sind Selbsthilfe und auch die eigene Vorsorge sowie die Hilfe innerhalb der familiären Strukturen und der Nachbarschaft wichtig. Der Bund regelt hauptsächlich die finanzielle sowie gesundheitliche Altersvorsorge.»⁹

5.2. Subsidiarität und Föderalismus

Subsidiarität und Föderalismus bedeuten, «dass eine Wahrnehmung von (sozialen) Aufgaben durch den Staat nur dann erfolgen soll, wenn diese von nichtstaatlichen Einrichtungen [...] nicht erfüllt werden können»¹⁰, und dass bei staatlichen Akteuren prioritär die Gemeinden, dann die Kantone und erst zuletzt der Bund Massnahmen ergreifen sollen. Der Bund kann nur dann sozialpolitische Aufgaben übernehmen, wenn dazu eine explizite Verfassungs- und Gesetzesgrundlage besteht. Auf Verfassungsebene ist die «Betagten- und Behindertenhilfe» in Art. 112c, Abs. 1–2 geregelt:

⁹ Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2020). Alterspolitik des Bundes. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/alters-und-generationenpolitik/altersfragen/bund.html> (16.11.2020; abgerufen am 29.01.2021)

¹⁰ Stichwort «Subsidiarität» in Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/subsidiaritaet-44920> (abgerufen am 10.06.2020)

¹Die Kantone sorgen für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause.

²Der Bund unterstützt gesamtschweizerische Bestrebungen zu Gunsten Betagter und Behinderter. Zu diesem Zweck kann er Mittel aus der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung verwenden.»¹¹

Bezüglich Föderalismus unterscheiden sich die Kantone in der deutschen und in der französischen Schweiz stark: Während Deutschschweizer Kantone in der Regel Aufgaben im Altersbereich an die Gemeinden delegieren, nehmen die Kantone in der Romandie diese Aufgaben stärker selber, auf kantonaler Ebene, wahr. Ebenso bestehen starke Unterschiede hinsichtlich der Aufteilung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.¹²

Für beide Bereiche – Subsidiarität und Föderalismus – gilt: Je dezentraler die Steuerung der Alterspolitik (Delegation an untere Staatsebenen bzw. an Private), desto mehr können standortbezogene soziale Ungleichheiten entstehen; der Wohnort wird zum entscheidenden Faktor, ob und auf welche Weise Dienstleistungen zur Verfügung stehen.

5.3. Parastaatliche Politikgestaltung: Delegation an private Träger

Im Sinne der in der Schweiz stark verankerten parastaatlichen Politikgestaltung können gesamtschweizerisch tätige, gemeinnützige private Fachorganisationen (z. B. Pro Senectute, Rotes Kreuz, Spitex, Alzheimer, Curaviva) mittels eines Subventionsvertrags vom Bund mit Aufgaben in der Altershilfe betraut werden; die Finanzierung erfolgt aus AHV-Mitteln.¹³ Damit wird indessen nur ein kleiner Teil des Aufwands dieser Organisationen gedeckt; die Unterstützungsleistung des Bundes beträgt (Stand 2020) rund 72 Mio. Franken.¹⁴ Zum Vergleich: Im Jahr 2018 wurden 682 Millionen Franken für Pflege und Betreuung zu Hause oder in Pflegeheimen aus eigener Tasche bezahlt; die Gesamtkosten für ambulante und stationäre Pflege und Betreuung im Alter beliefen sich auf 12.9 Milliarden Franken.¹⁵

5.4. Reglementierung und Finanzierung

Während Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen und in der Spitex vom Bund reglementiert und zu je gut 40 % von den Krankenkassen und von der öffentlichen Hand finanziert sind¹⁶, besteht bei der Alltagsunterstützung und bei der Betreuung keine Organisation

¹¹ Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Stand am 01.01.2020), Art. 112c, Abs. 2.

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html> (abgerufen am 10.06.2020)

¹² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN. (2016). *Langzeitpflege in den Kantonen*. OBSAN Bulletin 13/2016. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-13_d.pdf (abgerufen am 20.01.2021)

¹³ Richtlinien des BSV zur Beurteilung von Finanzhilfen zur Förderung der Altershilfe (RL AltOrg) (vom 01.01.2017). <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/merkblaetter/richtlinien.pdf.download.pdf/Richtlinien.pdf>

¹⁴ Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2020). *Organisationen der Altershilfe* (Art. 101bis AHVG). <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/finanzhilfen/altershilfe.html> (abgerufen am 10.06.2020)

¹⁵ Bundesamt für Statistik BFS (2019). *Sozialmedizinische Betreuung in Institutionen und zu Hause 2018: 2018 wurden 682 Millionen Franken für Pflege zu Hause oder in Pflegeheimen aus eigener Tasche bezahlt*. Medienmitteilung vom 12.11.2019. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.10627263.html> (abgerufen am 10.06.2020)

¹⁶ ebd.

und Finanzierung durch obligatorische Versicherungen oder das Gemeinwesen. Die entsprechenden Leistungen müssen zum grössten Teil privat organisiert und finanziert werden; sie werden häufig von Angehörigen unentgeltlich erbracht oder müssen auf dem privaten Markt eingekauft werden.¹⁷ Dies ist insbesondere für Menschen in engen finanziellen Verhältnissen ein schwierig zu bewältigendes Problem.

5.5. Altersstrategie des Bundes

Die 2007 publizierte «Strategie für eine schweizerische Alterspolitik» des Bundesrates¹⁸ stellt die Problemfelder der alternden Gesellschaft gut dar, sieht aber keine wesentlich verstärkte Rolle des Bundes vor, sondern beschränkt sich im Wesentlichen auf die bisherigen Zuständigkeitsbereiche, insbesondere die Ausgestaltung der Sozialversicherungen AHV, berufliche Vorsorge, dritte Säule und Krankenversicherung; die Anpassung der allgemeinen Infrastruktur (z. B. Verkehr, Kommunikation); die Unterstützung privater Leistungserbringer (s.o.); die Förderung von Forschung und Impulsgebung im Bereich Pflege- und Wohnmodelle sowie die Statistik zu Altersthemen (S. 46–47).

5.6. Was will die Initiative?

Die Initiative will eine Rechtsgrundlage für eine aktive Rolle des Bundes nicht nur im Bereich der Pflege, sondern auch der Betreuung und der Alltagsunterstützung schaffen.

Ihre Zielsetzungen diesbezüglich sind:

- Überwindung der Fragmentierung von Gesundheits- und Sozialpolitik (und somit von Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung)
- Stärkung der Partizipation von Betroffenen und der Unterstützung für betreuende Angehörige
- Verbesserung der Lage finanziell schlecht gestellter alter Menschen (insbes. ohne Angehörige) im Zugang zu Alltagsunterstützung und Betreuung
- Ausgleich kantonaler und kommunaler Unterschiede; Verringerung von Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten aufgrund des Wohnorts
- Systematische Stärkung und Koordination öffentlicher und zivilgesellschaftlicher Dienstleister, Verbesserung der Zusammenarbeit
- Qualitätskontrolle und -verbesserung der Angebote öffentlicher, privater und zivilgesellschaftlicher Dienstleister und Wohneinrichtungen

Der Bund soll eine Richtlinienkompetenz auch in den Bereichen Alltagsunterstützung und Betreuung erhalten, die er in den Bereichen Sozialversicherungen und Langzeitpflege bereits hat. Zugleich soll die praxisfremde Fragmentierung der Bereiche Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege aufgehoben werden.

¹⁷ Knöpfel, C., Pardini, R. & Heinzmann, C. (2018). *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme* (S. 29 ff.) Zürich: Seismo.

https://gutaltern.ch/wp-content/uploads/2019/09/PSS_Recherchebericht_2_Auflage_dt_190318_Ansicht.pdf

¹⁸ Schweizerischer Bundesrat (2007). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik*. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer (03.3541) vom 3. Oktober 2003. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/berichte-vorstoesse/br-bericht-strategie-schweizerische-alterspolitik.pdf.download.pdf/strategie_fuer_eineschweizerischealterspolitik.pdf

Eine solche Kompetenzverstärkung erfordert ein dauerhaftes finanzielles Engagement sowie eine vorübergehende Finanzierung des Um- und Ausbaus koordinierter Leistungsangebote. Die Einzelheiten, etwa die Organisation und Zuordnung der Aufgaben und der Finanzierung öffentlich-institutioneller, privat-institutioneller und privat-informeller Leistungserbringer sind auf Gesetzesebene zu regeln.

Fazit:

Ziel der Initiative ist nicht eine «Staatsversorgung»; die Arbeit soll weiterhin, aber mit adäquaten Ressourcen, vor Ort und in enger Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen, Angehörigen und Bezugspersonen, öffentlichen und privaten Dienstleistern erbracht werden. Der Bund hat aber Standards bezüglich Qualität und Finanzierung zu setzen und nicht erst aktiv zu werden, wenn andere Systeme versagen.

6. Die Finanzierung öffentlicher Care-Dienste für Betagte

Beat Ringer

Fragestellung:

Wer finanziert Care-Dienste (Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege) für ältere Menschen heute? Die öffentliche Hand, Sozialversicherungen, Privatversicherungen oder Betroffene selbst aus eigenen Mitteln? Nach welchen Kriterien und Mechanismen werden diese Dienste abgegolten, welche Anreizsysteme bestehen, und sind diese funktional oder dysfunktional? Welche Schlussfolgerungen ziehen wir im Hinblick auf die Initiative Gutes Alter für alle?

6.1. Grundfragen der Finanzierung

Wenn von der Finanzierung öffentlicher Care-Dienste die Rede ist, dann muss zunächst eine grundsätzliche Feststellung gemacht werden. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht kann an der Versorgung der unterstützungsbedürftigen Personen nicht gespart werden. Denn der Bedarf dieser Personen hat imperativen Charakter. Würden sie nicht versorgt, dann würden sie ihrem Leid und ihrer Hilflosigkeit überlassen. Folglich muss sich immer jemand kümmern und die entsprechenden Kosten tragen – sei es in Form von Geld, sei es in Form von Zeitaufwand und sogenannten «Opportunitätskosten», die entstehen, wenn auf andere Einnahmequellen verzichtet werden muss (das ist z. B. dann der Fall, wenn Erwerbstätige ihre Arbeitspensen reduzieren, um Angehörige betreuen zu können).

