

**Carlo Knöpfel, Riccardo Pardini,  
Claudia Heinzmann**

# **Gute Betreuung im Alter**

**in der Schweiz**

**Eine Bestandsaufnahme**

Carlo Knöpfel, Riccardo Pardini,  
Claudia Heinzmann

**Gute Betreuung im Alter in der Schweiz**  
**Eine Bestandsaufnahme**



Carlo Knöpfel, Riccardo Pardini,  
Claudia Heinzmann

# **Gute Betreuung im Alter in der Schweiz**

**Eine Bestandsaufnahme**





Dieses Material steht unter der Creative-Commons-Lizenz  
Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International.  
Um eine Kopie dieser Lizenz zu sehen, besuchen Sie  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2018, Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG,  
Zähringerstrasse 26, CH-8001 Zürich  
E-Mail: [buch@seismoverlag.ch](mailto:buch@seismoverlag.ch)  
<http://www.seismoverlag.ch>

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung (Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung oder digitale Verbreitung u. a. m.) dieses Werkes oder einzelner Teile ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

ISBN 978-3-03777-187-7 (print)

ISBN 978-3-03777-721-4 (PDF)

# Inhalt

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	8
Abkürzungen	11
<b>Vorwort</b>	<b>15</b>
<b>Einleitung (Carlo Knöpfel)</b>	<b>17</b>
<b>Kapitel 1 (Riccardo Pardini)</b>	
<b>Gesellschaftliche Organisation der Betreuung im Alter in der Schweiz</b>	<b>29</b>
1.1 Das Pflegesystem der Schweiz im Überblick	30
1.1.1 Rechtsgrundlagen des Bundes	30
1.1.2 Rechtsgrundlagen in den Kantonen	31
1.1.3 Sozialrechtliche Regelung der Betreuung und Pflege im Alter	31
1.1.4 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung	40
1.2 Pflegemodell Schweiz im internationalen Vergleich	44
1.2.1 Öffentliche Leistungserbringung in der Unterstützung betreuungs- und pflegebedürftiger älterer Menschen	44
1.2.2 Regulierung der Versorgung älterer Menschen	45
1.2.3 Finanzierungsmodalitäten der Altershilfe und Alterspflege	46
1.2.4 Zwischen servicebasierter und familialer Versorgung älterer Menschen	46
1.3 Sozialpolitische Rahmung der Pflege und Betreuung	47
1.3.1 Altershilfe und Alterspflege in der Schweiz	47
1.3.2 Medizinalisierung der Altershilfe	49
1.3.3 Fehlende sozialrechtliche Regelung nicht-pflegerischer Betagtenunterstützung	51
1.4 Betreuung im Kontext der Pflegebedürftigkeit betagter Menschen	53
1.4.1 «Betreuungszulagen» als finanzielle Beiträge für Angehörige	53
1.4.2 Bereich Betreuung als Auffangbecken ungedeckter Restkosten?	55
1.4.3 Betagtenbetreuung als neuer Wirtschaftszweig?	56
1.4.4 Betreuung: Ein unbestimmter Begriff	57
1.5 Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen in der Schweiz	59
1.6 Schlussfolgerungen	61

## **Kapitel 2 (Riccardo Pardini)**

### **Who cares? Akteure in der Alterspflege und -betreuung** 64

2.1	Akteure in der Pflege und Betreuung im Altersbereich	65
2.1.1	Regulatorische Akteure in der Altersversorgung	67
2.1.2	Akteure in der ambulanten Versorgung	72
2.1.3	Akteure in intermediären Versorgungsstrukturen	86
2.1.4	Akteure in der stationären Versorgung	91
2.2	Veränderte Bedürfnisse erfordern neue Versorgungslösungen	98
2.2.1	Formen der Vernetzung in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen	101
2.2.2	Verbundlösungen als zukunftssträchtige Zusammenarbeit in der Betagtenunterstützung	101
2.3	Drei Modelle der Pflege- und Betreuungsverorgung von älteren Menschen in der Schweiz	102
2.4	Schlussfolgerungen	104

## **Kapitel 3 (Claudia Heinzmann)**

### **Ausbildung und Arbeitssituation des Betreuungspersonals in stationären, intermediären und ambulanten Einrichtungen** 109

3.1	Hintergrund	110
3.2	Betreuungs- und Pflegeausbildungen in der Schweiz seit der Bildungsreform	113
3.2.1	Ein erster Überblick: Das heutige Berufsbildungssystem in der Schweiz	113
3.2.2	Neugestaltung der Betreuungs- und Pflegeausbildungen	115
3.2.3	Arbeiten in der Betreuung und Pflege: Ausbildung, Aufgaben und Entlohnung	118
3.2.4	Betreuung: eine begriffliche Annäherung anhand der Betreuungs- und Pflegeausbildungen	136
3.2.5	Fazit: Problembereiche in der Betreuungs- und Pflegeausbildung	138
3.3	Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals	141
3.3.1	Betreiben und Pflegen: Ein Frauenberuf in Teilzeit- und Schichtarbeit	142
3.3.2	Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals in stationären Einrichtungen: zwischen Zufriedenheit und Belastung	143
3.3.3	Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals in Privathaushaltungen	158
3.3.4	Fazit: Problembereiche in den Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals	168
3.4	Schlussfolgerungen	171

<b>Kapitel 4 (<i>Riccardo Pardini</i>)</b>	
<b>Lebensgestaltung im Alter</b>	<b>177</b>
4.1 Interventionen auf die Lebenssituation älterer Personen	178
4.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu Hause	178
4.1.2 Wohlbefinden und Selbstständigkeit in Altersinstitutionen	179
4.2 Wohnformen	180
4.2.1 Individuelle Wohnformen	181
4.2.2 Private gemeinschaftliche Wohnformen	182
4.2.3 Institutionalisierte Wohnformen	184
4.2.4 Zukünftige Wohnungsentwicklungen im Altersbereich	185
4.3 Wohnwünsche und -bedürfnisse im Alter	186
4.3.1 Relevante Wohnaspekte im Alter	187
4.3.2 Altersgerechtes Wohnumfeld	189
4.3.3 Die Bedeutung der Technik im Alter	191
4.4 Schlussfolgerungen	197
<b>Kapitel 5 (<i>Carlo Knöpfel</i>)</b>	
<b>Gute Betreuung – eine Bestandsaufnahme für die Schweiz</b>	<b>200</b>
5.1 Betreuung im Alter – die wichtigsten Resultate aus der Recherchearbeit	200
5.2 Betreuung im Alter – drei Zugänge	208
5.3 Betreuung im Alter – fünf alterspolitische Forderungen	212
5.4 Betreuung im Alter – drei Szenarien für die Schweiz	216
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>221</b>

## Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

### Tabellen

Tabelle 1:	Anzahl geleistete Arbeitsstunden von betreuenden und pflegenden Angehörigen und monetäre Bewertung, gesamte Schweiz 2013	78
Tabelle 2:	Übersicht über die Anzahl der jährlich neu abgeschlossenen Lehrverträge AGS, FaBe, FaGe	127

### Abbildungen

Abbildung 1:	Das Modell der Pflegefinanzierung in der Schweiz	41
Abbildung 2:	Finanzierung von Pflegekosten in Heimen und in der Spitex	42
Abbildung 3:	Mögliche Akteure der Pflege und Betreuung im Altersbereich	66
Abbildung 4:	Erhaltene Hilfe von Angehörigen, Freunden und Bekannten	77
Abbildung 5:	Trägerschaft der Tages- und Nachtstrukturen	87
Abbildung 6:	Übersicht Pflegeheimbewohnerinnen, -bewohner und Bezügerinnen, Bezüger von Spitexleistungen ab 80 Jahren	94
Abbildung 7:	Heimbewohnerinnen und -bewohner aufgeteilt nach Geschlecht	95
Abbildung 8:	Bildungssystematik Schweiz	114
Abbildung 9:	Übersicht über das heutige Ausbildungssystem in der Betreuung und Pflege	116
Abbildung 10:	Übersicht über die Berufsbezeichnungen in der Betreuung und Pflege vor, während und nach der «inhaltlichen» und «strukturellen» Reform bis Stufe HF	117
Abbildung 11:	Übersicht Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS): Ausbildung, Aufgaben, Lohn	123
Abbildung 12:	Übersicht Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) mit Fachrichtung «Betreuung von Betagten»: Ausbildung, Aufgaben, Lohn	124
Abbildung 13:	Übersicht Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe): Ausbildung, Aufgaben, Lohn	125
Abbildung 14:	Übersicht über Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten Tertiär B: dipl. Pflegeperson HF, dipl. Aktivierungsfachperson HF, Fachperson Langzeitpflege und Betreuung FA	133

Abbildung 15: Zwei Formen der Betreuung basierend auf den Bildungsplänen der Pflege- und Betreuungsausbildungen der Schweiz	137
Abbildung 16: Wohnformen im Alter	181
Abbildung 17: Überblick der Bedeutung von Wohnaspekten im Alter nach Altersgruppen	187
Abbildung 18: Exemplarische Darstellung eines Smart-Home-Systems	192
Abbildung 19: Zusammensetzung eines AAL-Systems	193
Abbildung 20: Technische Assistenzsysteme in den vier Anwendungsbereichen	195
Abbildung 21: Phasenmodell Betreuung im Alter	211



## Abkürzungen

AAL	Ambient Assisted Living
Abs.	Absatz
ADL	activities of daily living (Aktivitäten des täglichen Lebens)
AGS	Angestellte/r Gesundheit und Soziales
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AKP	Allgemeine Krankenpflege
ArGV2	revidiertes Arbeitsgesetz, 2010 in Kraft getreten
Art.	Artikel
ASPS	Association Spitex Privée Suisse
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
BBG	Berufsbildungsgesetz
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (heute: SBFI)
BESA	Bedarfs- und Abklärungssystem
BFS	Bundesamt für Statistik
BM	Berufsmaturität
BP	Berufsprüfung
BScN	Bachelor of Science in Nursing (Pflege)
BSV	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung
BWO	Bundesamt für Wohnungswesen
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
DA SODK	Diplomausweis der SODK
DN I	Diplomniveau I
DN II	Diplomniveau II
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
EFZ	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
EFTA	European Free Trade Association (Europäische Freihandelsassoziation)
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen

EU	Europäische Union
FA	Eidgenössischer Fachausweis
FaBe	Fachfrau/-mann Betreuung
FaGe	Fachfrau/-mann Gesundheit
FA SRK	Fähigkeitsausweis des SRK
FA SODK	Fähigkeitsausweis der SODK
FDP	Freisinnig-Demokratische Partei
FH	Fachhochschule
FHNW	Fachhochschule Nordwestschweiz
GDI	Gottlieb Duttweiler Institut
GSK-Berufe	Berufe in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Kunst
HHB-SRK	Helfer/in Hauswirtschaft und Betreuung SRK
HF	Höhere Fachschule
IADL	instrumental activities of daily living (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)
IG PH-SRK	Schweizerische Interessengemeinschaft Pflegehelfer/-in SRK
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IK	Individuelles Konto
KLV	Verordnung über die Krankenpflegeleistungen
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KWS	Kinder-, Wöchnerinnen- und Säuglingspflege
MiGel	Liste der Mittel und Gegenstände
MScN	Master of Science in Nursing (Pflege)
NAV	Normalarbeitsvertrag
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NGO	Non-Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdA GS	Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (Kantonalverbände)
OdASanté	Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (Dachverband)
OdA Soziales	Organisation der Arbeitswelt Soziales (Dachverband)

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PA	Pflegeassistent/in
PH-SRK	Pflegehelfer/in SRK
PKP	Praktische Krankenpflege
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PS CH	Pro Senectute Schweiz
Psy-KP	Psychiatrische Krankenpflege
RAI	Resident Assessment Instrument
RAI-HC	Resident Assessment Instrument Home Care
Reha	Rehabilitation
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung
SavoirSocial	Schweizerische Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (früher: BBT)
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SEM	Staatssekretariat für Migration
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund
SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SSG Société Suisse de Gérontologie)
SGK	Kommissionen für Soziale Sicherheit und Gesundheit
SHHP	Satellitenkonto Haushaltsproduktion
SODK	Sozialdirektorenkonferenz
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SSR	Schweizerischer Seniorenrat
SVS	Spitex Verband Schweiz
VPOD	Verband des Personals öffentlicher Dienste
WIG	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
ZAG-ZH	Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich



## Vorwort

Die Paul Schiller Stiftung will mit ihrem Engagement dazu beitragen, gemeinnützige Werke aller Art zu schaffen, zu betreiben oder zu fördern. Sie setzt sich unter anderem für eine qualitätsvolle und bezahlbare Betreuung von älteren Menschen in der Schweiz ein. Zu diesem Zweck unterstützt sie mit der vorliegenden Studie die Erarbeitung von Grundlagen sowie Qualitätskriterien und weist auf den sozialpolitischen Handlungsbedarf hin. Sie unterstützt auch die Entwicklung und Umsetzung von Good Practice Projekten ([www.paul-schiller-stiftung.ch](http://www.paul-schiller-stiftung.ch)).

Mit zunehmendem Alter erleben Menschen gesundheitliche und körperliche Einschränkungen. Sie benötigen Betreuung, Unterstützung und Pflege im Alltag. Die gesellschaftliche Herausforderung besteht heute darin, dass immer mehr Menschen älter werden, welche Betreuung benötigen. Dies erfordert gesamtschweizerische alterspolitische Weichenstellungen, die von einem ganzheitlichen Altersverständnis ausgehen und so auch die soziale Teilhabe alter Menschen an der Gesellschaft in sich einschliessen. Die vorhandenen Angebote genügen diesem Anspruch noch nicht und sind teilweise vom Abbau bedroht. Notwendig sind zivilgesellschaftliches Engagement und Innovationen für bedarfsgerechte Betreuungs-, Unterstützungs- und Pflegeangebote.

Für die Paul Schiller Stiftung ist es wesentlich, dass bei betagten und dementen Menschen nicht nur die Pflege, sondern auch die Betreuung in würdevoller Art und Weise sichergestellt werden kann. Damit dies möglich ist, braucht es entsprechende rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen. Für die soziale, agogische und pflegerische Dimension der Unterstützungs- und Betreuungsleistungen ist ein differenziertes und definiertes Qualitätsverständnis erforderlich. Die Art der Betreuung verändert sich im Fragilisierungsprozess des Alterns. Die Betreuungsarbeit muss einerseits professionell und andererseits zivilgesellschaftlich in der ambulanten und stationären Altershilfe und Pflege auf wertschätzende Weise erbracht und koordiniert werden können.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat die Paul Schiller Stiftung das Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit der FHNW in Basel beauftragt, eine Recherche zur Situation, zu den Entwicklungen und Herausforderungen der Betreuung im Alter für die Schweiz zu erarbeiten. Der Recherchebericht entstand unter der Leitung von Prof. Dr. Carlo Knöpfel, der auch den Einführungs- und Schlussteil geschrieben hat. Die weiteren Kapitel wurden von Riccardo Pardini M.A., Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung, und Dr. Claudia Heinzmann, aplica Sozialforschung, verfasst.

Die nun vorliegende Grundlagenarbeit soll auf die vielfältigen Anforderungen an Betreuung und Unterstützung im Alter aufmerksam machen und für die daraus resultierenden notwendigen Gestaltungs- und Umsetzungsstrategien

sensibilisieren. Die Paul Schiller Stiftung versteht den Bericht als Grundlage für die Fördertätigkeit der Stiftung selbst, als Impuls für den fachlichen Diskurs und als Aufforderung zur öffentlichen Diskussion rund um die Frage der guten Betreuung im Alter.

Gute Betreuung im Alter und in Würde alt werden soll in der Schweiz für alle Einwohnerinnen und Einwohner möglich sein.

Die Paul Schiller Stiftung bedankt sich bei allen Beteiligten für ihre engagierte Arbeit.

Maja Nagel Dettling, Stiftungsrätin Paul Schiller Stiftung

# Einleitung

Carlo Knöpfel

Die Betreuung und Pflege im Alter ist neben der Finanzierung der Altersvorsorge das zentrale Thema der Alterspolitik in der Schweiz. Dabei ist die Pflege seit geraumer Zeit im Fokus der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion. Die Betreuung wird hingegen oft nur mitgedacht. Im Hinblick auf den gesellschaftlichen Wandel muss das Thema der Betreuung aber verstärkt in den Mittelpunkt der alterspolitischen Debatten rücken.

In den nächsten beiden Dekaden wird vor allem die Betreuung das Altern in vielerlei Hinsicht prägen und verändern. Der demografische Wandel führt nicht nur dazu, dass mehr Menschen in ein hohes Alter kommen. Die steigende Lebenserwartung erfordert auch eine längere Betreuung. Darüber hinaus stellt der soziale Wandel den Beitrag der Familien in der Betreuung von Angehörigen in Frage. Sowohl die veränderten Familienstrukturen und das neue Rollenverständnis der Frau als auch die wachsende räumliche Distanz der Generationen erfordern eine neue Aushandlung der freiwilligen und unbezahlten Betreuungsarbeit von Familienangehörigen. Im Zuge des wirtschaftlichen Wandels hat der erhöhte Beschäftigungsgrad von Frauen die zeitlichen Ressourcen für Betreuungstätigkeiten nochmals verringert. Dadurch haben Spitex-Organisationen, Hilfswerksorganisationen, Betreuungsunternehmen und Care-Migrantinnen an Bedeutung gewonnen. Neue Akteure fügen sich in die Versorgung von pflege- und betreuungsbedürftigen Betagten ein.

Der gesellschaftliche Wandel und die steigende Bedeutung an Betreuungsaufgaben fordern die Politik heraus. Bisher nimmt sie sich dieser Thematik nur zögerlich an. Das hat mit der Komplexität des schweizerischen Versorgungssystems von Betagten, dem unscharfen Begriff der Betreuung und letztlich auch mit der (noch) geringen Auseinandersetzung mit dem Thema Betreuung zu tun.

Im Auftrag der Paul Schiller Stiftung haben wir die Initiative ergriffen, verschiedene thematische Aspekte der Betreuung zu beleuchten. Im Rahmen eines Rechercheauftrags wurde zu ausgewählten Themenbereichen eine Literaturrecherche und Dokumentenanalyse durchgeführt. Darunter fällt die Sammlung von relevanten Daten und Fakten, die Analyse gesetzlicher Grundlagen, die Beschreibung der schweizerischen Versorgungsstrukturen, Berufsbilder und Professionalisierungsentwicklungen sowie die Bedeutung der Betreuung bei verschiedenen Wohnformen.

Der durch die Auftraggeber gewünschten umfassenden Perspektive folgend wurden für den Bericht sowohl wissenschaftliche Publikationen als auch Artikel, Stellungnahmen oder Webseiten von Fachorganen sowie Veröffentlichun-

gen mit politisch-ökonomischer Stossrichtung in die Literatursuche einbezogen. Die Recherche erfolgte mit deutschen, französischen und englischen Suchbegriffen und schliesst vor allem Werke ein, die im Zeitraum zwischen 2010 bis 2016 in der Schweiz publiziert worden sind. Verschiedentlich wurden jedoch relevante ältere Berichte und Studien in die Analyse einbezogen. Die Recherchearbeiten wurden punktuell durch Experteninterviews und Gespräche mit Fachpersonen ergänzt.

Die thematische Breite unseres Berichts sowie die Vielfalt an Studien, Berichten und Stellungnahmen, die zum Thema Betreuung im Alter publiziert worden sind, bedingen notwendigerweise eine Reduktion des Datenmaterials und ein Verzicht auf eine vertiefte Darstellung oder eingehende Diskussion einzelner Aspekte. In diesem Sinne stellt die vorliegende Arbeit eine Zusammenfassung wichtiger Entwicklungslinien und zentraler Themen dar, die als Basis für weiterführende Diskussionen dienen sollen.

Der vorliegende Recherchebericht bietet einen facettenreichen Einblick in die Rolle der Betreuung im sozial- und alterspolitischen Kontext. Er gliedert sich in fünf unterschiedliche thematische Schwerpunkte. In allen Kapiteln stellt sich die Frage, welche Bedeutung der Betreuung zukommt.

*Kapitel 1* «Gesellschaftliche Organisation der Betreuung im Alter in der Schweiz» versucht den Begriff der Betreuung auf rechtlicher und politischer Ebene zu klären. Die Ergebnisse sind dabei ernüchternd. Auf keiner Ebene besteht eine einheitliche Verwendung des Begriffs. Dies hat zur Folge, dass weder in der Gesundheitsversorgung noch im Finanzierungssystem der Pflege Betreuungsaufgaben systematisch reguliert sind.

*Kapitel 2* «Who Cares? Akteure in der Pflege und Betreuung in der Schweiz» widmet sich den involvierten Akteuren. Die Schweiz verfügt über ein flächendeckendes Versorgungsnetzwerk. Dabei spielen professionelle Dienste (Spitex, Altersinstitutionen) wie auch ehrenamtliche Tätigkeiten und die familiäre Unterstützung eine wichtige Rolle. Exemplarisch werden für die ambulante, intermediäre und stationäre Versorgung relevante Akteure dargestellt. Alle Akteure besitzen Betreuungsangebote. Allerdings fallen diese sehr unterschiedlich aus. Ein gemeinsames Verständnis von Betreuung lässt sich daraus nicht ableiten.

An die beiden vorherigen Kapitel anknüpfend, beleuchtet *Kapitel 3* die Ausbildung und Arbeitssituation des Betreuungspersonals in stationären, intermediären und ambulanten Einrichtungen. Anhand der Aufgabenbereiche wird der Begriff der Betreuung in der professionellen Betreuung näher bestimmt und gezeigt, dass es zu zahlreichen Überschneidungen mit der Pflege kommt. Ausserdem wird verdeutlicht, dass die Betreuung von Betagten durch Professionalisierungs- und Spezialisierungsprozesse gekennzeichnet ist, die mit einer Fragmentierung der Betreuungsarbeiten sowie einer teilweisen Prekarisierung der Arbeitsbedingungen in der Betreuung verbunden sind.

Gesundheitsförderung und Prävention spielen im Alter eine wichtige Rolle. Individuelle Massnahmen wie regelmässige Bewegung oder gesunde Ernährung sind wichtig, aber nicht ausreichend. Der Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter sind multifaktoriell. Darunter fallen Aspekte des Wohnens, der Gestaltung des Umfelds, der Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe und der technischen Hilfsmittel. *Kapitel 4* «Lebensgestaltung im Alter» geht auf diese unterschiedlichen Faktoren ein. Deutlich wird, dass Betreuung in einem spezifischen sozial- und alterspolitischen Kontext eingebettet ist und nicht isoliert vom gesellschaftlichen Umfeld betrachtet werden darf.

Die vielfältigen Ergebnisse der ersten vier Kapitel verdeutlichen die wichtige Rolle der Betreuung im Prozess des Älterwerdens. *Kapitel 5* «Gute Betreuung – eine Bestandsaufnahme für die Schweiz» unterstreicht die Tragweite der Betreuung im Alter anhand fünf alterspolitischer Forderungen für die Schweiz. Anhand eines Phasenmodells wird noch einmal die Komplexität der Betreuung aufgezeigt. Das Modell erlaubt nicht nur einen differenzierten Blick auf die vielfältigen Aspekte und Formen von Betreuung im Fragilisierungsprozess. Es bietet ebenfalls Anknüpfungspunkte, um das Verständnis von guter Betreuung im Alter zu schärfen und daraus Handlungsfelder und sozialpolitische Anliegen zu formulieren, die für die Paul Schiller Stiftung eine Orientierung für ihr Engagement darstellen können.

Wir danken allen Interviewten und Organisationen für ihre Bereitschaft, sich mit uns auszutauschen. Ebenso danken wir Johanna Leitner, Institut für Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung, für ihre redaktionelle Mitarbeit.

### **Die gesellschaftliche Rahmung der «Betreuung im Alter»**

Wer in der Schweiz über gute Betreuung im Alter nachdenkt, darf nicht im Hier und Jetzt verharren. Die aktuelle Situation verschleiert, was auf die Gesellschaft in den nächsten Jahren zukommen wird. Vor allem eine Konstante ist in der aktuellen Diskussion mit einem Fragezeichen zu versehen. Heute leisten noch immer Familienangehörige, in den allermeisten Fällen Lebenspartnerinnen, Töchter und Enkelkinder, den grössten Teil der Betreuungsarbeit, und dies wie selbstverständlich auch noch unbezahlt. Das gilt ohne weitere Einschränkung, wenn ältere Menschen daheim Hilfe brauchen, setzt sich aber in Wohnsituationen mit Serviceleistungen fort und findet sich da und dort in stationären Einrichtungen, wo ebenfalls auf die Unterstützung in der Alltagsgestaltung auf Familienangehörige gesetzt wird. Dieser Anspruch an Familienangehörige, der sich implizit oder explizit auch in vielen alterspolitischen Planungspapieren wiederfindet, muss mit Blick auf den gesellschaftlichen Wandel überprüft werden.

Wir denken hier über mögliche Entwicklungen in den nächsten zehn, zwanzig Jahren nach und gehen davon aus, dass sich in unserer Gesellschaft trotz allem Wandel gewisse wirtschaftliche und soziale Strukturen halten werden. Aus-

gangspunkt ist die lapidare Feststellung, dass die Schweiz eine Arbeitsgesellschaft ist. Diese demokratisch gefasste Arbeitsgesellschaft konstituiert sich im Wesentlichen entlang dem Prinzip der «flexicurity»<sup>1</sup>, einem komplexen Zusammenwirken von liberalem Wirtschaften, familiärer Solidarität und sozialstaatlichem Schutz (Knöpfel, 2011). An dieser Form der hiesigen Arbeitsgesellschaft wird sich so rasch nichts ändern. Zu rechnen ist höchstens mit einer gewissen Gewichtsverschiebung zwischen diesen drei Polen als Folge des gesellschaftlichen Wandels.

Bevor demnach mit der eigentlichen Rechercharbeit begonnen wird, soll hier nun die «Rahmung» des Themas «Betreuung im Alter» vor dem Hintergrund der schweizerischen Arbeitsgesellschaft und der ihr eigenen Ausrichtung am «flexicurity»-Prinzip zur Geltung gebracht werden. Vier Facetten des gesellschaftlichen Wandels werden dargestellt und in ihrer Bedeutung für die Betreuung älterer Menschen diskutiert: der demografische, soziale, wirtschaftliche und politische Wandel. Damit kann natürlich nicht die ganze Komplexität der gesellschaftlichen Entwicklung erfasst werden. Die zentralen Treiber der kommenden Veränderungen in der Betreuung von älteren Menschen finden sich aber, soweit dies absehbar ist, in diesen vier Facetten.

## Der demografische Wandel

Der demografische Wandel ist in der Schweiz von zwei dominanten Entwicklungen geprägt. Zum einen wird die Bevölkerung im Gegensatz zu manchen anderen Ländern weiter wachsen, zum anderen ist diese Zunahme der Menschen in der Schweiz von deutlichen Verschiebungen zwischen den Altersgruppen geprägt.

Das Bundesamt für Statistik arbeitet mit drei Szenarien, um die Bevölkerungsentwicklung in den nächsten 30 Jahren abschätzen zu können. Im Referenzszenario wird die Einwohnerzahl zwischen 2015 und 2045 um 1.8 Millionen zunehmen. Orientiert man sich am hohem Szenario, so wächst die Bevölkerung in der Schweiz um 2.7 Millionen, und selbst im sogenannten tiefen Szenario wird das Land im gleichen Zeitraum noch immer eine Zunahme um rund eine Million Menschen zu verzeichnen haben (Bundesamt für Statistik, 2015a).

Im Referenzszenario wird sich die Zahl der Personen, die 65 Jahre und älter sind, deutlich erhöhen. Betrug die Zahl der Rentnerinnen und Rentner 2015 noch rund 1.5 Millionen, so wird sie nach den Schätzungen des Bundesamtes für Statistik (2015c) 2045 auf 2.7 Millionen ansteigen. Noch markanter fällt die Entwicklung bei den Hochbetagten aus: Allein die Zahl der Menschen aus der Gruppe der 80plus wird sich mehr als verdoppeln. Markant geringer sind die Zunahmen bei den anderen Altersgruppen, insbesondere bei den jungen Erwachsenen zwischen 20 und 39 Jahren (ebd.). Damit wird einmal mehr deutlich, dass die sogenannte Alterung in der Schweiz ein vorübergehendes Phänomen ist, das

---

1 «Flexicurity» ist ein Kunstwort, das sich aus «flexibility» und «security» zusammensetzt. Gemeint ist das Zusammenspiel von flexiblen Arbeitsverhältnissen in einer wenig regulierten Wirtschaft und wie auch immer hergestellter sozialer Sicherheit.

oft mit dem Stichwort der Babyboomer-Generation in Verbindung gebracht wird. Diese Generation der zwischen 1955 und 1964 geborenen Menschen in der Schweiz wird in den kommenden Jahren das Rentenalter erreichen und später zur wachsenden Zahl der hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen gehören.