Dennoch ist die Sicht verbreitet, der Staat könne und müsse seine Ausgaben für Care-Dienste an der betagten Bevölkerung möglichst tief halten. Diese Sicht wird oft damit begründet, dass nun die geburtenstarken Jahrgänge ins Rentenalter kämen, die Zahl der pflege- und betreuungsbedürftigen Personen in den nächsten Jahren deutlich ansteige und damit auch die entsprechenden Kosten, die nun «in den Griff zu bekommen» seien.

Doch ist das überhaupt möglich – und wer bezahlt dafür die Rechnung, wenn der Staat zu sparen versucht, über's Ganze gesehen aber eben *nicht* gespart werden kann? Die öffentliche Hand kann Kosten in erster Linie dann vermeiden, wenn sie diese auf private Haushalte abwälzt. Doch damit dies funktioniert, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: Die privaten Haushalte können die zusätzlichen Lasten überhaupt übernehmen, und sie tun dies genügend professionell, um zu verhindern, dass ungeplante Folgekosten einer solchen Abwälzung entstehen.

Beides ist nicht gewährleistet. Betreuende Angehörige stossen heute oft an ihre Belastungsgrenzen; die Familienbande haben sich in den letzten Jahrzehnten gelockert und werden dies voraussichtlich weiterhin tun. Angehörige (z. B. Kinder) und ihre Eltern wohnen immer öfter in beträchtlicher räumlicher Distanz voneinander. Und die Zahl der Betagten ohne Kinder und nahe Verwandten steigt deutlich an. Die Haushalte können also insgesamt nicht mehr Freiwilligenarbeit erbringen als heute – vielmehr sollten betreuende Angehörige durch öffentliche Entlastungsangebote verstärkt unterstützt werden.

Ebenso wenig ist die nötige Professionalität privater Versorgung gewährleistet. Vielmehr sind professionelle Angebote (z. B. aufsuchende Pflege und Betreuung, ganzheitliche medizinische Begleitung; siehe Punkt «Beratungs- und Koordinationsstelle BKS», «Präventive Angebote») die Grundlage dafür, dass unnötige, teure und oft auch leidvolle Fehlversorgungen vermieden werden. Stichworte dazu sind die Sturzprävention oder die Handhabung von Krisensituationen, in denen es oft zu verfrühten oder unnötigen Spitaleinweisungen kommt. Auf diese Zusammenhänge deuten die Zahlen aus denjenigen Ländern, die weitaus mehr öffentlichen Mittel für die Betagten bereitstellen als die Schweiz, insbesondere die skandinavischen Länder. Denn obwohl diese Länder das Doppelte oder mehr für Prävention, Betreuung, Pflege und Alltagsunterstützung ausgeben, sind ihre Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung (gemessen am BIP) tiefer als in der Schweiz. Offenbar kann an Heilungs- und Spitalkosten vermieden werden, was an Kosten für Betreuung und Alltagsunterstützung anfällt.

6.2. Heutige Finanzierungsmechanismen in der Schweiz

Bezüglich der heutigen Finanzierung der Gesundheitskosten und insbesondere der entsprechenden Kosten im hohen Alter fallen fünf Eigenheiten ins Auge:

1. Betreuungsleistungen, Leistungen bei der Alltagsbewältigung (z. B. im Haushalt), Leistungen in der Palliative Care und präventive Leistungen werden nicht oder nur unzulänglich vergütet.
2. Die Belastung der privaten Haushalte ist in der Schweiz im internationalen Vergleich sehr hoch. Dies hat einerseits mit den hohen Krankenkassenprämien, Franchisen und Selbstbehalten zu tun, andererseits damit, dass Leistungen im Bereich Betreuung und Alltagsunterstützung vollständig oder zu grossen Teilen privat gedeckt werden müssen.
3. Der Anteil der allgemeinen Steuermittel bei der öffentlich geregelten Finanzierung ist überdies besonders klein. Und da die Krankenkassenprämien unabhängig vom Einkommen pro Kopf erhoben werden, ist die Belastung der Haushalte sehr ungleich verteilt. Während reiche Haushalte sie problemlos tragen können, müssen arme Haushalte durch Prämienverbilligungen entlastet werden, um sie überhaupt bezahlen zu können. Leidtragende sind insbesondere jene Haushalte, die gerade nicht mehr in den Genuss von Prämienverbilligungen kommen und deshalb von den Prämien ganz besonders stark belastet werden.
4. Die Art und Weise der Kostenvergütung zuhanden der Leistungserbringer (Spitäler, Spitex, Pflegeheime, Reha-Kliniken, Ärzt*innen etc.) ist überaus kompliziert. Es sind viele verschiedene Akteure im Spiel (Krankenkassen, Unfallversicherung, Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe, Hilflosenentschädigung, Bund, Kantone, Gemeinden, Leistungserbringer), und die Regeln variieren von Kanton zu Kanton zum Teil erheblich. Die Beteiligung von Krankenkassen, öffentlicher Hand und privaten Haushalten sind zudem je nach Bereich (Spital, Heim, Spitex etc.) nochmals unterschiedlich, was teilweise zu unsinnigen Anreizeffekten führt. In der Abgeltung von Pflegeleistungen sind diese Abgrenzungen ganz besonders kompliziert. Auch die einzelnen Berechnungssysteme sind aufwändig konzipiert: Fallkostenpauschalen (DRG) mit über tausend verschiedenen Positionen in Spitälern und Kliniken, Pflegeleistungserfassungen wie BESA, RAI, PLAISIR in Heimen, aufwändige und minutengenaue Leistungserfassung in

der Spitex, Tarmed-Katalog in der ambulanten medizinischen Versorgung). Diese Vergütungssysteme haben unter anderem auch den Effekt, dass jeder Versorgungssektor (Spitäler, Heime, Spitex etc.) seine eigenen Kosten optimiert, auch wenn dadurch die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen leidet und die Gesamtkosten damit sogar steigen.

5. Die Vergütungssysteme zwingen zu einem Denken und Handeln, das auf Versorgungsepisoden ausgerichtet ist, nicht auf die kontinuierliche Versorgung von Personen. Übergeordnete Aufgaben wie z. B. die kontinuierliche Begleitung der Patient*innen, Koordinationsaufgaben oder die Dossierführung werden nicht oder nur unzulänglich finanziert.

6.3. Was will die Initiative?

Die Initiative «Gutes Alter für alle» will erreichen, dass für alle Betagten Leistungen auf einem erforderlichen Niveau verfügbar sind – auch in der Alltagsunterstützung, Betreuung, Prävention und für die Palliative Care. Sie will ferner, dass diese Leistungen koordiniert und personenzentriert erbracht werden, und dass sich die öffentliche Hand dabei deutlich stärker als heute engagiert. In welchem Ausmass dies auf Dauer zu Mehrkosten für die öffentliche Hand führt, und in welchem Ausmass andererseits heutige Kosten (z. B. durch unsinnige Spitaleinweisungen) vermieden werden, wird sich erst einige Jahre nach der Umsetzung der Initiative erweisen. Bevor hier positive Wirkungen entstehen, müssen zunächst mehr Geldmittel in die Bereiche fliessen, die von der Initiative angesprochen werden.

Die Initiative ist auf Verfassungsebene angesiedelt und verzichtet auf Detailregelungen. Dennoch enthält sie einige Bestimmungen zu Finanzierungsfragen.

1. Die von der Initiative in Gang gesetzten zusätzlichen Leistungen dürfen die Belastungen der privaten Haushalte nicht erhöhen, weder durch Gebühren noch durch einen Anstieg der Krankenkassenprämien. Im Wesentlichen sollen sie demnach aus allgemeinen Finanzmitteln der öffentlichen Hand finanziert werden.
2. Eine Annahme der Initiative würde zudem aller Voraussicht nach zu einer Überprüfung der Regulierung bei der Kostenvergütung führen; jedenfalls dürfen diese Systeme eine personenbezogene und koordinierte Gesundheitsversorgung nicht länger behindern.
3. Und schliesslich verlangen wir in den Übergangsbestimmungen, dass sich der Bund zumindest so lange finanziell engagiert, bis der nötige Umbau und die Weiterentwicklung der Versorgung abgeschlossen ist. Deshalb legen wir in den Übergangsbestimmungen fest, dass der Bund sich für eine Übergangszeit finanziell namhaft an diesem Umbau beteiligt.

7. Buurtzorg

Manuel Kampus

Fragestellung:

Was ist Buurtzorg? Wie funktioniert Buurtzorg? Ist dieses Modell auch in der Schweiz möglich, und wo wird es gegebenenfalls bereits umgesetzt?

7.1. Was ist Buurtzorg?

Buurtzorg, zu Deutsch Nachbarschaftshilfe, ist ein richtungsweisendes Modell für die aufsuchende Pflege und Betreuung aus den Niederlanden.

Das Entscheidende daran ist, dass den berufenen Pflegefachpersonen ihre Berufung zurückgegeben wird. Ihnen werden zudem entlastende administrative Rahmenbedingungen (IT, Administration) zur Verfügung gestellt, so dass sie ihren Beruf (die Pflege) ausüben dürfen, ohne sich um die komplexe Administration im Hintergrund kümmern zu müssen. In nur 10 Jahren ist die Stiftung Buurtzorg in den Niederlanden zum größten Pflegeanbieter mit über 14'000 Beschäftigten geworden. Das Besondere ist, dass diese 14'000 Menschen alle in kleinen, unabhängigen Pflegeteams mit maximal 12 Kolleginnen und Kollegen arbeiten: ohne Pflegedienstleitung, ohne Hierarchien, ohne Chef*in. Die Pflegekraft entscheidet gemeinsam mit den Patient*innen und den Angehörigen über die Pflege: wenn nötig jeden Tag neu.¹⁹

Das Pflegekonzept kurz zusammengefasst:

- Ganzheitliches Assessment der individuellen Bedarfslage gilt als Basis für einen entsprechenden Pflege- und Betreuungsplan
- Identifizierung, Einbeziehung und Vernetzung aller formellen und informellen Pflegepersonen unter Einbezug der Angehörigen, von Nachbarn usw.
- Erbringung von Pflege, Betreuung und Alltagsunterstützung
- Unterstützung des Klienten bzw. der Klientin in seiner oder ihrer sozialen Rolle²⁰

→ **Förderung der Selbstpflege und Selbstständigkeit**

7.2. Wie funktioniert Buurtzorg?

Das Buurtzorg-Modell ist ein Modell ohne Hierarchien. Das Pflegeteam organisiert sich selbst.