Oft wird im Zusammenhang mit dieser Bevölkerungsentwicklung von einer doppelten Alterung gesprochen (Höpfinger, 2011). Gemeint ist damit, dass eine wachsende Zahl von Menschen immer älter wird. In jüngster Zeit sind einige Zweifel an diesem Bild manifest geworden. Die Zahl der Hochbetagten nimmt zwar zweifelsohne weiter zu, doch erste Anzeichen lassen die Vermutung aufkommen, dass der Anstieg der Lebenserwartung sich nicht mehr wie in der Vergangenheit einfach fortsetzt. Zumindest weisen die aktuellen Daten für die Lebenserwartung der Neurentnerinnen und Neurentner auf eine Stagnation hin (Bundesamt für Statistik, 2016j).

In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder die Frage aufgeworfen, ob die gewonnenen Lebensjahre auch zusätzliche Lebensjahre bei guter Gesundheit sind, oder ob der Anstieg der Lebenserwartung der vergangenen Jahre «nur» in einer Verlängerung der Phase der Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommt. Verschiedene Studien lassen unterschiedliche Schlüsse zu, wie ein Überblick von Greiter (2013) zeigt: Zum einen finden sich Hinweise, dass es in den letzten Jahren sogar zu einer Verkürzung der Zeit, in der ältere Menschen auf Pflege von Dritten angewiesen sind, gekommen ist. In Fachkreisen spricht man von der Kompressionshypothese. Andere Daten zu den Ausgaben für die Gesundheit scheinen aber eher darauf hinzuweisen, dass mit steigender Lebenserwartung auch mehr medizinische Leistungen beansprucht werden (müsse). Für unsere Fragestellung ist vor allem bedeutsam, dass die Phase der Fragilisierung im Übergang vom «dritten» zum «vierten» Alter (Gasser et al., 2014) länger wird. Die zunehmende Gebrechlichkeit geht mit einer wachsenden Hilfsbedürftigkeit einher. Sie führt aber nicht «automatisch» zu einem Wechsel in ein Pflegeheim. Die aktuellen Zahlen zeigen nicht nur, dass das durchschnittliche Eintrittsalter weiter steigt, während die durchschnittliche Aufenthaltsdauer kürzer wird, sondern sie illustrieren auch, dass der Anteil der hochbetagten Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben, erstaunlich hoch ist (Bundesamt für Statistik, 2016a). So finden sich gerade mal 12 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen in der Alterskohorte der 85- bis 89-Jährigen in stationären Einrichtungen.

Die Zahlen über die Anteile der Personen in Pflegeheimen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in allen Alterskategorien zeigen ein geschlechtsspezifisches Muster: Männer sind deutlich weniger häufig in Pflegeheimen anzutreffen als Frauen. Hier offenbart sich ein traditionelles Beziehungsbild: Männer sind in herkömmlichen Beziehungen in der Regel älter und haben eine niedrigere Lebenserwartung. Dies führt dazu, dass sie häufiger von ihrer Lebenspartnerin daheim betreut und gepflegt wird, als es umgekehrt der Fall ist. Diese Konstellation kennt allerdings ihre Grenzen. Die angestiegene Lebenserwartung bedeutet eben auch, dass die Gebrechlichkeit soweit fortgeschritten sein kann, dass die gegenseitige Hilfe und Betreuung bei älteren Paaren nur noch bedingt möglich

ist. Ohne Unterstützung von Dritten kann dann der Alltag nicht mehr bewältigt werden. Dieser Umstand kann auch bedeuten, dass ältere Menschen in Pflegeheimen leben, nicht weil sie in besonderem Ausmass pflegebedürftig sind, sondern weil sie aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen keine Möglichkeit mehr sehen, daheim zu bleiben.

### **Exkurs: Existenzsicherung im Alter**

Die Altersvorsorge absorbiert in der Schweiz die meisten Mittel bei den Sozialausgaben auf Bundesebene. Trotzdem sind die Einkommen der Rentnerhaushalte sehr unterschiedlich hoch, und die Verteilung ungleicher als bei den Erwerbshaushalten (Bundesamt für Statistik, 2016i). Vergleicht man beispielsweise die materielle Lage der 20 Prozent einkommensstärksten mit den 20 Prozent einkommenschwächsten Rentnerpaarhaushalten, so kommt man auf ein Verhältnis bei den Bruttoeinkommen von 4 zu 1, bei den Paarhaushalten im erwerbsfähigen Alter beträgt die Relation 3.8 zu 1.

Noch immer gibt es zudem zahlreiche Rentnerhaushalte, bei denen die AHV die wichtigste Einkommensquelle darstellt. Zehn Prozent der Neurentnerhaushalte müssen ausserdem Ergänzungsleistungen beanspruchen. Dieser Anteil weist eine steigende Tendenz auf, die sich fortsetzen wird, wenn in den nächsten Jahren auch die *working poor* aus der Sozialhilfe in Pension gehen (Berner Fachhochschule, 2016a). Am anderen Ende der Einkommensverteilung finden sich Rentnerhaushalte, bei denen die Erträge aus der fortgeführten Erwerbsarbeit und aus Vermögen und Vermietung praktisch gleich hoch sind wie aus den beiden obligatorischen Säulen der Altersvorsorge (Bundesamt für Statistik, 2016i).

Für unsere Thematik ist diese materielle Ungleichheit im Alter, die durch die Verteilung der Vermögen weiter akzentuiert wird, von grosser Bedeutung. Sie zeigt den unterschiedlich grossen finanziellen Spielraum der Rentnerhaushalte für die Bezahlung von Betreuungsdienstleistungen deutlich auf.

### **Der soziale Wandel**

Der soziale Wandel beschreibt wesentlich den Wandel der familiären Lebensformen. Zu dieser Facette des gesellschaftlichen Wandels gehören aber auch der Wertewandel und die Veränderungen im Selbstverständnis der Menschen. Hierbei interessieren weniger altersbedingte Veränderungen denn Kohorteneffekte.

Zunächst aber soll der Wandel der Familie beschrieben werden. Über einen längeren Beobachtungszeitraum zeigen sich zwei Entwicklungen (Bundesamt für Statistik, 2017a): Die Familien werden kleiner und grösser zugleich. Diese paradoxe Beschreibung lässt sich auflösen: Die Kinderzahl in den Familien nimmt deutlich ab. Dies zeigt sich vor allem in einem sinkenden Anteil von kinderreichen Familien. Vier von fünf Familien haben heute ein oder zwei Kinder.

Gleichzeitig steigt der Anteil von Patchwork-Familien, in denen mindestens ein Elternteil schon einmal verheiratet war. Diese Patchwork-Familien führen in gewisser Weise Kinder aus zwei Ursprungsfamilien zusammen und werden oft mit eigenen Kindern weiter begründet und gefestigt. Diese familiäre Lebensform weist folglich auch grössere Kinderzahlen auf. Was dies für die Frage der Betreuung und Pflege von Familienangehörigen bedeutet, muss offenbleiben. Wie weit sich die Bereitschaft, zu helfen durch die Stiefverhältnisse relativiert, ist bis heute – soweit bekannt – nicht untersucht worden. Man darf vermuten, dass nicht von gleichen Verpflichtungsnormen ausgegangen werden kann, die handlungsstiftend wirken.

Der Trend zu einer abnehmenden Kinderzahl hat sich seit der Jahrtausendwende umgekehrt. Seither steigt die durchschnittliche Fertilitätsrate bei Schweizer Frauen wieder leicht an. Sie liegt aber deutlich unter jener der ausländischen Frauen und weit weg vom Wert, der den Generationenerhalt markiert (Bundesamt für Statistik, 2016d).

Diese Entwicklung geht mit einem weiter ansteigenden Durchschnittsalter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes einher. Inzwischen liegt dieses bei Schweizer Frauen bei 32 Jahren (Bundesamt für Statistik, o.J.). Dies führt zu einer biografischen Phasenverschiebung, die für unsere Thematik von Bedeutung ist. Wenn diese Mütter hilfsbedürftig werden, also mehrheitlich um das Alter von 85 Jahren herum, sind ihre Kinder erst Mitte Fünfzig und noch voll im Erwerbsleben integriert. Zugleich haben sie aber oft auch noch selber elterliche Pflichten gegenüber den eigenen Kindern wahrzunehmen. Ähnliches lässt sich immer häufiger auch für die späten Väter beobachten. Allein dieser Sachverhalt markiert eine der Herausforderungen der kommenden Jahre: Die Vereinbarkeit von Beruf, Karriere, Familie und Pflege der Angehörigen für Männer und Frauen.

Diese Angaben dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Zahl der kinderlos bleibenden Frauen tendenziell steigt. Die statistischen Informationen zur Kinderlosigkeit sind in der Schweiz rudimentärer Natur. Immerhin ist bekannt, dass bereits ein Fünftel der Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren ohne Kinder geblieben ist. Dies ist deutlich mehr als bei Frauen im Rentenalter und bei hochbetagten Frauen. Es zeichnet sich also ab, dass die Zahl der Rentnerhaushalte ohne eigenen Nachwuchs in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird (Bundesamt für Statistik, 2015a).

Bemerkenswert ist, dass der Bildungsabschluss offenbar einen grossen Einfluss auf die Kinderlosigkeit ausübt. Drei von zehn Frauen mit einem Tertiärabschluss bleiben ohne eigene Kinder. Deutlich geringer ist die Kinderlosigkeit bei Frauen mit tieferen Bildungsabschlüssen. Mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II sind 17 Prozent der Frauen zwischen 50 und 59 kinderlos, bei Frauen ohne nach-obligatorische Ausbildung beträgt dieser Anteil nur noch 13 Prozent. Dieser Zusammenhang ist darum so bedeutsam, weil der Anteil der Frauen mit einem Tertiärabschluss in den letzten Jahren deutlich angestiegen ist und auch weiter zunehmen wird (Bundesamt für Statistik, 2015a).

Die Problematik der Betreuung durch die Angehörigen gewinnt weiter an Brisanz, wenn auch noch berücksichtigt wird, dass die räumliche Distanz zwischen den Generationen grösser wird (Bundesamt für Gesundheit, 2017, S. 6). Grosseltern, Eltern und Kinder wohnen je länger, je weniger am gleichen Ort. Dies macht die gegenseitige Unterstützung, Hilfe und Betreuung noch aufwändiger.

Bleibt ein letzter Punkt, den es anzumerken gilt. Wollen die älteren Menschen von morgen, also die Babyboomer, überhaupt von ihren Familienangehörigen betreut und gepflegt werden? In Partnerschaften mag dies noch akzeptiert werden, aber die starke Individualisierung, welche diese Alterskohorte in ihrer Biografie erlebt hat, lässt die Vermutung aufkommen, dass mehr auf sozialstaatliche Leistungen denn auf familiäre Hilfe gesetzt wird (Beck, 1986). Diese Generationen haben die «Befreiung» aus den sozialen Milieus erlebt, konnten sich aus der sozialen Kontrolle lösen und in breiten Schichten ein selbstbestimmtes Leben geniessen. Autonomie und der Wunsch nach Unabhängigkeit bestimmen das Wesen der Babyboomer. Es würde darum nicht überraschen, dass sich hier neue politische Mehrheiten für ein Postulat finden lassen, wonach Betreuung als *service public* zu verstehen ist. Wie dieses Anliegen institutionell umgesetzt wird, muss an dieser Stelle offen bleiben.

## **Der wirtschaftliche Wandel**

Der wirtschaftliche Wandel als eine weitere Facette der gesellschaftlichen Entwicklung interessiert mit Blick auf die Betreuung im Alter vor allem in seiner Dynamik auf dem Arbeitsmarkt. Insbesondere gilt es, die Partizipation der Frauen auf dem Arbeitsmarkt genauer zu analysieren, weil sie es sind, die im Wesentlichen die unbezahlte Betreuung als Familienangehörige gewährleisten.

Die Partizipation auf dem Arbeitsmarkt kann unter verschiedenen Blickwinkeln analysiert werden. Hier werden wir die Erwerbsbeteiligung und den Beschäftigungsgrad der erwerbstätigen Frauen genauer betrachten. Als dritten Aspekt werden wir zudem das Verhalten der Frauen auf dem Arbeitsmarkt nach den verschiedenen Erhöhungen des Rentenalters beleuchten.

Die Dynamik bei der Erwerbsbeteiligung der Frauen kommt selbst unter einem eher kürzeren Zeithorizont noch immer deutlich zum Ausdruck. So steigt die Erwerbsquote der Frauen im Alter zwischen 15 und 64 zwischen den Jahren 2000 und 2015 von 71.6 auf 79.8 Prozent. 4 von 5 Frauen im erwerbsfähigen Alter gehen also einer Lohnarbeit nach. Von besonderem Interesse ist dabei das Erwerbsverhalten der Frauen zwischen 40 und 54 beziehungsweise 55 und 64. Bei beiden Alterskohorten ist über die Zeit eine steigende Erwerbsquote zu verzeichnen. Diese nimmt bei den Frauen zwischen 40 und 54 Jahren von 77.3 für das Jahr 2000 auf 86.0 für das Jahr 2015 zu, und bei den Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren steigt sie im gleichen Zeitraum von 51.3 auf 69.1 Prozent an. Selbst bei den Frauen im Rentenalter ist noch eine sich verstärkende Arbeitsmarktpartizipation zu verzeichnen. Inzwischen sind über 8 Prozent der Frauen über das Pensio-

nierungsalter hinaus in einer bezahlten Anstellung tätig. Allein diese Entwicklung deutet ein sinkendes Zeitbudget für andere Aktivitäten und insbesondere auch für die Hilfe und Betreuung von Familienangehörigen an (Bundesamt für Statistik, 2016g).