Für die Kundin/den Kunden bedeutet Buurtzorg:

Buurtzorg funktioniert beziehungsorientiert: Die Kund*in wird von einem Pflegeteam mit konstant denselben Pflegekräften betreut. Mit hoher fachlicher Qualität und guter Kommunikation im Netzwerk ist die Kund*in gut umsorgt.

¹⁹ Internetseite Buurtzorg-Deutschland: <https://www.buurtzorg-deutschland.de/ueber-buurtzorg>

²⁰ Präsentation von Enrico Cavedon, FHNW Hochschule für Soziale Arbeit, 4. April 2019: https://www.aide-soins-fribourg.ch/files/BOC7J05/selbstorganisation_statt_hierarchie_cavedon.pdf

Für die Pflegekräfte bedeutet Buurtzorg:

Das Pflgeteam arbeitet selbstorganisiert. Die Aufgaben werden in verschiedene Rollen (z. B. Planung, Innovation, Administration, etc.) aufgeteilt, welche zwischen den Team-Mitgliedern rotieren. Ständige Aufgaben sind die Pflege und das Teamplaying. Die Einsätze, Touren und Vertretungsregelungen werden vom Team selbständig geplant und festgelegt. Eine gute Kommunikation, laufendes Feedback und gegenseitiges Vertrauen sind somit sehr wichtig. In Holland konnte dank dieser Arbeitsweise die Zufriedenheit bei Kund*innen und Pflegekräften stark verbessert werden.

Wichtige Aufgaben in diesem Modell sind:

- Detaillierte und professionelle Beratung der Patient*innen, damit sie ihre Unabhängigkeit möglichst lange erhalten oder schnell wiedererlangen können
- Aufbau eines sozialen Netzwerkes bestehend aus Familienangehörigen, Nachbarn und Freund*innen
- Die pflegfachlichen Tätigkeiten, die vom zuständigen Team geleistet werden
- Aufbau, Pflege und Koordination eines stabilen verlässlichen Netzwerkes²¹

7.3. Wie lässt sich das Buurtzorg-Modell adaptieren?

Im Auftrag der Spitex-Organisationen Bern, Region Olten und Zürich Limmat hat ein Forscherteam der Fachhochschule Nordwestschweiz untersucht, ob und wie das niederländische Versorgungsmodell Buurtzorg auch in der Schweiz angewandt werden könnte. Dabei wurde klar: Hierfür bräuchte es ein umfassendes Umdenken. Weil wir in der Schweiz ein anderes Abrechnungssystem haben als in Holland, können wir Buurtzorg nicht 1:1 übernehmen. Die Machbarkeitsstudie der FHNW im Auftrag der Spitex-Organisationen zeigt dies auf.²²

Was übernommen werden kann, ist die teamorientierte Arbeitsweise. Die Spitex-Zürich Limmat hat dies getan. Sie organisiert sich seit 2017 neu und orientiert sich stark am Buurtzorg-Modell.²³

Ende 2019 waren 5 von 9 Zentren umgestellt und die anderen sollen 2020 folgen. Die Erfahrungen zeigen, dass das Potenzial der Mitarbeitenden besser ausgeschöpft werden kann, dass die Spitex als Arbeitgeberin attraktiver wird und dass die Verwaltungskosten gesunken sind. Das sind alles wichtige Erfahrungen für die Zukunft.²⁴

²¹ Private Spitex-Organisation qualis-vita: <https://www.qualis-vita.ch/buurtzorg-modell>

²² Machbarkeitsstudie FHNW im Auftrag der Spitex-Organisationen Bern, Region Olten und Zürich Limmat: http://www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Download-Dokumente/Spitex_Zuerich_Limmat/Spitex-Magazin_3_2018_Buurtzorg.pdf

²³ Spitex-Fachtagung 2019, Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz: Präsentation von lic. oec. HSG Christina Brunnschweiler, CEO Spitex Zürich Limmat: https://www.spitex.ch/files/PNF1DZH/prae_brunnschweiler_def_dt.pdf

²⁴ Spitex-Zürich, Geschäftsbericht 2019, http://www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Bilder_Spitex_allgemein/2019_Neue_Autoflotte/2019_Geschäftsbericht.pdf

Hingegen braucht es für eine umfassende Umsetzung des Buurtzorg-Modells erstens eine Leistungsvergütung, die ein ganzheitliches Vorgehen stärkt. Das in der Schweiz vorherrschende Modell der Einzelvergütung nach Zeitaufwand (vom Personal «Minütele» genannt) ist dafür ein grosses Hindernis. Ebenso ist es wichtig, dass nicht nur Pflegeleistungen im engen Sinn, sondern auch Betreuungsleistungen und Leistungen in der Alltagsunterstützung abgegolten werden. Nur so ist es möglich, das Buurtzorg-Modell auch in der Schweiz vollumfänglich zum Tragen zu bringen.

7.4. Was will die Initiative?

Durch unsere Initiative werden genau dafür die nötigen Voraussetzungen geschaffen. Damit würde ermöglicht, dass das Buurtzorg-Modell zu einem tragenden Pfeiler einer guten, umfassenden und an der Person orientierten Leistungserbringung wird.

Die Erfahrungen mit Buurtzorg in den Niederlanden zeigen überdies, dass die Kosten gegenüber einer herkömmlichen, Spitex-ähnlichen aufsuchenden Pflege nicht ansteigen. In einer Studie der Wirtschaftsberatungsfirma Ernest & Young und wurde sogar ermittelt, dass die Kosten deutlich sinken.^{25,26} Die Gründe dafür dürften darin liegen, dass Buurtzorg es erleichtert, das Beziehungsnetz der Patient*innen optimal einzubeziehen und medizinische und pflegerische Probleme dank einer vertrauensvollen Beziehungsbasis rascher zu erkennen.

Fazit:

Damit das Buurtzorg-Modell in der Schweiz so umgesetzt werden kann wie in Holland, muss sich die Finanzierung der Pflege in der Schweiz ändern. Buurtzorg ist aus unserer Sicht ein gutes Modell, setzt aber voraus, dass Leistungen für die Betreuung und die Alltagsunterstützung von der öffentlichen Hand finanziert werden.

Eine Finanzierung der Betreuungsleistungen, wie sie von uns angestrebt wird, würde umgekehrt aber das Buurtzorg-Modell stärken.

²⁵ Monsen, K. & de Blok, J. (2013) Buurtzorg Nederland: A nurse-led model of care has revolutionized home care in the Netherlands. *Journal of American Nursing*, 113(8): 55–59

²⁶ Kaloudis, H. (2016). *A first attempt at a systematic overview of the public record in English on Buurtzorg Nederland* (Part A – Buurtzorg's performance). https://medium.com/@Harri_Kaloudis/a-first-attempt-at-a-systematic-overview-of-the-public-record-on-buurtzorg-nederland-part-a-ff92e06e673d

8. Die Beratungs- und Koordinationsstelle BKS

Beat Ringer

Fragestellung:

Was ist unter einer (persönlichen) Beratungs- und Koordinationsstelle zu verstehen? Welchen Beitrag leistet sie für eine koordinierte und integrierte Versorgung? Inwiefern unterscheidet sie sich von einer Erstberatungsstelle mit Gatekeeper-Funktion?

Eine gute Versorgung von hochbetagten respektive multimorbiden Patient*innen macht es erforderlich, dass die Behandlungsschritte aufeinander abgestimmt, die Leistungserbringer koordiniert und alle relevanten Informationen zusammengetragen werden. Dabei müssen auch die soziale Situation (insbesondere das persönliche Netzwerk) und die psychische Verfassung der Betroffenen berücksichtigt werden. Das Modell einer persönlichen Beratungs- und Koordinationsstelle will diesen Bedarf abdecken. Es wird in diesem Text auch mit dem Vorschlag des Bundesrates für eine Erstberatungsstelle verglichen (Abschnitt 8.2.).

8.1. Darstellung des Modells

Das Modell der Beratungs- und Koordinationsstelle BKS geht zurück auf ein Reformkonzept, das diverse Gesundheits- und Personalverbände unter der Bezeichnung «Persönliche Gesundheitsstelle PGS» bereits im Jahr 2008 der Öffentlichkeit unterbreitet haben.²⁷ Das Modell verfolgt mehrere Ziele. Zum einen soll sichergestellt werden, dass die gesamte Bevölkerung Zugang hat zu einer hochstehenden medizinischen Erstversorgung. Zweitens sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, damit für jede Person optimale Behandlungspfade gefunden werden. Die Behandlungen in Spitälern, durch Spezialärzt*innen, in Therapien, Kliniken, Heimen oder Spitexen sollen dabei koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Und drittens soll sichergestellt werden, dass die elektronischen Patient*innendossiers vollständig und fachkundig geführt sind, wobei die Patient*innen die letzte Kontrolle über ihre Dossiers haben.

Um diese Ziele zu erreichen, nominiert jede versicherte Person eine Beratungs- und Koordinationsstelle (z.B. eine Hausarztpraxis) nach freier Wahl. Ein Wechsel ist jederzeit möglich. BKS müssen die medizinische Erstversorgung sicherstellen können. Alle Versicherten haben bei Bedarf Anrecht auf eine zweite ärztliche Meinung.

Die BKS sind (in Absprache mit den Versicherten) für die Koordination aller Leistungen und für die Dossierführung zuständig. Sie haben dabei alle relevanten Behandlungsketten im Blick. Ihre Aufwände für Koordination und Dossierführung werden angemessen vergütet. BKS werden von den Kantonen akkreditiert. Die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung mit BKS gewährleisten.

²⁷ Die Persönliche Gesundheitsstelle PGS. Eine notwendige Reform zur Sicherung von Qualität und Wirksamkeit in der ambulanten Grundversorgung. http://www.denknetz.ch/wp-content/uploads/2017/07/pgs_erlaeuterungen_dez_08.pdf (02.12.2008; abgerufen am 29.01.2021)

Beratungs- und Koordinationsstellen sind Hausarzt- oder Kinderarztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ambulatorien und weitere Netzwerke, die eine kompetente diagnostische, therapeutische und pflegerische Erst- und Grundversorgung sowie eine Kontinuität in der Betreuung sicherstellen. Die BKS stellt die Zuweisung zu einer spezialärztlichen Versorgung sowie zu den weiteren anerkannten Leistungserbringern sicher. Patient*innen wählen die weiteren Leistungserbringer in Absprache mit ihrer BKS aus.

Sämtliche Leistungserbringer leiten die erforderlichen Informationen an die BKS weiter. PatientInnen können diese Weiterleitung auf eigene Verantwortung hin untersagen. Der Datenschutz ist gewährleistet.

Rosmarie Glauser, ehemalige politische Verantwortliche des Verbandes der Assistenz- und Oberärzt*innen und eine der Promotorinnen des Modells, schildert das Beispiel einer persönlichen Gesundheitsstelle PGS (bzw. einer BKS) aus eigener Anschauung:

*«Ich wohne in einem Dorf im Berner Seeland. Hier gibt es seit ein paar Jahren ein so genanntes MediZentrum. Das MediZentrum ist nicht bloss ein Zusammenschluss von Ärzten in der Form eines Ärztezentrums, sondern eine qualitativ hochstehende und prozessoptimierte Struktur, die eine umfassende Grundversorgung bereitstellt und gleichzeitig eine wichtige Rolle bei der Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses in der Hausarztmedizin und anderen Gesundheitsberufen übernimmt. Das Team besteht im Wesentlichen aus mehreren Hausärztinnen und Hausärzten, drei Advanced Practitioner Nurses (APN), Pflegefachfrauen, zwei Psychologinnen, mehreren Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA), Laborantinnen, Ernährungsberaterinnen sowie Berufsleuten in Aus- bzw. Weiterbildung. Hinzu kommt eine Gynäkologin, die einmal pro Woche im Haus ist. Das Angebot wird ergänzt durch regelmässige Sprechstunden (in der Regel alle zwei Wochen) diverser Spezialärztinnen und -ärzte. Sie übernehmen gewisse Untersuchungen und Nachbetreuungen. Auch palliative Leistungen gehören zum Angebot. Das MediZentrum kümmert sich mit verschiedenen Massnahmen um Qualitätssicherung, ist zertifiziert und akkreditiert. Es steht allen Patient*innen offen, unabhängig von ihrem Versicherungsmodell.»²⁸*

Es liegt auf der Hand, dass die Beratungs- und Koordinationsstellen und die Pflegeorganisationen eng zusammenarbeiten müssen. Damit würden die medizinisch-therapeutische und die pflegerisch-betreuende Versorgung optimal aufeinander abgestimmt.

Das Konzept der BKS will sämtliche versicherten Personen erfassen. Es ist jedoch offensichtlich, dass eine solche Einrichtung besonders für multimorbide und für hochbetagte Personen von grosser Bedeutung ist – dann also, wenn medizinische Behandlungen keine isolierten Episoden mehr sind (wie dies der Beinbruch einer 20-jährigen Person aller Wahrscheinlichkeit ist), sondern eng verknüpft sind mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und mit der sozialen Situation der Patient*in. Deshalb messen wir einer BKS im Rahmen dessen, was wir mit einer ganzheitlichen Versorgung im Alter anstreben, eine hohe Bedeutung bei.

²⁸ http://www.denknetz.ch/wp-content/uploads/2019/02/17_persoeliche_Gesundheitsstelle_Glauser.pdf

Ein weiterer Gesichtspunkt scheint uns besonders wichtig. Wir unterstützen die Bemühungen, die Zusammenarbeit auf institutioneller Ebene zu verstärken, etwa dadurch, dass Gemeinden die Koordination und die Entwicklung von Heimen, Spitexen, Beratungsstellen usw. in einer gemeinsamen Verwaltungsstelle zusammenführen – ja, wir halten solche Schritte für unerlässlich. Allerdings sind die Bedürfnisse und ist die Ausgangslage für jede einzelne Person individuell so verschieden, dass die Frage einer koordinierten und ganzheitlichen Versorgung von zwei Seiten angegangen werden muss: Neben der institutionellen Zusammenarbeit braucht es eine aktive, individuelle Begleitung jeder Patient*in, wie sie eine BKS gewährleistet. Nur so kann sicherstellt werden, dass eine ganzheitliche und koordinierte Versorgung jeweils auf die Situation und auf die Bedürfnisse der einzelnen Person zugeschnitten werden kann, und dass diese Person optimal in die Entscheidungen und die Ausgestaltung der Versorgung einbezogen wird.

8.2. Bezug zum bundesrätlichen Vorschlag einer Erstberatungsstelle

Mit Datum vom 19.8.2020 schlägt der Bundesrat in einem Entwurf zur Revision des KVG (Krankenversicherungsgesetz) unter dem Titel «Massnahmen zur Kostendämpfung Teil 2» unter anderem eine «Erstberatungsstelle» sowie «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» vor.²⁹ Die Versicherten sollen verpflichtet werden, jeweils zuerst diese Erstberatungsstelle zu konsultieren. Diese Stelle soll überdies als Gatekeeper für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen fungieren, d.h. abschliessend darüber entscheiden, ob die Versicherten weitere Leistungen beanspruchen können (Spezialärzt*innen, operative Wahleingriffe in Spitälern etc.). Zusätzlich zur Erstberatungsstelle sieht der Bundesrat unter dem Namen «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» eine neue Kategorie von Leistungserbringern vor (Art 35, 36 und 48). Es handelt sich um medizinische Erstversorger, die Aufgaben einer Koordination der Versorgung übernehmen und für die Führung des elektronischen Patient*innendossiers zuständig sind.

Der Bundesrat macht damit im Sinne einer koordinierten Behandlung einen Schritt vorwärts – und gleichzeitig aber leider auch zwei Schritte zurück. Die beratende Funktion einer Erstberatungsstelle entspricht einem Aspekt der von uns vorgeschlagenen Beratungs- und Koordinationsstelle. Als passend erachten wir auch den bundesrätlichen Vorschlag, Leistungen im Rahmen der Ersterfassung vollumfänglich zu vergüten (keine Anrechnung an die Franchise, kein Selbstbehalt).

Lieder versäumt es der Bundesrat jedoch, gleich diese Erstberatungsstelle mit den Aufgaben der Koordination und der Dossierführung zu betrauen. Dies ist umso erstaunlicher, als dies auch unerlässliche Grundlagen sind für eine kompetente Erstberatung (und erst recht für ein Gatekeeping). Stattdessen schafft der Bundesrat mit den Netzwerken für eine koordinierte Versorgung eine weitere Kategorie von Leistungserbringern, die nicht deckungsgleich ist mit den Erstberatungsstellen. Damit wären die grundlegenden Aufgaben der Koordination und der Dossierführung weiterhin nur für einen Teil der Versicherten gesichert. Zudem – und das

²⁹ Bundesamt für Gesundheit BAG. (2020). KVG-Änderung: Massnahmenpaket zur Kostendämpfung – Paket 2. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html> (19.08.2020, abgerufen am 29.01.2021).

ist aus aktuellem Anlass erstaunlich – versäumt er es, dieser Stelle auch Aufgaben im Rahmen von übergeordneten Gesundheitskrisen, insbesondere von Pandemien zu betrauen, ebenso für Aufgaben im Rahmen der Prävention.

Vor allem aber – und das ist der zweite, gewichtige Schritt zurück – will der Bundesrat der Erstberatungsstelle die Kompetenz des Gatekeepings übertragen. Er situiert die Stelle damit in erster Linie als eine Massnahme zur Kosteneinsparung. Aus Sicht der Patient*innen wird sie dadurch von Vorneherein in ein ungünstiges Licht gerückt. weil die Versicherten nicht mehr sicher sein können, dass das Handeln der Erstberatungsstelle sich an ihrer optimalen Versorgung orientiert. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und ihrer Erstberatungsstelle wird dadurch untergraben. Das Misstrauen wird dann zusätzlich verstärkt, wenn die Erstberatungsstelle durch Globalbudgets gesteuert ist und damit ein ökonomisches Interesse daran hat, möglichst wenig Überweisungen an weitere Leistungserbringer zu tätigen. Überdies wird dabei insgesamt auch die freie Ärzt*innenwahl eingeschränkt – ein Recht, das von den Versicherten als Garantie dafür gewertet wird, sich gegen unangebrachte Behandlungen und allfällige Willkür wirksam zur Wehr setzen zu können sowie sicher zu sein, dass sie Zugang zu allen erforderlichen Leistungen in bestmöglicher Qualität erhalten.

Es macht unseres Erachtens keinen Sinn, mit Erstberatungsstellen und Netzwerken zur koordinierten Versorgung zwei neue, nicht deckungsgleiche Kategorien zu schaffen. Wir schlagen alternativ vor, die Beratungs- und Koordinationsstelle BKS zu implementieren, wie sie weiter oben beschrieben ist. Die BKS wäre damit Erstberatungsstelle und Netzwerk zur Koordination in Einem. Nur so sind die Voraussetzungen gewährleistet, dass diese Stelle ihre Aufgaben seriös wahrnehmen kann. Eine optimale Beratung ist nur möglich, wenn auf Basis einer kontinuierlichen Dossierführung alle Informationen verfügbar sind, und wenn die Beratungsstelle sich auch für eine erfolgreiche Koordination der Leistungen engagiert und dabei laufend Einsicht in die Ergebnisse aller erbrachten Leistungen hat.