Die Erwerbsbeteiligung ist das eine Faktum der Präsenz der Frauen auf dem Arbeitsmarkt, der tatsächliche Beschäftigungsgrad das andere. Dieser zeigt noch deutlicher als die Erwerbsquote, wie es um die Verteilung der Zeitbudgets der Frauen zwischen Erwerbsarbeit und anderen Engagements bestellt ist. In den Statistiken zum Beschäftigungsgrad ist dabei eine gegenläufige Tendenz erkennbar: die Zahlen der vollzeitlich erwerbstätigen und der zwischen 50 und 90 Prozent teilzeitlich arbeitenden Frauen nimmt zu. Dabei verschieben sich die Gewichte zwischen diesen beiden Gruppen. Die wachsende Erwerbsbeteiligung führt zu einer prozentualen Abnahme der Vollzeitbeschäftigung der Frauen in der Schweiz. Von besonderer Bedeutung für unsere Thematik ist dabei wieder die arbeitsmarktbezogene Partizipation der Frauen zwischen 40 und 54 beziehungsweise 55 und 64 (Bundesamt für Statistik, 2016g).

Frauen, die nach der Familienphase (wieder) in den Arbeitsmarkt kommen, übernehmen inzwischen häufiger Stellen mit einem Beschäftigungsgrad zwischen 50 und 90 Prozent als eine Stelle mit weniger als 50 Prozent. Die Vollzeitbeschäftigung sinkt darum anteilmässig zwischen 2000 und 2015 bei den Frauen der Altersgruppe 40–54 von 68.8 auf 62.6, jene der Altersgruppe 55–64 von 66.4 auf 58.2 Prozent. Umgekehrt steigt der Anteil der Frauen, die einen Beschäftigungsgrad zwischen 50 und 90 Prozent aufweisen, in der Altersgruppe der 40 bis 54-Jährigen von 17.7 auf 24.5 und in der Altersgruppe der 55 bis 64-Jährigen von 14.9 auf 26.1 Prozent (Bundesamt für Statistik, 2016c).

Die Zahlen zeigen also, dass die Frauen heute nicht nur häufiger arbeiten, sondern auch immer öfter einen hohen Beschäftigungsgrad ausweisen. Das allein signalisiert schon ein enger werdendes Zeitbudget für Tätigkeiten und Verpflichtungen jenseits der Erwerbsarbeit. Dazu kommt nun noch ein weiterer Punkt: Frauen arbeiten ebenso häufig wie Männer bis zum Erreichen des Rentenalters (Bundesamt für Statistik, 2016e). In der Schweiz liegt das gesetzlich festgelegte Rentenalter für Männer seit der Einführung der AHV 1948 bei 65 Jahren. Das Rentenalter der Frauen hat hingegen eine bewegte Geschichte. Zunächst lag dieses ebenfalls bei 65 Jahren, wurde dann aber 1957 auf 63 und 1964 auf 62 Jahre gesenkt. Um die Jahrtausendwende drehte der Kurs. 2001 wurde das Rentenalter der Frauen wieder auf 63 und 2005 auf 64 Jahre angehoben. Im Raum steht nun eine erneute Gleichstellung beider Geschlechter.

Blickt man nun auf die Entwicklung des faktischen Rentenalters, so wird ein hohes Mass an Arbeitsdisziplin sichtbar. Die Befragung von Rentnerinnen und Rentnern zeigt, dass die Lücke zwischen faktischem und gesetzlichem Pensionierungsalter in der Schweiz gering ist und das Land damit im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz einnimmt (Bundesamt für Statistik, 2016e). Bei den Männern beträgt die Differenz rund eineinhalb Jahre, bei den Frauen unter Berücksichtigung der Anpassungen des Rentenalters heute sogar weniger als ein

Jahr. Frühpensionierungen sind zwar in aller Munde, doch die meisten älteren Erwerbstätigen möchten davon absehen und keine Rentenkürzungen in Kauf nehmen. Nur Gutverdienende können sich solche Kürzungen auch wirklich leisten.

Die Gründe für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess sind vielfältig, zeigen aber deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. 29 Prozent der frühpensionierten Männer geben an, dass dies aus betrieblichen Gründen geschah, 18 führen gesundheitliche und rund 30 Prozent persönliche Gründe an. Bei den Frauen verlassen 17 Prozent aus betrieblichen, 26 Prozent aus gesundheitlichen und 36 Prozent aus persönlichen Gründen frühzeitig den Arbeitsmarkt. Deutliche Unterschiede ergeben sich auch, wenn das Bildungsniveau berücksichtigt wird. Menschen mit einer niedrigen Berufsausbildung hören am häufigsten aus gesundheitlichen Gründen auf zu arbeiten, jene mit einem hohen Bildungsniveau geben hingegen am meisten persönliche Gründe an (Bundesamt für Statistik, 2016e).

Wegen diesen Veränderungen in der Arbeitsmarktpartizipation strebt der Bundesrat eine weitere Intensivierung des beruflichen Engagements der Frauen an. 2011 lancierte Bundesrat Schneider-Ammann die sogenannte Fachkräfte-Initiative (Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement, 2011). Zu diesem Zeitpunkt stand sie ganz im Kontext der demografischen Entwicklung. Der sinkenden Erwerbsbevölkerung und dem damit einhergehenden Mangel an qualifizierten Arbeitskräften wollte man mit Massnahmen begegnen, die dazu beitragen sollten, das einheimische Arbeitskräftepotential besser auszuschöpfen. Zu diesen Massnahmen gehörte die bessere berufliche Qualifizierung der jungen Erwachsenen, die Förderung der Berufstätigkeit bis zum Rentenalter und bessere Rahmenbedingungen für familiär engagierte Frauen, damit diese ihren Beschäftigungsgrad weiter ausdehnen. Dafür waren nicht nur der weitere Ausbau der Kindertagesstätten vorgesehen, sondern auch steuerliche Verbesserungen für Familien, damit sich ein Mehr an Erwerbsarbeit überhaupt rechnet. Diese Entwicklungen wirken sich schon heute auf die Zeitbudgets der berufstätigen Frauen aus.

Auswertungen des Schweizerischen Haushaltspanels zeigen zum Beispiel, dass die Nachfrage nach Hilfe von aussen von Haushalten, in denen Frauen einen Tertiärabschluss ausweisen können, rund vier Mal grösser ist als von Haushalten, in den Frauen leben, die «nur» eine obligatorische Ausbildung vorweisen (Knöpfel et al., 2015). Einen ähnlichen Zusammenhang findet sich auch, wenn man die Haushalte nach Einkommensquintilen ordnet. Auch hier zeigt sich bei wachsendem Haushaltseinkommen eine steigende Nachfrage nach Hilfe von aussen.

Schon jetzt ist es also so, dass ein Teil der familiären Aufgaben durch die Beschäftigung von Angestellten in den privaten Haushalten übernommen wird. Dieser Trend wird sich weiter verstärken, wenn gewisse Hemmungen, die in Mittelschichtshaushalten anzutreffen sind, über kurz oder lang wegfallen (ZEITONLINE, 2016).

Die hier dargestellte Nachfrage nach Hilfe von Dritten signalisiert, dass Familienhaushalte, die es sich leisten können, Entlastung suchen. Frauen sind nicht mehr bereit, die Mehrfachbelastung durch die Hausarbeit, die Betreuung der Kinder und der älteren Angehörigen sowie die (flexibilisierte) Erwerbsarbeit

einfach so hinzunehmen. Zugleich ist es auch immer noch so, dass die wenigsten Familienmänner hier in spürbarem Ausmass Hand bieten. Dies gilt insbesondere auch bei der Betreuung und Pflege von Familienangehörigen. In der Befragung des Bundesamtes für Statistik im Rahmen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung SAKE geben Frauen an, dass sie im Durchschnitt 11.4 Stunden pro Woche für diese Tätigkeiten aufwenden, Männer hingegen nur 4.5 Stunden (Bundesamt für Statistik, 2017b).

Die Daten aus dem Haushaltspanel zeigen aber auch, dass die soziale Ungleichheit auch bei der Mehrfachbelastung der Frauen nicht Halt macht. Hilfe von aussen und die Betreuung durch Dritte muss man sich leisten können (Knöpfel et al., 2015).

Die Sozialpolitik ist sich den Folgen des hier beschriebenen wirtschaftlichen Wandels für das Erwerbsverhalten der Frauen bewusst und diskutiert schon länger, wie pflegende Familienangehörige entlastet werden können (Bundesrat 2014). Inzwischen hat das Bundesamt für Gesundheit sogar ein Förderprogramm ausgeschrieben, das sich diesem Thema forschend und dokumentierend annehmen will (Bundesamt für Gesundheit, 2017). Das ist grundsätzlich zu begrüßen. Zugleich verdeutlicht die Ausrichtung des Programms aber auch, dass nach wie vor und gegen alle Evidenz am traditionellen Ansatz festgehalten wird. Für die Betreuung älterer Menschen bleibt die Familie ungeachtet aller Veränderungen die primäre Quelle der (unbezahlten) Betreuungs- und Pflegearbeit.

## **Der politische Wandel**

Der politische Wandel ist in der Schweiz durch den fulminanten Aufstieg der Schweizerischen Volkspartei seit den 90er Jahren geprägt. Inzwischen ist diese Partei die wählerstärkste Fraktion im Nationalrat.

Ähnliche Entwicklungen konnten in vielen Kantonen und Gemeinden beobachtet werden. Dieser Aufstieg steht für einen Stimmungs- und vor allem Wertewandel, der für die Sozialpolitik und damit auch für die Alterspolitik gravierende Folgen hat.

Entgegen der landläufigen Ansicht, dass Wirtschaft und Politik vom neoliberalen Gedankengut geprägt sind, betonen wir hier, dass sich zumindest in den letzten Jahren in der Sozialpolitik eine neokonservative Sichtweise durchgesetzt hat. Sie lässt sich mit einem Satz zusammenfassen: Steuerpolitik ist Sozialpolitik. Die neokonservative Steuerpolitik, besonders gut sichtbar auf kantonaler und kommunaler Ebene, will nicht nur die fiskalischen Belastungen für Unternehmen und gut verdienende Privathaushalte senken, sie will zugleich, wie der gute Hausvater, nicht mehr ausgeben, als eingenommen wird. Kommen in der Folge dieses Steuerwettbewerbs die Budgets der öffentlichen Hand in Schieflage, gilt es zu sparen. Angesichts vieler gebundener Ausgabenposten kommen in grösserem Stile nur noch die Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens sowie der Bildung in Frage.

Das hat auch Folgen für unsere Thematik. Das Motto «ambulant vor stationär» erhält damit nämlich eine neue Bedeutung. Was bisher eher unter dem Aspekt der Autonomie und freien Entscheidung der älteren Menschen diskutiert wurde, könnte sich allmählich zu einer Pflicht umkehren, daheim zu bleiben. Ältere Menschen sollen nun so lange wie möglich zu Hause bleiben, selbst bei steigendem Pflegebedarf.

Was bedeutet nun der hier in einer kurzen Skizze beschriebene gesellschaftliche Wandel für die Betreuung im Alter? Wie fallen die Antworten aus, wenn wir die soziale Ungleichheit im Alter mitberücksichtigen? Lassen wir die verschiedenen Aspekte nochmals Revue passieren, so wird erkennbar, dass zahlreiche Argumente gefunden werden konnten, die gegen eine einfache Fortschreibung des Status quo sprechen. Die Zahl der hochbetagten Menschen in der Schweiz wird in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Zugleich nehmen die zeitlichen Ressourcen der Familien ab: sie werden kleiner, die Angehörigen leben auf grössere Distanz, die Frauen bleiben vermehrt kinderlos. Die Partizipation der Frauen auf dem Arbeitsmarkt wird intensiver. Sie sind häufiger erwerbstätig bei steigendem Beschäftigungsgrad. Wir tun also gut daran, nicht mehr stillschweigend davon auszugehen, dass die Familienfrauen auch in Zukunft im gleichen Ausmass wie heute ihrer Betreuungstätigkeit gegenüber den betagten Angehörigen gerecht werden können (und wollen). Alternativen werden gefragt sein. Ob diese in einem Ausbau des Angebots, der Anrechte oder der Anfragen zu finden sind, wird noch zu klären sein. Der Ausbau des Angebots, vor allem durch private Anbieter von Betreuungsdienstleistungen für hilfsbedürftige ältere Menschen ist in vollem Gange. Die Anfragen an Hilfsorganisationen nehmen stetig zu. Die Diskussion über ein Anrecht auf Betreuung im Alter kommt allmählich in Gang.

In diesem Rahmen sind die nun folgenden vier Kapitel des Rechercheberichts zu lesen. Im fünften Kapitel werden wir den argumentativen Faden dieser Einleitung wieder aufnehmen.

# Kapitel 1

## Gesellschaftliche Organisation der Betreuung im Alter in der Schweiz

Riccardo Pardini

Mit der steigenden Lebenserwartung wird die Bevölkerung in der Schweiz immer älter. Diese demografische Entwicklung hat für die Gesundheitsversorgung Konsequenzen, sobald gesundheitliche Einschränkungen und eine vermehrte Unterstützungsbedürftigkeit in der vierten Lebensphase eintreten. Der Bericht des Bundesrates vom 25. Mai 2016 formuliert die bevorstehenden Herausforderungen der zukünftigen Gesundheitsversorgung und rückt unter anderem das Thema der Pflegebedürftigkeit alter Menschen ins Zentrum der Debatte (vgl. Bericht des Bundesrates, 2016). Was in der Diskussion allerdings nur am Rande auftaucht ist die Bedeutung der Betreuung im Alter. Denn im Zusammenhang mit der steigenden Lebenserwartung tritt nicht nur die Pflege hochaltriger Menschen stärker in den Vordergrund. Auch die Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen im Übergang von der aktiven, dritten in die vierte, fragile Lebensphase sind klärungsbedürftig. Die Betroffenen können mit Beeinträchtigungen konfrontiert sein, welche (vorerst) keine pflegerische Unterstützung erfordern. Gegenwärtig geraten solche Unterstützungsformen in den Hintergrund, weil der Aspekt der Pflege in der gesundheits- und alterspolitischen Auseinandersetzung überwiegt und die Pflegebedürftigkeit das Modell der Gesundheitsversorgung im Alter definiert.