Gatekeeping-Aufgaben lehnen wir ab. Sie unterlaufen die Akzeptanz einer Persönlichen Gesundheitsstelle und die freie Arztwahl.

8.3. Was will die Initiative?

Im Entwurfstext zur Initiative steht im vorgesehenen Zweckartikel: *«Bund und Kantone sorgen dafür, dass alle Personen in der Schweiz bis ans Lebensende einer ihrer individuellen Situation angemessen Weise betreut, gepflegt und in der Alltagsbewältigung unterstützt werden. Diese Unterstützung muss in guter Qualität, koordiniert, ganzheitlich und mit einer präventiven Zielsetzung erbracht werden.»*

Die Beratungs- und Koordinationsstelle BKS ist ein Schlüsselkonzept, mit dem dieser Zweck umgesetzt werden soll.

9. Ganzheitliche Wohn- und Versorgungskonzepte

Hans Rudolf Schelling

Fragestellung:

Wie verändern sich die Bedürfnisse hinsichtlich Wohn- und Lebensformen im Alter, und wie reagieren die Anbieter von Alterswohn- und -pflegeeinrichtungen darauf? Welche Ansätze für eine ganzheitliche Versorgung durch bzw. von Institutionen werden entwickelt, und welche Voraussetzungen müssen für deren Realisierung geschaffen werden? Welche Formen von betreutem oder begleitetem Wohnen sind zukunftsfähig, und wie können Standards zur Qualitätssicherung verankert werden?

Die Initiative unterscheidet nicht explizit zwischen privaten und institutionellen Wohnformen, zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten für das Leben im Alter. Es ist das zentrale Anliegen der Initiative, die Bedingungen für ein «gutes Alter» auch für Menschen mit einem erhöhten Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegebedarf zu schaffen und ihnen dabei nicht a priori eine Form vorzuschreiben, wie dieser Bedarf zu decken sei.

9.1. Wohn- und Lebensformen im Alter

Die institutionelle Spaltung zwischen «privaten» und «institutionellen» Wohn- und Lebensformen im Alter hat sich in den letzten Jahrzehnten relativiert, wenn auch noch nicht vollständig aufgelöst. Die passende und individuell präferierte Form im Kontinuum vom selbständigen Wohnen in der angestammten Wohnung ohne spezifischen Unterstützungsbedarf bis zum Wohnen mit Pflege und Betreuung rund um die Uhr in einem Pflegeheim zu finden, hängt von persönlichen, sozialen und strukturellen Ressourcen und Randbedingungen ab. Dabei sollen die persönlichen Bedürfnisse, nicht die Strukturen massgeblich sein. Die «Age-Wohnmatrix» der Age Stiftung bietet dafür einen guten Orientierungsrahmen.³⁰

Im höheren Alter nimmt die Vulnerabilität und damit der Bedarf an Unterstützung tendenziell zu. Um unterstützungsbedürftige Personen nicht zu überfordern, sind ganzheitliche, integrierte Versorgungskonzepte notwendig, welche die komplexe Suche nach den passenden Dienstleistungen in verschiedenen Bereichen erleichtern oder diese dem Individuum ganz abnehmen, indem die Angebote miteinander vernetzt werden.³¹ Eine wesentliche Unterstützung in der individuellen Beratung und Entscheidungsfindung kann dabei eine «Beratungs- und Koordinationsstelle BKS» bieten (siehe Thementext 8).

Während in der ambulanten Versorgung das Modell «Buurtzorg» aus den Niederlanden auch für die Schweiz interessante Anregungen für den Umbau des Versorgungssystems bietet (vgl. Thementext 7 «Buurtzorg»), machen sich auch die klassischen Anbieter einer stationären

³⁰ Jann, A. (2015). Age-Wohnmatrix – Bedürfnisse statt Begriffe ins Zentrum stellen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48, 164–168. https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Publicationen/Weitere_Publicationen/2015_Age_Wohnmatrix.pdf

³¹ Vgl. Ettlin, R. (2019). Hilfe organisieren, wenn die Vulnerabilität älterer Menschen zunimmt. In F. Höpflinger, V. Hugentobler & D. Spini (Hrsg.), *Age Report IV: Wohnen in den späteren Lebensjahren* (S. 217 – 225). Zürich: Seismo.

Versorgung Gedanken dazu, wie sie ihre Strukturen mehr auf individuelle Bedürfnisse und Autonomie hin ausrichten können.

9.2. Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA

CURAVIVA Schweiz, der schweizerische Branchenverband der öffentlichen und privaten Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf, hat ein «Wohn- und Pflegemodell 2030»³² für die Alterspflege entwickelt, das die Entwicklung der stationären Alterspflege anhand einer Typologie aufzeigt und für die aktuelle Phase die Prinzipien «Autonomie, Selbstbestimmung und Normalität des Alltags» postuliert, die auf folgenden Grundpfeilern der Lebensqualität beruht:

- *Leben in Privatheit*: Wohnen in der eigenen Wohnung (unterschiedlicher Grösse) mit Betreuung nach Bedarf und persönlichen Wünschen (Service à la carte). Die benötigten Pflegeleistungen werden von «extern» erbracht (inhouse Spitex oder externe Spitex).
- *Leben mit dem angestammten Lebensstandard*: Pflegebedürftige betagte Menschen wollen ihren gewohnten Lebensstandard möglichst erhalten.
- *Leben in Gemeinschaft*: Komplementär zum «privaten Wohnen» gibt es Raum und Angebote für gemeinschaftliches Leben (gemeinsame Aufenthaltsbereiche und Aktivitäten), die sich an den verschiedenen Bedürfnissen orientieren.
- *Leben in der Öffentlichkeit*: Die Institution strahlt ins Quartier und umgekehrt aus. Die soziale Teilhabe ist gewährleistet. Betont wird das Wohnquartier als Lebensraum (das Quartier kommt ins Haus – das Haus geht ins Quartier (ebd., S. 2)

Das Wohn- und Pflegemodell 2030 zeigt eine Struktur auf, die diesen Ansprüchen konsequent Rechnung tragen will. Eine Alterspflege-Institution soll sich nicht mehr als «grosses Gebäude», sondern als Dienstleister verstehen, der den pflegebedürftigen betagten Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der von ihnen bevorzugten Wohnumgebung ermöglicht: betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften, stationäre Pflege in Pflegewohngruppen etc. Die Parole «ambulant vor stationär» soll einem integrativen Ansatz «ambulant UND stationär» Platz machen, der eine sozialräumliche Verankerung der Versorgung ermöglicht. Alterspflege-Institutionen sollen Leistungen in folgenden Bereichen erbringen:

- Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen in den angestammten Wohnungen
- Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Leistungen in altersgerechten Appartements
- Spezialisierte Pflege- und Betreuungsangebote (z.B. Demenz, Palliative Care, Gerontopsychiatrie etc.)
- Die klassische Pflegeinstitution wird zu einem Gesundheits- resp. Quartierzentrum im angestammten Lebensraum des älteren Menschen (ebd., S. 4; vgl. Abbildung)

³² CURAVIVA Schweiz (2016). *Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz: Faktenblatt*. https://www.curaviva.ch/files/AESNE88/das_wohn_und_pfleagemodell_2030_von_curaviva_schweiz_faktenblatt_curaviva_schweiz_2016.pdf

Ein «Gesundheitszentrum» als Drehscheibe und Koordinationsstelle der verschiedenen Angebote träte also an die Stelle der herkömmlichen stationären Pflegeeinrichtung. Das Wohnen im Alters- und Pflegeheim würde weitgehend ersetzt durch ein Wohnen mit Service bzw. ein betreutes Wohnen in kleineren Einheiten.

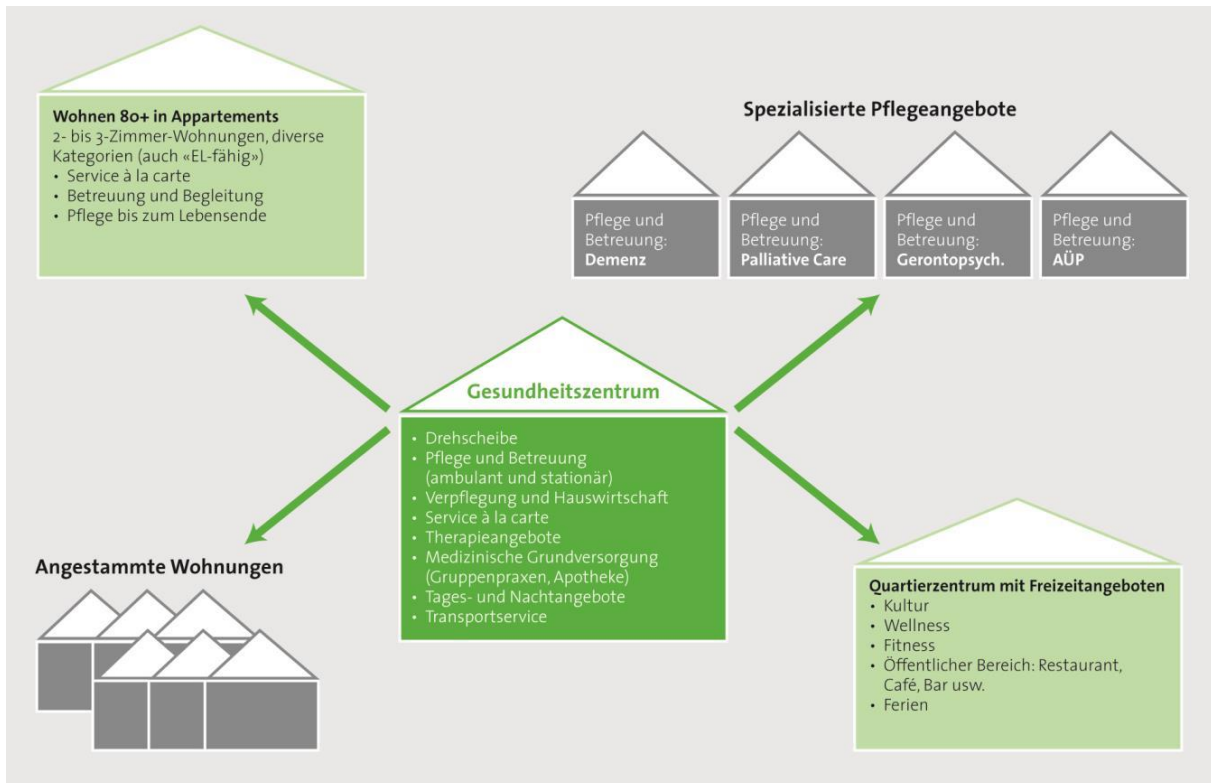


Abbildung: Das Wohn- und Pflegemodell 2030 (© CURAVIVA Schweiz)