Betreuerische Einrichtungen für Betagte sind im Gegensatz zu den pflegerischen Einrichtungen in der Schweiz weder sozialrechtlich noch sozialpolitisch bestimmt. Was in der Praxis unter Betreuung fällt, erfolgt in Abgrenzung zur Pflege und dient dadurch als «Sammelbecken» für heterogene, nicht-pflegerische Leistungen. Teilweise wird Betreuung unter dem Begriff der Altershilfe subsumiert. Die Definitionslosigkeit der Betreuung ist in Bezug auf die Versorgung von älteren Menschen in der Schweiz eine der wichtigsten Erkenntnisse. Um zu verstehen wie sich die Betreuung in die Gesundheitsversorgung der Schweiz einfügt, muss der Zusammenhang zwischen Pflege und Betreuung geklärt werden. In beiden Fällen haben wir es mit Unterstützungsformen zu tun, welche dem Menschen eine möglichst hohe Autonomie in ihrem Alltagsleben ermöglichen sollen.

In der Schweiz ist die Förderung von Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung von kranken, behinderten und sterbenden Menschen Aufgabe der Pflege (Bericht des Bundesrates, 2005, S. 2039). Thematisieren wir Alter, Gesundheit und Versorgung gemeinsam, so handelt es sich im sozialpolitischen Kontext um die Organisation der Alterspflege. Durch die föderale Struktur der Schweiz regeln unterschiedliche Ebenen die Alterspflege. Auf die Komplexität der Organisation nimmt Kapitel 1.1 Bezug. Anhand der rechtlichen Grundlagen und der Neuordnung der Pflegefinanzierung werden die relevanten

Aspekte des Schweizer Pflegemodells zusammengestellt. Inwiefern sich das Pflegemodell der Schweiz von anderen Modellen unterscheidet, wird in Kapitel 1.2 erläutert. Im Hauptteil soll die sozialpolitische Rahmung der Pflege und Betreuung für Betagte systematisch beleuchtet werden (1.3). Dabei wird auf die konzeptionelle Trennung zwischen Altershilfe und Alterspflege eingegangen. Altershilfe und Alterspflege sind zwei verschiedene Leistungsarten, welche beide stark von der Pflege hergedacht werden. Das Kapitel 1.4 führt den Begriff der Betreuung ein. Es wird deutlich, dass das Verständnis von Betreuung der Definition von Altershilfe sehr ähnlich ist. Altershilfe sowohl als auch Altersbetreuung bezeichnen im Grunde *nicht-pflegerische* Unterstützungsleistungen. Welche Bedeutung nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen für ältere Menschen in der Schweiz haben, wird in Kapitel 1.5 thematisiert. Das Kapitel 1.6 fasst die Ergebnisse zum Thema Betreuung im Alter aus der Sicht der Sozialpolitik zusammen.

## **1.1 Das Pflegesystem der Schweiz im Überblick**

Die Schweiz verfügt über kein umfassendes und eigenständiges Pflegeversicherungsgesetz, welches die Pflege und Betreuung im Alter gesamtschweizerisch regelt. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten für diesen Bereich sind in der Schweiz föderalistisch auf die verschiedenen Ebenen von Bund, Kantonen und Gemeinden aufgeteilt.

Die Kantone verfügen generell über weitgehende Kompetenzen in der Pflege und Betreuung vor Ort sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Der Bund dagegen erfüllt diejenigen Aufgaben, welche ihm durch die Bundesverfassung zugewiesen werden: Dies betrifft beispielsweise die obligatorische Krankenversicherung sowie die Regelung der Ergänzungsleistungen. Die Zuständigkeitsbereiche von Bund und Kantonen sind allerdings stark miteinander verflochten.

Daraus folgt, dass die Ausgestaltung der Pflege und Betreuung im Alter kantonal – und teilweise sogar regional – unterschiedlich ausfällt. Auf staatlicher Ebene ist man sich dieser Problematik bewusst und strebt eine bessere Koordination und Vereinheitlichung an.

### **1.1.1 Rechtsgrundlagen des Bundes**

Die Bundesverfassung regelt im Rahmen der Kompetenzzuweisung an den Bund die Grundlagen der Pflege sowie wesentliche Finanzierungsgrundsätze. Dies betrifft unter anderem Art. 111 und 112 BV (Altersvorsorge), Art. 112a) BV (Ergänzungsleistungen), Art. 112c) BV (Betagtenhilfe und Unterstützung von gesamtschweizerischen Bestrebungen zu Gunsten Betagter) sowie Art. 117 BV (Kranken- und Unfallversicherung).

Im Rahmen der Sozialziele ist in Art. 41 Abs. 1b) der Bundesverfassung festgehalten, dass jede Person die, für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält.

Aus Sozialzielen kann zwar kein unmittelbarer Anspruch auf staatliche Leistungen abgeleitet werden. Dennoch geben Sozialziele – wenn auch nur im Rahmen der Subsidiarität und der verfügbaren Mittel – eine gewisse Richtschnur vor. Darüber hinaus ist jegliche staatliche Tätigkeit von Bund und Kantonen selbstverständlich an die Grundrechte der Bundesverfassung (Art. 7 – 36 BV) gebunden. Speziell zu erwähnen ist hier Art. 8 BV. Diese Bestimmung regelt das Diskriminierungsverbot und hält den Grundsatz der Nichtdiskriminierung infolge des Alters fest.

Basierend auf diesen Bestimmungen werden wichtige Fragen der Pflege und Unterstützung im Alter in verschiedenen Bundesgesetzen geregelt. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt die vergütbaren Krankheits- und Pflegekosten. In Koordination mit den Ergänzungsleistungen (ELG) erfolgt auch die Finanzierung der Langzeitpflege zu Hause und im Heim. Diese Finanzierung umfasst auch nicht-medizinische Hilfs- und Pflegeleistungen. Das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) enthält Bestimmungen zur Hilflosenentschädigung und sieht die Kostenübernahme von gewissen Hilfsmitteln vor. Zu erwähnen ist an dieser Stelle ebenfalls die Invalidenversicherung (IVG). Das Instrument der Assistenzdienstentschädigung kann im Sinne einer Besitzstandsregelung auch im AHV-Alter weiter ausgerichtet werden. Gleiches gilt auch für die bereits während einer Invalidität gewährte Kostenübernahme von gewissen Hilfsmitteln.

### **1.1.2 Rechtsgrundlagen in den Kantonen**

In der schweizerischen Kompetenzregelung sind grundsätzlich die Kantone für die gesetzlichen Regelungen im Pflegebereich zuständig. Daraus ergeben sich insgesamt 26 unterschiedliche Gesetzgebungen zum Vollzug und zur Ausführung der Pflege und der Hilfe. Die entsprechenden Bestimmungen finden sich je nach Kanton in unterschiedlich benannten Gesetzen, beispielsweise Altershilfe- oder Gesundheitsgesetz. Entscheidend sind auch die Ausführungsbestimmungen im Bereich AHV/IV, KVG sowie zu den Ergänzungsleistungen. Gewisse Kantone oder Gemeinden gewähren im Sinne von eigenständigen Zusatzleistungen zudem Pflegebeiträge an Angehörige. Je nach kantonaler Struktur und Regelung wird der gesamte ambulante und stationäre Pflegebereich oder Teile davon an die Gemeinden delegiert. Sie sind für die Bedarfsplanung und die Versorgung zuständig. Um diesem Auftrag nachzukommen, vergeben sie Leistungsverträge an Spitexorganisationen und Alters- und Pflegeheime.

### **1.1.3 Sozialrechtliche Regelung der Betreuung und Pflege im Alter**

In den folgenden Abschnitten werden die Unterstützungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit im Alter auf Bundesebene aufgezeigt. Diese werden in verschiedenen Gesetzen konkretisiert. Dabei liegt der Schwerpunkt bei den medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten und finanziellen Unterstützungsleistungen. Eher soziale Dienstleistungen wie beispielsweise Betreuung, hauswirtschaftliche Hilfe, Begleit-

dienste, Mahlzeitendienste, Transportdienste werden nur im Rahmen der Hilflosenentschädigung und den Ergänzungsleistungen berücksichtigt.

Zusätzlich sieht das Pflegesystem für ältere Menschen im Rentenalter auch einen Anspruch auf *Hilfsmittel* vor. Unter Hilfsmittel sind Gegenstände zu verstehen, welche den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermögen. Nebst der AHV und den Ergänzungsleistungen gewährt auch die Krankenversicherung Mittel und Gegenstände, welche diagnostische, therapeutische oder pflegerische Zwecke erfüllen oder der medizinischen Rehabilitation dienen.

### **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)**

Das KVG regelt Ansprüche bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die obligatorische Krankenversicherung (OKP) kommt nicht nur für die Kosten der medizinischen Behandlung auf, sondern leistet ebenfalls Beiträge an Pflegeleistungen. Gemäss Art. 25a) KVG werden Beiträge an die Pflegekosten übernommen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbracht werden. Die Pflegeleistungen können ambulant, in einer Tages- oder Nachtstruktur oder im Pflegeheim erfolgen. Die Konkretisierung der Pflegeleistungen und des Verfahrens der Bedarfsermittlung erfolgt durch den Bundesrat (Art. 25a) Abs. 3 KVG).

In Bezug auf die Finanzierung wird im Krankenversicherungsgesetz zwischen Akut- und Übergangspflege und Langzeitpflege unterschieden.

Als Akut- und Übergangspflege werden Pflegeleistungen bezeichnet, welche sich während zwei Wochen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen. Diese werden nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet (vgl. Art. 25a) Abs. 2 KVG). In diesem Bereich obliegt es den Versicherungen und den Leistungserbringern Pauschalen für die Abgeltung zu vereinbaren.

Im Bereich der Langzeitpflege setzt der Bundesrat die Abgeltungssätze fest (Art. 25a) Abs. 4 KVG). Dabei ist der konkrete Aufwand nach jeweiligem Pflegebedarf und pro Pflegeleistung entscheidend.

#### *Anrechenbare Pflegeleistungen*

Der Bundesrat hat in der Krankenleistungsverordnung (KLV) die anrechenbaren Pflegeleistungen umschrieben. Diese gelten sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Dabei werden folgende Leistungsbereiche definiert (vgl. Art. 7 KLV):

a) Abklärung, Beratung und Koordination

Die Beurteilung des Pflegebedarfs, die Pflegediagnostik und die Pflegeplanung sind wichtige Elemente für die Erbringung von qualitativ hochstehenden, effektiven und zugleich wirtschaftlichen Pflegeleistungen. Auch die Beratung der pfle-

genden Angehörigen und die Koordinationsaufgaben in den verschiedenen Pflegesettings gehören dazu.

#### b) Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst medizinnahe Pflegemassnahmen, wie zum Beispiel das Versorgen von Wunden, Einführen von Sonden oder das Verabreichen von Medikamenten. Es wird deutlich, dass die behandlungspflegerischen Massnahmen eher krankheitsspezifisch sind. Die Behandlungspflege wie auch die Massnahmen zur Abklärung, Beratung und Koordination dürfen nur von pflegerischem Fachpersonal erbracht werden.

#### c) Grundpflege

Bei der Grundpflege handelt es sich um die Anleitung, Überwachung, Unterstützung in den Alltagsaktivitäten (ADL: activities of daily living). Diese umfassen sechs Bereiche: An- und Auskleiden, Aufstehen und Absitzen, Mund- und Körperpflege, Essen, Fortbewegung, Verrichtung der Notdurft. Zur Grundpflege können auch Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in ihren Alltagsaktivitäten gehören. Die grundpflegerischen Leistungen sind in der Langzeitpflege bei älteren Menschen eine wichtige Pflegekategorie. Die Grundpflege kann auch unter fachkundiger Delegation von Hilfspersonal erbracht werden.

Die Abgeltung für die Pflegeleistungen ist ebenfalls in der Krankenleistungsverordnung festgelegt (Art. Art. 7a und b KLV). Dabei wird zwischen dem ambulanten, stationären beziehungsweise intermediären sowie der Akut- und Übergangspflege unterschieden:

- a) Pflegeleistungen ambulant durch Spitex-Organisationen und freiberufliche Pflegefachpersonen
  - › 79.80 Franken pro Stunde für die Abklärung und Beratung
  - › 65.40 Franken pro Stunde für die Behandlungspflege
  - › 54.60 Franken pro Stunde für die Grundpflege
- b) Pflegeleistungen stationär und intermediär im Heim oder in Tages- oder Nachtstrukturen
  - › 9 Franken pro 20 Minuten. Der Maximalbeitrag pro Tag liegt bei 108 Franken, was einer Pflege von mehr als 220 Minuten entspricht
- c) Akut- und Übergangspflege
  - › Es gelten die Regeln der Spitalfinanzierung. Die Pauschalen werden von den Tarifpartnern festgelegt.

Nebst den eigentlichen pflegerischen Massnahmen leisten die Krankenversicherungen auch Vergütungen an gewisse Therapien (zum Beispiel Ergotherapie) und übernehmen die Kosten von gewissen Hilfsmitteln. Der Bundesrat erlässt dazu eine spezielle Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL). Damit können pflegerische Massnahmen unterstützt werden.

### *Leistungserbringende*

Nur zugelassene Organisationen und Pflegefachpersonen können ihre pflegerischen Massnahmen von den Krankenversicherungen abgelten lassen. Es gilt eine Bewilligungspflicht (Art. 35 ff. KVG). Im ambulanten Bereich sind es die vom Kanton anerkannten Spitex-Organisationen sowie freiberufliche Pflegefachpersonen, die über ein entsprechendes Diplom verfügen und mindestens 2 Jahre eine pflegerisch-praktische Tätigkeit in einem Spital oder einer Spitex-Organisation nachweisen können. Im stationären Bereich gilt die Bewilligungspflicht für Alters- und Pflegeheime sowie teilstationäre Angebote.

Für pflegende Angehörige bedeutet dies, dass sie die von ihnen erbrachten (verordneten) Pflegeleistungen nur via KVG abrechnen können, wenn sie selbst anerkannte Leistungserbringende sind (freiberufliche Pflegefachperson) oder von einem Leistungserbringer (zum Beispiel Spitex) angestellt sind.

### *Kostenbeteiligungen*

Im Rahmen der im KVG üblichen Kostenbeteiligung geht ein Teil der Pflegekosten zu Lasten der Versicherten. Dies betrifft die ordentliche Franchise und einen Selbstbehalt von 10 Prozent.

Mit Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahre 2011 wurde für Pflegemassnahmen ein zusätzlicher Kostenbeitrag von maximal 20 Prozent festgelegt. Es ist den Kantonen freigestellt, ob und in welcher Höhe sie diesen Kostenbeitrag regeln. Der maximale Beitrag darf im ambulanten Pflegebereich höchstens 15.60 Franken und im stationären Bereich maximal 21.60 Franken betragen.

### *Die Pflegebedarfsabklärung*

Benötigt eine betagte Person Pflegeleistungen, so sind eine Bedarfsabklärung und eine ärztliche Verordnung nötig. Im Rahmen einer detaillierten Bedarfsabklärung werden Massnahmen und Umfang der Pflege festgelegt. Die Bedarfsabklärung erfolgt nach Art. 8 KLV anhand einheitlicher Kriterien, um die Gesamtsituation der Patientinnen und Patienten einzuschätzen. Der Pflegebedarf wird dabei je nach Pflegemassnahmen in Minuten gemessen und festgelegt. Im stationären Bereich erfolgt zusätzlich eine Einstufung in 12 Pflegebedarfsstufen.

Je nach Organisation kommen verschiedene softwaregestützte Einstufungsmodelle des Pflegebedarfs zum Einsatz. Im ambulanten Bereich verwenden Spitex-Organisationen mehrheitlich RAI-HC. Die Altersinstitutionen stützen sich auf unterschiedliche Assessment-Instrumente, wie BESA, RAI und PLAISIR.

## **Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG)**

Die Ergänzungsleistungen (EL) bilden ein wesentliches Element in der Sicherung der Existenz von älteren Personen. Sie sind eine Bedarfsleistung für Personen, welche nicht über genügend finanzielle Mittel verfügen. Es sind keine Fürsorgeleistungen, sondern es besteht ein Rechtsanspruch darauf. Für den Bezug von Ergänzungsleistungen müssen persönliche und wirtschaftliche Voraussetzungen erfüllt sein.

In persönlicher Hinsicht muss ein Anspruch auf eine Rente oder Hilflosenentschädigung der AHV oder IV bestehen und die Bezüger müssen Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz haben. Für Ausländerinnen und Ausländer besteht bezüglich der Wohnsitzpflicht eine Karenzfrist (Wartezeit) von zehn Jahren. Davon ausgenommen sind Staatsangehörige von Mitgliedstaaten der EU und der EFTA.

In wirtschaftlicher Hinsicht muss trotz Bezug von Rente und Hilflosenentschädigung eine finanzielle Härte vorliegen. Es wird eine individuelle Berechnung von gesetzlich anerkannten Ausgaben und anrechenbaren Einnahmen vorgenommen. Wenn aufgrund dieser Berechnung ein Ausgabenüberschuss besteht, werden Ergänzungsleistungen gewährt.

Bei den Ergänzungsleistungen muss unterschieden werden zwischen der jährlichen Ergänzungsleistung, welche aufgrund der regelmässigen und voraussehbaren Einnahmen und Ausgaben berechnet und monatlich ausbezahlt wird, und der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Darunter fallen auch gewisse Kosten der Pflege und Betreuung zu Hause. Diese Kosten fallen zumeist unregelmässig an und werden separat und nur nach Vorlage der belegten Kosten rückwirkend zurückerstattet.

### *Jährliche Ergänzungsleistungen für Heimbewohner*

Die jährlichen Ergänzungsleistungen haben eine grosse Bedeutung für die Finanzierung eines Heimaufenthaltes. Grundsätzlich unterscheidet sich die EL-Berechnung von Personen mit einem Heimaufenthalt nicht von derjenigen der übrigen Personen. Die Kantone haben jedoch einen gewissen und teilweise gewichtigen Gestaltungsspielraum bei der Festlegung von anerkannten Ausgaben und Einnahmen.

Insbesondere können die Kantone einen Höchstbetrag für die anrechenbaren Tagestaxen in den Alters- und Pflegeheimen festlegen. In diesen pauschalisierten Taxen sind auch die Kosten für Betreuung und Hotellerie enthalten. Damit erhalten die Ergänzungsleistungen auf kantonaler Ebene einen massgeblichen Steuerungseffekt für die Organisation und Preisgestaltung bei der Führung von Alters- und Pflegeheimen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass über die Hälfte der BewohnerInnen im Rentenalter auf den Bezug von Ergänzungsleistungen angewiesen ist (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen, 2015a, S. 8).

Ein weiterer wichtiger Gestaltungsspielraum der Kantone liegt bei der Bestimmung der monatlich zur Verfügung stehenden Pauschale für die persönlichen Auslagen sowie die Festlegung der Höhe des Vermögensbeitrages bei den Einnahmen. Dies führt dazu, dass kantonale unterschiedliche Regelungen bestehen.

### *Krankheits- und Behinderungskosten*

Im Rahmen der Regelungen zum neuen Finanzausgleich (NFA) wurde die Kompetenz zur Ausrichtung von Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen auf die Kantone übertragen. Grundsätzlich bestimmen heute die Kantone ob und unter welchen Bedingungen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden. Durch die Übertragung der Umsetzungs Kompetenzen an die Kantone, entstanden im Bereich der Krankheits- und Behinderungskosten 26 unterschiedliche kantonale Regelungen. Der Bundesgesetzgeber versucht einen gesamtschweizerischen Minimalstandard zu sichern, indem im Gesetz gewisse Kategorien von Kosten festgelegt werden. Diese beruhen auf der altrechtlichen Regelung vor der Einführung des neuen Finanzausgleiches. Es handelt sich um folgende Bereiche:

- › die zahnärztliche Behandlung
- › die Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause
- › die Hilfe, Pflege und Betreuung in Tagesstrukturen
- › ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren
- › eine medizinisch notwendige Diät
- › die Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle
- › Kostenübernahme für gewisse Hilfsmittel
- › Übernahme von Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, spezielle Kostenbeteiligung für Pflegeleistungen)

Gleichzeitig werden im ELG für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten jährliche Höchstbeiträge festgelegt. Diese betragen für Alleinstehende 25000 Franken, Ehepaare 50000 Franken und Heimbewohner 6000 Franken pro Jahr. Es ist den Kantonen freigestellt, höhere Beträge vorzusehen. Für zu Hause lebende Rentnerinnen und Rentner wie auch Rentnerpaare werden hauswirtschaftliche Leistungen vergütet, sofern ein ärztliches Zeugnis vorliegt. Die Maximalbeträge sind je nach anerkannten und nicht anerkannten Dienstleistenden (private Anbietende) verschieden.

Die meisten Kantone haben ihre altrechtlichen Regelungen beibehalten und gewähren in ihren Ausführungsbestimmungen die Vergütung von gewissen Krankheits- und Behinderungskosten, gestützt auf diese Kategorien. Dennoch bestehen kantonale Unterschiede in der rechtlichen Ausgestaltung. Dies betrifft die Festlegung und den Inhalt der anrechenbaren Leistungen und auch die Höhe der dafür anerkannten Vergütungen. Dies führt in Beratungssituationen zu einer komplexen und schwierig zu überschauenden Ausgangslage.

### *Entschädigung von Familienangehörigen*

Im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten kann unter der Kategorie Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause – je nach kantonaler Regelung – auch die Pflege durch Familienangehörige berücksichtigt und vergütet werden. Dies ist jedoch nur möglich, wenn diese durch die Pflege eine länger dauernde, wesentliche Erwerbseinbusse erleiden. Obschon in allen Kantonen die Voraussetzung für diese Vergütung gegeben ist, unterscheiden sich die kantonalen Regelungen sehr. Dies betrifft beispielsweise die Definition der wesentlichen Erwerbseinbusse, deren Dauer oder auch die Festlegung, was unter die Kategorie Angehörige fällt. Zudem sind die administrativen Hürden für den Nachweis der Anforderungen relativ hoch. Aus diesem Grunde wird diese Möglichkeit zur Pflege durch Familienangehörige selten beansprucht.

### **Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG)**

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung regelt zur Hauptsache den Anspruch auf Alters- und Hinterlassenenrenten. Im Bereich der Betreuung und Pflege im Alter wird jedoch mit der Hilflosenentschädigung und der Gewährung von Kostenbeiträgen an gewisse Hilfsmittel zusätzlich auch eine finanzielle Unterstützung geleistet.

Zur Anerkennung und Förderung der Pflege von Familienangehörigen sieht das AHVG zudem, auf Gesuch hin, den Eintrag von Betreuungsgutschriften im Individuellen Konto (IK) vor. Zusammen mit den Jahreseinkommen dienen sie als Grundlage für die spätere Rentenberechnung.

### *Hilflosenentschädigung*

Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen. Die Entschädigung wird unabhängig vom Einkommen und Vermögen gewährt. Ermittelt wird dabei nicht der Pflegebedarf, sondern die Hilflosigkeit. Der Begriff Hilflosigkeit orientiert sich an den Aktivitäten des täglichen Lebens. Hilflos ist, wer für alltägliche Verrichtungen dauernd auf Hilfe Dritter angewiesen ist. Als Massstab dienen folgende sechs Lebensverrichtungen. Hier zeigt sich die Nähe zu den grundpflegerischen Massnahmen gemäss KVG:

- › An- und Auskleiden
- › Aufstehen, Abliegen und Absitzen
- › Essen
- › Körperpflege (insbesondere Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden)
- › Verrichten der Notdurft
- › Fortbewegung im und ausser Hause sowie Pflege von gesellschaftlichen Kontakten

Die AHV kennt drei Stufen von Hilflosigkeit. Die Bemessung der Höhe der Entschädigung hängt davon ab, wie stark jemand auf Hilfe, Betreuung oder Pflege angewiesen ist. Es gelten folgende Ansätze pro Monat:

- › Leicht 235 Franken
- › Mittel 588 Franken
- › Schwer 940 Franken

Die Bemessung der Hilflosigkeit erfolgt aufgrund von schematisierten Kriterien in einer Abklärung zu Hause sowie einer Einschätzung durch den behandelnden Arzt. Der Anspruch entsteht jedoch erst, wenn die Einschränkungen während eines Jahres mindestens in leichtem Grad bestanden haben.

### *Hilfsmittel*

Die AHV finanziert auch eine Reihe von Hilfsmitteln für Altersrentner, welche für die Fortbewegung, Kontaktherstellung oder Selbstsorge benötigt werden, wie zum Beispiel Prothesen, Hörgeräte, Sprechhilfegeräte, Lupenbrillen und Rollstühle. Die Versicherung leistet einen Beitrag von 75 Prozent des Nettopreises. Keine Leistungen werden für die Betriebs- und Reparaturkosten erbracht.

### *Betreuungsgutschriften*

Versicherten Personen können für Jahre, in denen sie pflegebedürftige Verwandte betreuten, Betreuungsgutschriften angerechnet werden. Als Verwandte gelten Eltern, Kinder, Geschwister und Grosseltern sowie Ehegatten, Schwiegereltern und Stiefkinder.

Die pflegebedürftige Person muss jedoch in der Nähe der versicherten Person wohnen. Diese Bedingung ist erfüllt, wenn die pflegende Person nicht mehr als 30 Kilometer von der pflegebedürftigen Person entfernt wohnt oder nicht länger als eine Stunde braucht, um den entsprechenden Weg zurückzulegen. Eine Person wird als pflegebedürftig anerkannt, wenn sie eine Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades bezieht.

Die Höhe der Betreuungsgutschrift entspricht der dreifachen jährlichen Minimalrente. Bei verheirateten Personen wird die Gutschrift während der Kalenderjahre der Ehe je zur Hälfte aufgeteilt.

Die Betreuungsgutschrift wird nur auf Antrag ausgerichtet. Sie muss jährlich bei der kantonalen Ausgleichskasse des Wohnkantons der betreuten Person geltend gemacht werden.

### *Beiträge an die Förderung der Altershilfe*

Im Rahmen der Leistungsverträge des BSV nach Art. 101<sup>bis</sup> AHVG werden jährlich Beiträge von rund 72 Mio. Franken aus dem AHV-Fonds an gesamtschweizerische Altersorganisationen ausgerichtet. Mit diesen Beiträgen soll das Hilfsan-

gebot für betagte Personen in der Schweiz gefördert werden. Dementsprechend fliesst ein massgeblicher Teil der Beiträge den kantonalen Sektionen zu. Damit wird im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause eine Palette von eher sozialbetreuerischen Dienstleistungen unterstützt. Dies umfasst:

- › Beratung, Betreuung und Beschäftigung
- › Angebote für die Erhaltung und/oder Verbesserung der psychischen und physischen Fähigkeiten
- › Förderung der Selbstsorge und sozialer Teilhabe in der Gesellschaft
- › Koordinations- und Entwicklungsaufgaben im Bereich Betagtenhilfe
- › Weiterbildung von Hilfspersonal

Zurzeit bestehen mit 8 Organisationen Leistungsverträge, die für die Dauer von je vier Jahren abgeschlossen sind: Pro Senectute Schweiz (PS CH), Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Spitex Verband Schweiz, CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz, Schweizerische Alzheimervereinigung, Schweizerische Parkinsonvereinigung, Schweizerischer Seniorenrat (SSR) und Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (SGG).

### **Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)**

Die Invalidenversicherung richtet sich mit ihren Leistungen grundsätzlich nur an Personen im erwerbsfähigen Alter bis zur altersmässigen Pensionierung. Im vorliegenden Kontext der Betreuung, beziehungsweise Hilfe und Pflege im Alter, spielt die Invalidenversicherung dennoch eine Rolle, weil für gewisse Leistungen auch im AHV-Alter eine Besitzstandgarantie gilt.

#### *Besitzstand bei Hilfsmitteln*

Versicherten, die vor dem Erreichen des AHV-Alters bereits von der IV Hilfsmittel zugesprochen wurden, bleibt der Anspruch auf diese Leistungen in Art und Umfang erhalten, solange die massgebenden Voraussetzungen der IV weiterhin erfüllt sind. So erstreckt sich beispielsweise bei Hörgeräten der Anspruch mindestens auf die gleiche Versorgung, die von der IV zugestanden wurde. Dies umfasst auch den Anspruch auch auf Reparaturen sowie allfällige Betriebs- und Unterhaltskosten.