9.3. Voraussetzungen für ein integriertes Versorgungskonzept

CURAVIVA kritisiert die uneinheitliche, intransparente und teilweise ungenügende Finanzierung im Bereich der Langzeitversorgung, insbesondere die Trennung von Pflege und Betreuung, und fordert:

«Das heutige Finanzierungssystem muss [...] vereinfacht und verbessert werden, so dass die Finanzierung für sämtliche Leistungen – unter Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppen sowie der bedarfsorientierten und interprofessionellen Behandlungsketten – gleichermassen sichergestellt ist.»

Ausserdem *«[...] sind die Ergänzungsleistungen bei den neuen Angeboten – z.B. betreutes Wohnen in altersgerechten Appartements oder Wohnen zu Hause nach vergleichbaren Ansätzen wie 'in der Pflegeinstitution' zu gewähren. Die Berechnungen der Ergänzungsleistungen sollen also im Rahmen des Gesamtsystems des Wohn- und Pflegemodells 2030 neu ausgestaltet werden.»* (ebd., S. 5)

Eine ökonomische Studie der Polynomics AG im Auftrag von CURAVIVA kommt zum Schluss, dass das CURAVIVA-Modell auch Kosteneinsparungen mit sich bringen könne, dass dafür aber Änderungen des Finanzierungssystems notwendig seien:

«Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass mit dem Pflegemodell 2030 ein erhebliches Kosteneinsparungspotenzial besteht. Fallen die Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen weg und wird die Pflege vermehrt durch das betreute Wohnen bereitgestellt, kann im Pflegemodell bis zu 8 Prozent der heutigen Pflegekosten eingespart werden. [...]

Damit sich eine optimale Wirkung einstellen kann, braucht es eine Pflegefinanzierung, die nicht an die einzelnen Wohnformen, sondern ausschliesslich an die Pflegebedürftigkeit der Kunden geknüpft ist. Unter den heutigen Finanzierungsformen wird es schwierig werden, dass sich das Potenzial des Pflegemodells 2030 optimal entfalten kann. Dies bestätigen bereits erste Erfahrungen aus der Schweiz: Die Fehlanreize der heutigen Finanzierungsformen führen zu einer Zementierung der Versorgungsstruktur in ambulant vor stationär, welche weder den Bedürfnissen der Kunden entsprechen noch zu einer kostengünstigen Versorgung führen.»³³

Das CURAVIVA-Modell wurde seit seiner Lancierung 2016 verfeinert und mit Kostenabschätzungen, Umsetzungsplänen, einer Literaturrecherche zu ähnlichen Modellen im In- und Ausland, einem Technologiekonzept sowie mit Überlegungen zur Messung der Dienstleistungsqualität und zur Koordination von Dienstleistungen ergänzt.³⁴

Trotz der aktuellen strukturellen Hindernisse bereiten sich einzelne Alterswohn- und -pflegeeinrichtungen in der ganzen Schweiz auf einen Umbau in der skizzierten Richtung vor. Als Beispiel sei das Alterszentrum Lindenhof in Oftringen genannt, das sich als regionales 4-Generationenhaus und Gesundheitszentrum sowie als Kompetenzzentrum für das Leben im Alter versteht.³⁵

9.4. Was will die Initiative?

Die Initiative schafft die Verfassungsgrundlage für ganzheitliche Versorgungskonzepte wie das hier exemplarisch vorgestellte Wohn- und Pflegemodell 2030, ohne Entscheidungen über mögliche Trägerschaften und Organisationsformen vorwegzunehmen.

Die Zeiten, als insbesondere alte Menschen mit geringen finanziellen Mitteln ihren «Lebensabend» selbstverständlich in einem Altersheim verbrachten, sind vorbei. Doch auch die Gegenthese, wonach ein institutionelles Wohnen generell unerwünscht und zu teuer sei, ist irreführend und ignoriert die Diversität der Bedürfnisse im Alter.

Es geht nicht um «ambulant vor stationär», sondern darum, ein Spektrum von den individuellen Bedürfnissen angepassten und sozialverträglichen Optionen für das Wohnen und die

³³ Polynomics AG (2018). *Abschätzung der Kostenwirkung des Wohn- und Pflegemodells 2030*. https://www.curaviva.ch/files/KNZR4DV/abschaetzung_der_kostenwirkung_des_wohn_und_pfleagemodells_2030_studie_polynomics_2018.pdf

³⁴ CURAVIVA Schweiz (o.J.). *Das Wohn- und Pflegemodell 2030 von CURAVIVA Schweiz – Die Zukunft der Alterspflege*. Online-Dokumentation: <https://www.curaviva.ch/Im-Fokus/Das-Wohn-und-Pfleagemodell-2030/PUtri/#wohn-und-pfleagemodell-2030-0> (abgerufen am 12.06.2020).

³⁵ Stiftung Alterszentrum Lindenhof (o.J.). *Lindenhof Oftringen – Lebensqualität von 0 auf 100*. <https://www.lindenhof-oftringen.ch> (abgerufen am 02.07.2020).

Versorgung im Alter sicherzustellen. Zu diesem Zweck sind Standards für die Finanzierung und die Qualitätssicherung zu entwickeln und politisch abzusichern.

Fazit:

Es sind geeignete strukturelle und politische Bedingungen für ein «gutes Alter» auch für Menschen mit einem erhöhten Unterstützungs-, Betreuungs- und Pflegebedarf zu schaffen, ohne ihnen pauschal eine Wohn- und Lebensform vorzuschreiben. Das erfordert ein ganzheitliches Versorgungs-, Finanzierungs- und Qualitätssicherungskonzept.

10. Arbeitsbedingungen und Qualifikation des Personals

Simone Bertogg

Fragestellung:

Welche professionellen Akteure sind in der Betreuung und Pflege im Altersbereich tätig? Und zu welchen Arbeitsbedingungen? Welche Rolle spielt die Care-Migration? Welche Bedeutung hat die Qualität der öffentlichen Dienste? Welches sind die Auswirkungen der Regulierungen und Planungsverfahren?

10.1. Arbeitsbedingungen und Qualität der Arbeit

Eine zentrale, wenn nicht sogar die entscheidende Ressource im Gesundheitswesen ist das motivierte Personal. Wenn über längere Zeit die negativen Arbeitsbedingungen überwiegen, leidet die Motivation des Personals. Die Folgen sind Fachkräftemangel infolge vorzeitigem Berufsausstieg und fehlender Nachwuchs in der Ausbildung. Die Schweiz bildet heute mit 43% des Bedarfes nicht mal die Hälfte der benötigten Pflegefachpersonen aus, und 46 % treten während des Erwerbslebens aus dem Pflegeberuf aus. Die im Beruf Verbleibenden sind frustriert, leiden unter Burnout und die Qualität in der Betreuung und Pflege sinkt - eine Negativspirale mit gesellschaftlichen, ethischen und volkswirtschaftlichen Folgen.

Dabei geht es um faire Arbeitsbedingungen (siehe weiter unten). Ebenso bedeutend ist aber auch, dass die Gesundheitsfachleute genügend Zeit und Ressourcen haben, um ihre Arbeit an und mit den Patient*innen bzw. Klient*innen in guter Qualität und unter Wahrung der ethischen Grundlagen ausführen zu können. Wie wichtig dies ist, zeigt der grosse Erfolg der niederländischen «Spitex»-Organisation Buurtzorg (siehe Thementext 7), die innerhalb von wenigen Jahren von 12 auf rund 15'000 Mitarbeitenden angewachsen ist und von den Beschäftigten mehrmals zum Arbeitgeber des Jahres gewählt worden ist. Das entsprechend negative Beispiel hat die Schweiz geliefert: als in der Spitex begonnen wurde, die Arbeit nach industriellen Prinzipien zu organisieren und jede Handreichung nach einem Minutentarif abzurechnen, kam es zu massenhaften Kündigungen von vielen Hundert Pflegefachleuten.

Die Problematik des Fachkräftemangels wird sich angesichts des demografischen Wandels weiter zuspitzen: aktuell fehlen rund 30'000 Pflegefachkräfte, bis 2030 wird sich diese Zahl auf 65'000 erhöhen (29'000 Pflegefachpersonen, 20'000 Fachpersonen Gesundheit und 16'000 Personen mit einem Berufsattest).³⁶

Die Faktoren Arbeitszeiten, Entlohnung, Aus- und Weiterbildung sowie Arbeitskultur sind massgeblich und wichtig für die Attraktivität der Berufe in der Langzeitversorgung. Folgenden Anliegen muss Rechnung getragen werden:

- Arbeitszeitmodelle inkl. Teilzeitpensen, die sowohl den Bewohnenden / Klient*innen / dem Betrieb als auch dem Betreuungs- und Pflegepersonal gerecht werden.
- Die Fachpersonen werden entsprechend ihrer Ausbildung bzw. Fachkompetenz eingesetzt und entlohnt. Die zulagenberechtigten Stunden, Pikettdienste sowie zusätzliche Funktionen werden angemessen entschädigt.