#### *Besitzstand bei Assistenzdienstentschädigung*

Auch für den im Rahmen der IV gewährten Assistenzbeitrag gilt eine Besitzstandsregelung. Das AHVG kennt diese Leistung nicht. Mit dieser Leistung können Versicherte, die Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben und über das nötige Mass an Selbstständigkeit verfügen, in Eigenregie eine oder mehreren Person(en) für die individuell benötigten Hilfeleistungen anstellen. Die anfallenden Kosten werden ihnen von der IV mit dem Assistenzbeitrag vergütet. Der

Assistenzbeitrag ermöglicht Personen mit körperlichen Einschränkungen ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu Hause, entlastet pflegende Angehörige und ein Heimaufenthalt kann somit verhindert werden.

Der Assistenzbeitrag wird aufgrund eines regelmässigen zeitlichen Hilfebedarfs festgelegt. Für die Berechnung wird die Zeit abgezogen, die bereits über andere Leistungen gedeckt ist (Hilflosenentschädigung sowie Grundpflege gemäss KVG). Ähnlich wie bei der Grundpflege gemäss KVG und bei der Hilflosenentschädigung gemäss AHVG wird der zeitliche Unterstützungsbedarf in verschiedenen Lebensverrichtungen gemessen. Der anrechenbare Stundenaufwand ist begrenzt und individuell bestimmt. Dabei werden folgende Bereiche bewertet:

- › alltägliche Lebensverrichtungen (An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen, Essen usw.)
- › Haushaltsführung
- › gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung
- › Erziehung und Kinderbetreuung
- › Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit
- › berufliche Aus- und Weiterbildung
- › Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt
- › Überwachung während des Tages
- › Nachtdienst (Überwachung und Hilfe).

#### **1.1.4 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung**

Im Juni 2008 haben Nationalrat und Ständerat der Revision zur Neuordnung der Pflegefinanzierung zugestimmt. Die neue Pflegefinanzierung ist seit dem 01.01.2011 in Kraft. Die Reform verfolgte zwei Hauptziele. Zum einen wollte man die Krankenversicherung von den zunehmenden Mehrkosten altersbedingter Pflegebedürftigkeit entlasten (Credit Suisse, 2015, S. 9). Zum anderen sollten sich die an der Pflegefinanzierung beteiligten Sozialversicherungen besser abstimmen und pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit vermeiden (vgl. Jäggi & Künzi, 2014). Die Finanzierung gilt für stationäre Einrichtungen (Alters- oder Pflegeheim), intermediäre Strukturen wie auch für ambulante Dienste (Spitex-Organisationen, selbstständige Pflegefachangestellte). In beiden Bereichen übernehmen Privathaushalte, Krankenkassen und die öffentliche Hand die Pflegekosten. Für die weiteren Kostenelemente, wie zum Beispiel Betreuungs- und Hotelleriekosten oder Fahr- und Mahlzeitendienste, müssen primär die Betroffenen selbst aufkommen. Bei prekären finanziellen Situationen der Bedürftigen greifen zum Teil zivilgesellschaftliche Institutionen (NGOs, Vereine, Stiftungen) und staatliche Dienste ein. Mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung wollte man die Kostenaufteilung besser gestalten. Dies versuchte man hauptsächlich in der Unterscheidung von krankheits- und altersbedingter Pflegebedürftigkeit (vgl. Scherrer, 2005, S. 255).

**Abbildung 1: Das Modell der Pflegefinanzierung in der Schweiz**

System	Mehrheitlich Wettbewerb	Staatlich reguliert		
Kostenart	Betreuungs- und Pensionskosten	Pflegekosten		
Anteil Total	56.5%	43.5%		
Kostenträger	Patient	Patient	OKP	Staat
Betrag	Variabel nach Pflegeheim	Max 20% des OKP-Beitrags	9 Fr. pro Stufe und Tag	Restfinanzierung



Quelle: Credit Suisse, 2015, S. 9; eigene Darstellung.

Die Finanzierungsmodalitäten gestalten sich in der Schweiz höchst unterschiedlich. Je nach Versorgungstyp (ambulant/stationär), Pflegebedarf, individuellem Einkommen, Vermögen und Wohnkanton fällt die Finanzierung unterschiedlich aus. Ein Grundmuster von vier Finanzierungsregimes zeichnet sich dennoch ab.

a) Krankenkassen (KVG)

Die Krankenkassen sind für Pflegeleistungen zuständig, gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Dort ist der Anteil in Frankenbeträgen festgelegt. Der festgelegte Anteil kann je nach stationärer, teilstationärer Versorgung, nach Pflegestufe und in der ambulanten Versorgung je nach Art der Leistung variieren.

b) Sozialversicherungen (insbesondere AHV/IV)

Das System der sozialen Sicherheit greift ein, sofern die Grundbedürfnisse nicht gedeckt sind. Gerade bei geringen Renteneinkommen spielen die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV eine wichtige Rolle. Der Bedarf an Ergänzungsleistungen wird für Rentnerinnen und Rentner, die zu Hause leben und solche, die sich im Heim oder Spital befinden, unterschiedlich berechnet. Des Weiteren können Personen mit Unterstützungsbedarf in alltäglichen Lebensverrichtungen eine monatliche Hilflosenentschädigung der AHV einfordern.

c) Selbstkostenanteil (Privathaushalt)

Pflegeleistungen, die von den Sozialversicherungen nicht gedeckt sind, der sogenannte Selbstkostenanteil, dürfen höchstens 20 Prozent (für Spitexleistungen 10 Prozent) des festgelegten maximalen Pflegebeitrags betragen (vgl. Art. 25a KVG). Parallel bestehen die regulären Bestimmungen des Selbstbehalts (jährlich maximal 700 Franken) und der Franchise (zwischen 300 und 2500 Franken) bei den KVG-Leistungen.

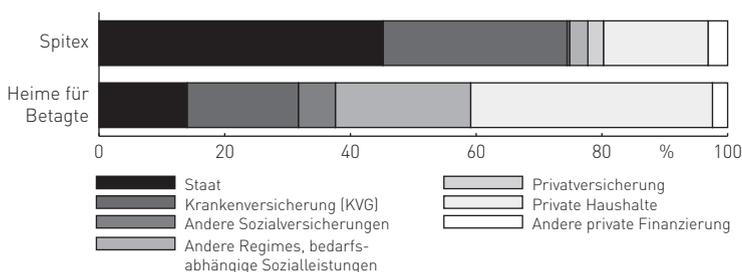
c) Kantone (Öffentliche Hand)

Die Restfinanzierung der Pflegekosten regeln die Kantone. Sie richten die bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen aus und sind mit der Aufgabe betraut, keine

Sozialhilfeabhängigkeit durch die Pflege in einem Heim oder Spital entstehen zu lassen. Gegenwärtig haben alle Kantone eine maximale Restkostenfinanzierung formuliert (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen, 2015b).

In Anbetracht der aktuellen Gesundheitsstatistik (vgl. Bundesamt für Statistik, 2014b) sind Unterschiede in den Kostenanteilen der Leistungsträger in der stationären und ambulanten Pflege auszumachen. In Pflegeheimen übernahmen 2012 die Krankenkassen 20 Prozent, Sozialversicherungen und Ergänzungsleistungen 30 Prozent und Privathaushalte 40 Prozent der Betreuungs- und Pflegekosten. Hingegen ist der Kostenanteil der Privathaushalte bei der Spitex knapp 15 Prozent. Den höchsten Kostenanteil von circa 45 Prozent machen staatliche Gelder aus und knapp 30 Prozent der Kosten übernehmen die Krankenkassen.

**Abbildung 2: Finanzierung von Pflegekosten in Heimen und in der Spitex**



Quelle: Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 86; eigene Darstellung.

Legende:

- «Staat»: Subventionen an die Krankenhäuser, sozialmedizinische Institutionen oder Spitex-Einrichtungen
- «Andere Regimes»: hauptsächlich Ergänzungsleistungen AHV/IV
- «Andere private Finanzierung»: Spenden oder Legate.

## Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

Die Leistungen eines Pflegeheims lassen sich in drei Komponenten einteilen: Pflege, Betreuung, Hotellerie/Pension. Für die zwei letzten Komponenten geniessen die Einrichtungen unternehmerische Freiheit und die Kosten sind von den Bewohnerinnen und Bewohner selbst zu begleichen. Hingegen tragen Krankenkassen und die öffentliche Hand die Pflegekosten mit. Mit der neuen Pflegefinanzierung hat sich primär nicht die Aufteilung der Kosten geändert, sondern die Ausgestaltung des Kostenschlüssels. Es wurde versucht, die steigende Kostenlast für die obligatorische Krankenversicherung und Privatpersonen einzudämmen. Darum vereinheitlichte man die Abstufung des Pflegebedarfs und die Vergütung.

Die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an den Pflegekosten ist auf 20 Prozent des maximalen Krankenkassenbetrags beschränkt. Das heisst, der höchste tägliche Betrag der Pflorgetaxe für die Bewohnerin oder den Bewohner beträgt 21.60 Franken. Die OKP leistet neu pro 20 Minuten Pflegebedarf pro Tag und pro Bewohnerinnen und Bewohner einen Beitrag von 9 Franken. Der

Umfang der Beteiligung der OKP an den Pflegekosten hängt vom Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner ab. Wie dem obigen Kapitel zu entnehmen ist, erfolgt der Nachweis der Pflegebedürftigkeit durch spezielle Bedarfserfassungsinstrumente. Die Bedarfsabklärung stuft die Bewohnerin oder den Bewohner in eine von zwölf Pflegestufen ein. Eine Stufe beinhaltet 20 Minuten Pflege. Daraus lässt sich folgern, dass sich der maximale OKP-Beitrag auf 108 Franken pro Tag beläuft. Für die restlichen Pflegekosten muss die öffentliche Hand aufkommen. Je nach Kanton übernehmen die Gemeinden oder der Kanton selbst diese Kosten. Der Anteil der Pflegekosten am gesamten Betriebsaufwand der Pflegeeinrichtungen beträgt ungefähr 41 Prozent (Credit Suisse, 2015, S. 9). Da die unterschiedlichen Pflegemodelle verschiedene hohe Pflegestufen der Bedürftigen ergeben und die Festlegung von Betreuungs- und Hotelleriekosten den Einrichtungen selbst überlassen ist, schwankt der Wert erheblich.

Ähnlich wie die neue Spitalfinanzierung sollen Neu-, Um- und Ausbauten von Pflegeheimen nicht mehr direkt subventioniert werden. Es gilt das Prinzip der Subjektfinanzierung. Die Pflegeinstitutionen erhalten keine Beiträge mehr für den Gebäudeunterhalt (Aus- und Umbau). Stattdessen laufen die finanziellen Beiträge direkt zu den Bewohnerinnen und Bewohner, in Form von Ergänzungsleistungen<sup>2</sup> und Prämienvorbilligungen (vgl. Krummenacher & Hanisch & Egli, 2015, S. 23). Pflegeinstitutionen müssen sich darum um eine betriebswirtschaftliche Unternehmensführung bemühen und die Bildung von Rückstellungen für weitere Investitionen gewinnt an Bedeutung (vgl. Credit Suisse, 2015, S. 9). Die Umsetzung des Systemwechsels ist nicht in allen Kantonen gleich fortgeschritten.

## Finanzierung der Spitex

Im Zuge der neuen Pflegefinanzierung wurden auch die Finanzierungsmodalitäten der Spitex angepasst. Gleich wie in der Heimfinanzierung sind die Kosten der kassenpflichtigen Pflegeleistungen auf die Träger öffentliche Hand, Krankenkassen und Privatpersonen aufgeteilt. Den Anteil der obligatorischen Krankenversicherung hat der Bundesrat als Frankenbetrag festgelegt. Er entspricht 55 Prozent der Pflegekosten. Die Betroffenen beteiligen sich mit dem Selbstbehalt von 10 Prozent, Franchise und einer maximalen Patientenbeteiligung von 15.95 Franken (vgl. Art. 25a Abs. 5 KVG). Für die Restfinanzierung sind ebenfalls die Kantone beziehungsweise die Gemeinden zuständig. Für nicht kassenpflichtige Leistungen müssen die Betroffenen selbst aufkommen, sofern sie keine privaten Zusatzversicherungen besitzen.

---

2 Leistungen, die nicht zu den kassenpflichtigen gehören, wie die Unterbringungskosten, sind in der Schweiz oftmals beträchtlich und übersteigen in vielen Fällen die Renteneinkünfte. Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen ermöglicht es, Pflege- und Lebenshaltungskosten zu decken. Damit wird unter anderem auch das Ziel verfolgt, Familien vor der Sozialhilfe zu schützen. Für Klaus Haberkern nehmen die Ergänzungsleistungen praktisch die Funktion einer Pflegeversicherung ein, auf welche ein Rechtsanspruch besteht (vgl. Haberkern, 2014, S. 68).

Im Unterschied zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen erlassen viele Kantone den Patienten die Beteiligung an der ambulanten Pflege. Grund dafür ist die Schaffung eines finanziellen Anreizes, möglichst lange zu Hause gepflegt zu werden. Diese sogenannte «ambulant vor stationär»-Strategie wird vor allem in der Romandie konsequent verfolgt. Im Vergleich zur Deutschschweiz setzt die Romandie überdurchschnittlich viele Steuergelder für Spitex-Leistungen ein (vgl. Credit Suisse, 2015, S. 10).

## 1.2 Pflegemodell Schweiz im internationalen Vergleich

Die Ausgangslage für die Betreuung und Pflege im Alter ist in vielen europäischen Ländern ähnlich. Steigende Pflegebedürftigkeit, zunehmende Individualisierung der sozialen Lebensformen und steigende Gesundheitskosten stellen die wichtigsten Herausforderungen in der Versorgung Betagter dar. So ähnlich die Ausgangslagen erscheinen mögen, die Ansätze und Lösungsversuche der europäischen Länder unterscheiden sich stark. Nach einer Durchsicht verschiedener Vergleichsstudien verdeutlicht sich der hybride Charakter des Schweizer Versorgungsmodells. Die Schweiz lässt sich in keinen gängigen Wohlfahrtstyp und im dazugehörigen Pflegemodell einordnen.