³⁶ https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-12_d.pdf

- Aus- und Weiterbildung / Erhalt der Mitarbeitenden ist eine prioritäre Aufgabe, um eine sichere und qualitative Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können.

Mit einem öffentlich-rechtlichen Anstellungsreglement oder einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) stehen Instrumente bereit, mit denen die Arbeitsbedingungen geregelt und vereinheitlicht werden können.

10.2. Professionelle Akteure der Betreuung und Pflege im Altersbereich

Die professionelle Betreuung und Pflege der älteren Menschen ist geprägt durch das Zusammenspiel der diversen Akteure. Durch ihre abgestimmte, fachliche Ausbildung können die Berufsangehörigen in ihrer Tätigkeit auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen eingehen. Der Skill-, Grade- und Generationen-Mix (passende Teamzusammensetzung in Bezug auf Fähigkeiten, Berufs- und Lebenserfahrung) im Betreuungs- und Pflorgeteam ist ein wichtiger Pfeiler in der qualitativen Versorgung. Eine ganzheitliche Betreuung umfasst sowohl fördernde als auch fürsorgliche Handlungen unter Beachtung des Erhalts der Ressourcen und unter Berücksichtigung der Autonomie.

Die differenzierte Berufsvielfalt rund um die Alltagsunterstützung und Betreuung der älteren Menschen stellt sicher, dass Qualität mit Professionalität einher geht. In einem interprofessionellen Team wirken mit: Fachfrau/Fachmann Betreuung, Fachfrau/Fachmann Hauswirtschaft, Aktivierungsfachfrau/Aktivierungsfachmann, Fachfrau/Fachmann Gesundheit, Physiotherapie, Ergotherapie, Logotherapie, Ernährungsberatung, Pflegefachpersonen HF/FH, Hausärzt*innen etc.; die Aufzählung ist nicht abschliessend. Mit ihrem Fachwissen und ihrer Erfahrung gewähren die professionellen Akteure eine ganzheitliche, koordinierte Versorgung, die auch präventive Elemente beinhaltet.

10.3. Care-Migration

Neben den traditionellen professionellen Betreuungsformen wie Alters- und Pflegeheime sowie Spitex zeichnet sich seit einigen Jahren eine Zunahme der Sorgearbeit durch Care-Migrantinnen ab. Diese Frauen, Schätzungen gehen von rund 30'000 Personen³⁷ aus, haben oft keine Pflegeausbildung, kommen vorwiegend aus Osteuropa und kochen, putzen, kaufen ein und verbringen mit den Betagten den Alltag zu Hause. Mehrheitlich sind sie schlecht bezahlt. Die Arbeitszeiten sind oft sehr lang, die Ruhezeiten werden nicht kontrolliert. Manchmal werden auch keine Sozialabgaben entrichtet.³⁸ Die prekären Arbeits- und Lebensbedingungen vieler Care-Migrantinnen im Privathaushalt und die Folgen der Care-Migration in den Herkunftsländern widerspiegeln deutlich die hiesigen strukturellen Probleme in der häuslichen Gesundheitsversorgung. Hier braucht es von den Behörden und der Politik eine nachhaltige Kontrolle.³⁹ Zudem müssen die öffentlichen Spitex-Angebote im Sinne eines personenbezogenen, ganzheitlichen Angebotes ausgebaut werden; dadurch verringert sich der Bedarf nach prekär arbeitenden Care-Migrant*innen.

³⁷ <https://www.nzz.ch/schweiz/pendelmigrantinnen-das-graue-geschaeft-mit-den-alten-ld.1517872>

³⁸ Greuter, Susy (2013): Rationalisiert, rationiert und prekariert: Die Situation der Care-Arbeiterinnen in den ambulanten Pflegediensten.

³⁹ van Holten, K., Jähne, A. & Bischofberger, I. (2013). *Care-Migration – Transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt*. OBSAN Bericht 57. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_57_bericht.pdf.

10.4. Bedeutung der öffentlichen Dienste

In der Schweiz wurden gemäss einer Studie des Büro BASS im Jahr 2013 63.8 Mio. unbezahlte Arbeitsstunden für die Pflege und Betreuung von erwachsenen Personen geleistet.⁴⁰ Dies entspricht (bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden) rund 31'000 Vollzeitstellen. Damit wird die Bedeutung von betreuenden Angehörigen und Bekannten deutlich. Doch diese freiwilligen Leistungen stehen unter Druck, und sie dürfen nicht länger unbekümmert vorausgesetzt werden. Die betreuenden Angehörigen und Bekannten müssen vielmehr durch professionelle öffentliche Dienste abgesichert und ausreichend unterstützt werden, z.B. mit entsprechenden Entlastungsangeboten. Das ist die beste Voraussetzung dafür, dass Angehörige und Bekannte «im Spiel» bleiben.

Die öffentlichen Dienste haben einen Versorgungsauftrag, d.h. sie dürfen Leistungen nicht verweigern. Die privaten Anbieter hingegen wählen sich die lukrativen Aufträge aus und überlassen bspw. einen Spitex-Kurzeinsatz von 15 Minuten den öffentlichen Diensten, weil ein solcher Einsatz kaum gewinnbringend erbracht werden kann. Diese Rosinenpickerei gilt es in Zukunft zu unterbinden; für öffentliche Dienste und private Anbieter sollen die gleichen Bedingungen gelten. Dazu gehören auch die Ausbildungspflicht und die stetige Weiterbildung des Personals.

Der zunehmende Druck, die ambulanten und stationären Angebote nach ökonomischen Kriterien (Gewinnorientierung) auszurichten, führt zu einem falschen Anreiz: Statt in die Qualität der Institution zu investieren, wird einzig der finanzielle Gewinn angestrebt. Die Folgen sind generelle qualitative Einbussen und die Häufung von Fehlversorgungen. Unter Fehlversorgung versteht man eine Überversorgung (unnötige Spitaleinweisungen und diagnostische Massnahmen anstelle von Choosing wisely⁴¹ und Palliative Versorgung) bzw. eine Unterversorgung aufgrund fehlender Fachkräfte oder aus Kostengründen.

Zu den Kostenaspekten schreibt Ruth Gurny in der Fachpublikation ‚Gutes Alter‘:

«Wenn die Gesellschaft solche guten öffentlichen Dienste in der Pflege verfügbar macht, dann fallen bei der öffentlichen Hand zunächst Kosten an. ... Denn was die öffentliche Hand ausgibt, entlastet die privaten Haushalte. Es senkt die Opportunitätskosten, verhindert die Kosten aus unangebrachten Pflegesettings. Wird überdies dafür gesorgt, dass der Gesundheitszustand von pflegebedürftigen Personen kontinuierlich erfasst wird und dass alle medizinischen Leistungen optimal koordiniert werden, dann lassen sich nochmals beträchtliche, unnötige Kosten im kurativen Bereich einsparen wie z. B. unnötige Spitaleinweisungen.»⁴²

⁴⁰ Büro BASS (Rudin, M. & Strub, S.). 2014. *Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch pflegende Angehörige.*

⁴¹ Die 2013 veröffentlichte Roadmap «Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz» schlägt konkrete Massnahmen vor, darunter eine unter dem Titel «Choosing wisely». <https://www.smartermedicine.ch>

⁴² Gutes Alter (2018), Eine Gesellschaft des guten langen Lebens für alle, Das Thema der Kosten, R. Gurny, S. 39

10.5. Regulierungen und Planungsverfahren

Da die Hochaltrigkeit in der Regel mit Fragilität einhergeht und die physische und psychische Befindlichkeit oftmals Schwankungen unterworfen ist, bedeutet dies für die Planung des Bettenangebotes in der Langzeitversorgung, dass sich diese nicht am minimalsten Bedarf messen darf. Sonst kommt es unweigerlich dazu, dass bei vorübergehender Verschlechterung des Allgemeinzustandes anstelle einer angemessenen geriatrischen Versorgung eine Spitaleinweisung notwendig wird. Für die qualitative und professionelle intermediäre Versorgung sind deshalb verschiedene Angebote nötig: Entlastungsangebote mit Tages-/Nachtstruktur, Betreutes Wohnen, Übergangspflege, Rehabilitationspflege etc. Massgebend sind Flexibilität, Innovation und Professionalität. Mit einem klaren Leistungsauftrag können die Aufgaben auch an private Anbieter delegiert werden.

10.6. Was will die Initiative?

Die Initiative schafft die Grundlagen für die Qualitätssicherung in der Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege und fordert verbindliche gesamtschweizerische Standards für alle Akteure in der ambulanten, intermediären und stationären Langzeitversorgung. Das bedeutet auch Transparenz beim Vergleich zwischen öffentlichen und privaten Anbietern und will die Benachteiligung der öffentlichen Dienste aufheben.

Fazit:

Die Alltagsunterstützung und Betreuung ist Teil der Gesundheitsversorgung und muss allen zugänglich sein. Für eine ganzheitliche, qualifizierte und koordinierte Gesundheitsversorgung braucht es entsprechend genügend gut ausgebildete Fachkräfte. Es ist an der Politik, verbindliche gesamtschweizerische Rahmenbedingungen dazu zu definieren und die entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen bereitzustellen. Entlastungsangebote unterstützen die betreuenden Angehörigen und sind mit Leistungsvereinbarungen zu fördern.

11. Von der informellen zur formellen Hilfe – Zusammenarbeit in der Unterstützung der Angehörigen

Simone Bertogg

Fragestellung:

Wie stellt sich die Zusammenarbeit aller an der Alltagsunterstützung, Betreuung und Pflege im ambulanten Setting dar? Welche Massnahmen braucht es, um die Angehörigen zu entlasten?

2016 lebten in der Schweiz 4 % der Senior*innen in einem Alters- und Pflegeheim oder in einer Spitaleinrichtung. Die übrigen 96 % wohnten zu Hause. Der Anteil der Alleinlebenden liegt bei rund einem Drittel.⁴³ Die Paarhaushalte sehen sich mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass mit zunehmendem Alter die gegenseitige Unterstützung aufgrund der Fragilität und Vulnerabilität erschwert ist bzw. wegfällt. Gesellschaftliche Veränderungen wie beispielsweise, dass die eigenen Kinder nicht in der Nähe wohnen, sind bei der zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung der älteren Menschen zu beachten. Die Angebote und die Unterstützung müssen sich an Sozialräumen orientieren, d.h. an zeitlicher und örtlicher Nähe.

11.1. Caring Community

Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen umfasst sowohl Cure (medizinische, pflegerische und therapeutische Massnahmen) als auch Care (Unterstützung in der Alltagsgestaltung, im Haushalt, in der Körpergrundpflege). Mit dem Begriff Caring Community ist die sorgende Gemeinschaft oder sorgende Gesellschaft gemeint.⁴⁴ Die Caring Community ist ein Netzwerk von Personen – mehrheitlich Freiwilligen –, das die Betroffenen unterstützt. Sorgearbeit ist eine ganzheitliche Begleitung und Unterstützung und kann auf Dauer nicht von einer einzigen Person geleistet werden. Damit die Alltagsunterstützung gelingt, braucht es auch im ambulanten Setting eine Bündelung der Aufgaben und die Delegation einzelner Tätigkeiten an die entsprechenden Personen, Organisationen etc. Beispielsweise statt immer selber zu kochen den Mahlzeitendienst einschalten oder einen Mittagstisch im Quartier besuchen, für Abwechslung im Alltag sorgt der wöchentliche Besuchsdienst, und um weiterhin am Jasstreff teilnehmen zu können, wird der Begleitdienst angefragt, usw. Die (unvollständige) Aufzählung zeigt, dass auch hier eine Planung und Koordination notwendig und sinnvoll ist. Idealerweise wird dieses Netzwerk durch Professionelle unterstützt und gestärkt, wie beispielsweise im Modell Buurtzorg.

11.2. Formelle und informelle Hilfe

Im stationären Setting sind die Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit der involvierten Personen und Professionen geregelt und die Koordination liegt bei der Ansprech- / Bezugsperson. Komplexer stellt sich die Situation dar, wenn jemand zu Hause lebt und Unterstützung benötigt. Angehörige übernehmen nach wie vor einen Grossteil der Betreuungsleistungen. Diese Aufgaben können verschiedene Tätigkeiten beinhalten: Unterstützung in der

⁴³ Bundesamt für Statistik BfS, Die Wohnverhältnisse älterer Menschen in der Schweiz. 2016

⁴⁴ Thomas Klie, Wen kümmern die Alten, 2019, Droemer

Haushaltsführung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigung), administrative Aufgaben (z. B. Zahlungen tätigen, Steuererklärung), Begleitung bspw. zu Arztterminen bis hin zur Grundpflege (Körperpflege, Ankleiden etc.), aber auch gemeinsames Kaffee trinken, Spazieren oder psychische Unterstützung. Die Planung dieser Tätigkeiten orientiert sich an der momentanen Situation, was bedeutet, dass die Intensität und die Dauer stark variieren können. Diese Unvorhersehbarkeit ist für die betreuenden Angehörigen eine Herausforderung und ein zusätzlicher Stressfaktor.

Viele hochaltrige zuhause lebende Menschen sind zwar nicht im engeren Sinne pflegebedürftig, aber in ausgewählten Tätigkeiten, aufgrund funktionaler Einschränkungen, dennoch auf Hilfe angewiesen: z. B. erschwert die eingeschränkte Mobilität das Gehen, Einkaufen, die Reinigung etc. Hinzu kommt, dass es im fragilen Alter wenig braucht, um die Balance im Alltag aus dem Lot zu bringen. Beispielsweise eine Grippe, die Minderung des Sehvermögens oder zunehmende Schmerzen bei einer chronischen Erkrankung. Konnte die Person bis anhin den Alltag mit Unterstützung von Angehörigen, Nachbarschaftshilfe, Mahlzeitendienst etc. (= informelle Hilfe) bewältigen, braucht es vorübergehend oder dauerhaft den Einbezug der formellen Unterstützung durch die Spitex. In komplexen Situationen ist es sinnvoll, die professionelle Unterstützung frühzeitig zu involvieren. Sie kann die Koordination der verschiedenen Aufgaben übernehmen, Betroffene und Angehörige beratend unterstützen, gemeinsam mit ihnen einen Notfallplan ausarbeiten und damit präventiv wirken.

11.3. Unterstützende Angehörige nicht strapazieren

Die Tendenz, unter dem Titel der Autonomie und Selbstbestimmung die Leistungen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und -versorgung zu minimieren, führt dazu, dass die Belastung der Angehörigen – Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, andere Familienangehörige oder nahe Freunde – stetig zunimmt. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der Sandwichgeneration: Sie sind noch berufstätig, betreuen gleichzeitig ihre Enkelkinder und die eigene Mutter, den eigenen Vater. Eine Beanspruchung, die auf längere Zeit krank macht. Untersuchungen haben gezeigt, dass die psychische Befindlichkeit pflegender Angehöriger schlechter ist als bei der Restbevölkerung. Sie leiden häufiger unter Schlafstörungen und konsumieren signifikant mehr Beruhigungsmittel und Antidepressiva.⁴⁵

11.4. Betreuung von Angehörigen mit Demenz

Eine besondere Stellung nimmt die Betreuung von Angehörigen mit einer Demenzerkrankung ein. Der fortschreitende Verlauf mit dem stetigen Abbau der kognitiven Fähigkeiten und der Abnahme der Selbstständigkeit im Alltag wird als besonders belastend erlebt. Je nach Ausprägung und Fortschritt der demenziellen Erkrankung sorgen Unruhe, Weglaufgefahr, Tag-Nacht-Umkehr und Verweigerung für zusätzliche Belastungen – und dies oft während 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche. Zudem verändert sich krankheitsbedingt auch die soziale und emotionale Beziehung zwischen der betreuenden Person und dem an Demenz Erkrankten. Im Gespräch und in den Befragungen berichten die pflegenden Partnerinnen und Partner oft über soziale Isolation. Dass die physische und psychische Dauerbelastung mit der stetigen Überforderung zur stressbedingten Gewaltanwendung führt, ist nachvollziehbar, aber

⁴⁵ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2011). Höpflinger, François, Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A., *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Verlag Hans Huber, Bern

nicht zu tolerieren. Professionelle Unterstützung gekoppelt an Entlastungsdienste, Tages-/Nacht-/Ferienangebote sind zur Stärkung der betreuenden Angehörigen unabdingbar.

Im Bericht des Bundesrates zur Angehörigenpflege⁴⁶ wird die anspruchsvolle Situation der pflegenden Angehörigen erkannt und der Handlungsbedarf mit folgender Zielsetzung formuliert:

- bedarfsgerechtere Entlastungsangebote für die betreuenden und pflegenden Angehörigen
- bessere gesellschaftliche Anerkennung der Angehörigenbetreuung und -pflege
- Ergänzende Massnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege

Die Thematik der Angehörigenpflege ist eng verknüpft mit gesellschaftlichen, medizinischen und volkswirtschaftlichen Fakten. Die Gesundheitsversorgung der älteren zuhause lebenden Menschen könnte ohne die Unterstützung der Angehörigen nicht gewährleistet werden. Damit dies auch in Zukunft möglich ist, müssen die Rahmenbedingungen dringend angepasst werden.

11.5. Ältere Menschen ohne Angehörige

In der Schweiz werden viele Menschen ohne Familienangehörige alt. Eine Erhebung des Bundesamtes für Statistik 2018 errechnete, dass 8 % der Pensionierten⁴⁷ in der Schweiz ohne Familienangehörige alt werden und demnach auch nicht auf deren Unterstützung zählen können. Betroffen sind vorwiegend Frauen: einerseits, weil sie statistisch die höhere Lebenserwartung haben, und andererseits, weil sie aufgrund der tieferen Renten ein höheres Armutsrisiko haben.⁴⁸ Die Studie deutet auch an, dass die Zahl der älteren Menschen, die keine Familienangehörigen haben und in keiner Partnerschaft leben, in den nächsten Jahren ansteigen wird. Eine gute Betreuung wird für sie existenziell. Diesen Lebensumständen, der Entwicklung und den benötigten Ressourcen muss jetzt Rechnung getragen werden.

11.6. Was will die Initiative?

Die Initiative schafft die Grundlage, dass alle Personen in der Schweiz bis ans Lebensende in einer ihrer individuellen Situation angemessen Weise betreut, gepflegt und in der Alltagsbewältigung unterstützt werden. Die betreuenden Angehörigen sind angemessen zu unterstützen, zum Beispiel in Form von professioneller Beratung oder durch Entlastungsangebote wie Tagesstrukturen. Erwerbstätige betreuende Angehörige müssen in akuten Krisensituationen zudem einen bezahlten Pflegeurlaub in Anspruch nehmen können.

⁴⁶ Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige, Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz, Bericht des Bundesrates, Bern, 05. Dezember 2014; <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>

⁴⁷ Bundesamt für Statistik, 2018: *Erhebung zu Familien und Generationen*, Neuchâtel

⁴⁸ Knöpfel, C. & Meuli, N. (2020). *Alt werden ohne Familie, eine explorative Studie*. Zürich, Mai 2020.

Fazit:

Die Angehörigen und die Freiwilligen erbringen nach wie vor den Grossteil der Betreuungsleistungen. Damit dies so bleiben kann, benötigen sie angemessene Unterstützung in Form von fachlicher Beratung bei der Koordination der Aufgaben, und es braucht innovative und flexible Entlastungsangebote. Dazu gehört auch ein bezahlter Pflegeurlaub in Krisensituationen. In der Diskussion muss auch an diejenigen älteren Menschen gedacht werden, die keine Familienangehörigen haben. Neue Ansätze wie bspw. die Caring Community unterstützen den Wechsel vom kästchen- und säulenartigen vertikalen Denken zum horizontalen und durchlässigen System.

Zur Selbstbestimmung gehört auch das Recht auf Partizipation am Sozialleben, und als Gesellschaft gilt es diese zu garantieren. Die informelle Hilfe leistet hier einen wesentlichen Beitrag.