Grundsätzlich lassen sich zwei Pflegesysteme idealtypisch unterscheiden. Nördliche Länder verfügen über ein steuerfinanziertes und gut ausgebautes Unterstützungsangebot für Betagte. Solche Pflegesysteme sind servicebasiert. Hingegen liegt in südeuropäischen Ländern die Verantwortung der Pflege weitgehend bei den Familien. Familienbasierte Pflegesysteme beruhen auf der gesetzlichen Verpflichtung der Familienmitglieder, sich um die älteren Angehörigen zu kümmern. Für die Regulierung der Unterstützung im Alter in der Schweiz kommen sowohl servicebasierte als auch familienbasierte Elemente zum Tragen. Diese Mischform wird in Bezug auf die *Leistungserbringung* (1.2.1), den *Leistungszugang* (1.2.2) und die *Finanzierung* (1.2.3) ersichtlich.

### 1.2.1 Öffentliche Leistungserbringung in der Unterstützung betreuungs- und pflegebedürftiger älterer Menschen

Im Allgemeinen erfolgt die Leistungserbringung der Unterstützung Betagter in den einzelnen Ländern entweder stärker in Form von Geldleistungen oder stärker in Form von Sachleistungen. Unter Geldleistungen sind Leistungsarten zu verstehen, welche sich primär auf die Einkommenssituation im Alter beziehen. In der Schweiz taucht diese Leistungsart in Form der Hilflosenentschädigung auf. Sachleistungen beziehen sich auf Angebote im Bereich Hauswirtschaft und ambulante als auch stationäre Pflege. In der Schweiz zählen zum Beispiel die Pflege in einem Altersheim, der Mahlzeitendienst oder Transportdienst als Sachleistung. In Bezug auf die Leistungserbringung lassen sich zwei Typen zu unterscheiden. Nordeuropäische Länder wie Schweden, Norwegen und Finnland repräsentieren

den ersten Leistungstypen. Solche Länder investieren im Vergleich zu den übrigen Ländern viele öffentliche Mittel in die Versorgung von älteren Menschen. Die öffentliche Leistungserbringung setzt mehrheitlich auf die Vergabe von Sachleistungen. Frankreich, Italien, Polen und Spanien gehören dem zweiten Ländertyp an. Die Leistungserbringung ist durch die beschränkten Ressourcen der öffentlichen Hand gekennzeichnet und die Geldleistungen überwiegen. Aus den zwei Typen ergeben sich Untergruppen. Die Schweiz weist Merkmale beider Typen auf (Haberker, 2014, S. 76; Strohmeier Navarro Smith, 2010, S. 118).

Der Fokus der Leistungserbringung in der Schweiz liegt jedoch stärker auf der Ebene der Sachleistungen. Dies macht die hohe Bezugsrate für die Alterspflege und Altershilfe (zum Beispiel hauswirtschaftliche Tätigkeiten oder Betreuung) zu Hause oder in Alterseinrichtungen deutlich. Deshalb gleicht die Schweiz in diesem Bereich eher den nordeuropäischen Ländern, obschon der Anteil öffentlicher Ressourcen in der Schweiz deutlich hinter den skandinavischen Ländern liegt. Der Zusammenhang zwischen der hohen Bezugsrate von ambulanten und stationären Leistungen und den zugleich tiefen öffentlich verfügbaren Mitteln ist dadurch zu erklären, dass die Sachleistungen mit hohen Mittelfinanzierungen durch die leistungsbeziehenden Personen selber erfolgen (Strohmeier Navarro Smith, 2010, S. 107). Die Schweiz ist mit der gemischten Leistungserbringung Finnland sehr ähnlich. Auch dort gehören Geldleistungen für unterstützungsbedürftige Betagte in beschränkter Masse zum Versorgungsmodell.

### **1.2.2 Regulierung der Versorgung älterer Menschen**

Die Eigenheit der Schweiz bezüglich der Regulierung der Versorgung von Betagten besteht in der föderalistischen Regulierungsart. Die Finanzierung der Pflegeleistungen ist in verschiedenen nationalen Gesetzen geregelt. Die Regelung der Versorgung von Leistungen ist in den kantonalen Gesundheits- und Sozialbereichen festgeschrieben. Die Zugangskriterien für Pflege-, Hilfe- und Betreuungsleistungen für Betagte sind nicht umfassend und einheitlich in einem nationalen Sozialversicherungsgesetz festgehalten. Weil sich die Regelung in verschiedenen Gesetzen, Verordnungen und Weisungen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene befindet, unterscheidet sich die Schweiz von nordischen Ländern. Durch die subnationalen Rahmenbedingungen der Leistungszugangskriterien sind grössere regionale Unterschiede in der Leistungserbringung und damit in den Zugängen zu verzeichnen (vgl. Bischofberger et. al., 2014; vgl. Strohmeier Navarro Smith, 2010, S. 114). Diesbezüglich gleicht die Schweiz insbesondere den Ländern Finnland, Italien und Spanien. Im Gegensatz zur Leistungserbringung steht das Schweizer Modell in diesem Kontext dem familialen Pflegemodell näher.

### 1.2.3 Finanzierungsmodalitäten der Altershilfe und Alterspflege

In Bezug auf die Finanzierung der Versorgung von Betagten liegt die Schweiz näher bei den südeuropäischen Ländern. Gemessen am Bruttoinlandprodukt ist der Anteil von öffentlichen Mitteln für die Gesundheitsversorgung gering. Gemäss der OECD liegt der Anteil an Privatfinanzierung für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz bei 60 Prozent. Kein anderes Land verfügt über eine so hohe Privatfinanzierung von Unterstützungsleistungen im Alter (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011, S. 231). Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ist die Finanzierung der Privathaushalte auf 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags begrenzt worden. Bisher gibt es keine länderübergreifende Studie, welche die Kostenentwicklung in der Schweiz nach 2011 vergleicht. Trotzdem lässt sich daraus schliessen, dass der Anteil an Kosten für Altershilfe und Alterspflege im Gegensatz zu anderen Ländern überdurchschnittlich hoch ist. Neben den Kopfprämien, Franchisen und Selbstbehalten müssen die Leistungsempfangenden zusätzlich für die Kosten der hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen oder für Hotellerie- und Betreuungstaxen in Heimen aufkommen.

### 1.2.4 Zwischen servicebasierter und familialer Versorgung älterer Menschen

Die Altersversorgung der Schweiz lässt sich im Vergleich zu anderen europäischen Pflegemodellen nur schwer einordnen. Denn zum einen gleicht die Organisation der Altershilfe und Alterspflege den Modellen nordeuropäischer Ländern. Zum anderen gleicht der Finanzierungsmodus demjenigen von südeuropäischen Ländern.

In der Schweiz sind hauswirtschaftliche Leistungen und Betreuungsaufgaben nicht reguliert. Dies steht einem integrativen Pflegeverständnis entgegen. Das Hilfs- und Pflegemodell der Schweiz unterscheidet sich hier klar von den nordischen Ländern (vgl. Heintze, 2015, S. 11). Zugleich ist die Mitfinanzierung von Leistungsempfangenden für ambulante Leistungen wesentlich höher als in den skandinavischen Ländern. Zudem weisen mehrere Autorinnen und Autoren darauf hin, dass für das liberale Schweizer Modell der Versorgung von älteren Menschen die familiäre Pflege von (zu) grosser Bedeutung ist. So hält Rahel Strohmeier Navarro Smith fest: «[I]n der Schweiz [herrscht] eine Form des impliziten Familialismus [vor], bei welchem informelle Pflege keine Option, sondern eine Voraussetzung für das Verbleiben einer Person zuhause ist. Die Hilfe und Pflege durch Familienangehörige, Bekannte und Freunde wird in der Regel ohne Bezahlung erbracht» (Strohmeier Navarro Smith, 2010, S. 119). Für die informellen Leistungserbringer gibt es in der Schweiz keine Regelung, auch keine sozialen Rechte, wie etwa ein Anspruch auf Entlastungsangebote, Steuererleichterung und weiteres mehr. Dies unterscheidet die Schweiz wiederum von nordeuropäischen Ländern. Dort können soziale Rechte für die familiäre Pflege geltend gemacht werden.

### 1.3 Sozialpolitische Rahmung der Pflege und Betreuung

Im Folgenden versuchen wir die Begriffe Pflege und Betreuung im sozialpolitischen Kontext näher zu bestimmen. Die Betreuung für Betagte stellt in der Schweiz keine eigene sozialpolitische Kategorie dar. Teilweise taucht die Bedeutung der Betreuung im Begriff der Altershilfe und in den Beschreibungen von nicht-pflegerischen Tätigkeiten auf. Ein wesentlicher Grund dafür ist der körperzentrierte und biomedizinische Blick auf den Unterstützungsbedarf älterer Menschen. Erst indem eine ältere Person zum Pflegefall wird, erhält sie die notwendige Unterstützung. Den sozialen und ökonomischen Faktoren eines Unterstützungsbedarfs wird zu wenig Bedeutung zugemessen.

In der Schweiz wird grundsätzlich zwischen Altershilfe und Alterspflege unterschieden. In einem ersten Schritt (1.3.1) werden die zwei Leistungsarten vorgestellt. In einem zweiten Schritt (1.3.2) soll gezeigt werden, wie die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen für beide Leistungsarten als Grundlage der Unterstützung dienen. Dass die Altershilfe und Alterspflege nur für pflegebedürftige Betagte gilt, steht mit dem realen Unterstützungsbedarf der Zielgruppe im Konflikt. 1.3.3 zeigt den Unterstützungsbedarf von älteren Menschen auf. Es wird deutlich werden, dass für viele ältere Menschen ihr Unterstützungsbedarf ausserhalb der sozialrechtlichen Regulierung liegt. Es handelt sich dabei um Unterstützung bei instrumentellen Alltagsaktivitäten.

#### 1.3.1 Altershilfe und Alterspflege in der Schweiz

Die Leistungsarten für die Unterstützung älterer Menschen lassen sich im Allgemeinen in Hilfeleistungen und Pflegeleistungen unterteilen. In der Fachliteratur fällt die Bestimmung unterschiedlich aus. Des Öfteren rekurriert die Beschreibung von Altershilfe und Alterspflege auf die im englisch-sprachigen Raum gebräuchliche Bezeichnung von «long-term care for older people» (LongTermCare.org; Trigg, 2011; Strohmeier Navarro Smith, 2010, S. 95). Darunter ist die längerfristig ausgerichtete Hilfe und Pflege zu verstehen, welche die Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit von Personen über 65 Jahren zum Ziel haben. In beiden Fällen haben wir es mit Unterstützungsleistungen zu tun, welche die Autonomie, Selbstversorgung und Selbstbestimmung älterer Menschen ins Zentrum der Leistungsaufgaben stellen. Hilfeleistungen wie auch Pflegeleistungen versuchen in ihren spezifischen Eigenheiten die Bedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Im Alltag besteht der Unterstützungsbedarf aus der Kombination von Altershilfe und Alterspflege. Konzeptionell macht es jedoch Sinn, beide Leistungen voneinander zu trennen, damit der qualitativ unterschiedliche Gehalt erkennbar wird. In den folgenden Abschnitten werden die relevanten Unterscheidungsmerkmale aufgeführt.

Die Altershilfe umfasst mehrere Unterstützungsbereiche im Alltagsleben. Darunter fällt erstens die einfache Körperpflege (Anziehen, Baden oder Duschen, Essen, Aufstehen oder Hinlegen, Notturft), zweitens die hauswirtschaftlichen

Tätigkeiten, drittens die administrative Hilfe (Büroarbeiten wie Formulare ausfüllen, finanzielle und/oder rechtliche Aufgaben übernehmen) (Brandt & Haberkern & Szydlik, 2009, S. 5) und viertens die emotionale Unterstützung (vgl. Haberkern, 2009, S. 22). Die Alterspflege ist primär weniger auf das Alltagsleben fokussiert. Ihre Unterstützung ist stark körperbezogen und richtet sich auf medizinisch begründete Einschränkungen lebensnotwendiger Aktivitäten.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal bezieht sich auf die Intensität, Kontinuität und örtliche Verrichtung der Leistung. So kann die Altershilfe zur Alterspflege werden, wenn sich die Unterstützung älterer Menschen zeitintensiver, anspruchsvoller gestaltet und medizinisches Fachwissen erfordert. Mit der wachsenden Einschränkung der Selbstständigkeit älterer Menschen können Hilfeleistungen somit zu pflegerischen Aufgaben werden.

Die Pflege ist in den meisten Fällen an einen festen Ort gebunden. Die Wohndistanz zur pflegenden Person ist begrenzt. Auch Spitex-Angestellte haben einen begrenzten Radius der Versorgung, welche sie leisten können. Gleichzeitig ist die Pflege oft mit einem bestimmten Zeitvolumen verbunden, welches das Volumen der Altershilfe übertrifft (zum Beispiel die tägliche Pflege von Betagten in stationären Einrichtungen und der wöchentliche Einkauf für die eigene Mutter). Die Altershilfe beansprucht in den meisten Fällen weniger Zeitaufwand als die Pflege. Sie kann sporadisch erfolgen und telefonisch oder postalisch stattfinden (administrative Tätigkeiten, emotionale Unterstützung). Je nach Unterstützungsbedarf kann die räumliche Distanz keine Rolle mehr spielen. Die Hilfeleistung ist im Gegensatz zur Pflege weniger verbindlich und beruht vorwiegend auf freiwilliger Basis. Hingegen ist die Pflegebeziehung stärker durch Abhängigkeit und Verpflichtung charakterisiert. Eine Unterlassung der Pflege kann im Unterschied zur Hilfeleistung fatale Folgen haben.

Hilfeleistungen und Pflegeleistungen wirken auf der individuellen, familiären und gesellschaftlichen Ebene. Die Art und Weise der Pflegeverrichtung ist durch die Bedürfnisse und Gebrechen der zu pflegenden Person vorgegeben. Die Altershilfe lässt der unterstützenden Person einen grösseren Handlungsspielraum offen, welche Leistungen der bedürftigen Person tatsächlich angeboten werden (müssen).

Die staatliche Organisation der Altershilfe und Alterspflege beansprucht die pflegenden und betreuenden Familien stark (vgl. Brandt & Haberkern & Szydlik, 2009, S. 11). Obschon sich die Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen in Europa verschieden gestaltet, zeichnet sich auf gesellschaftlicher Ebene eine Arbeitsteilung der Altershilfe und Alterspflege ab. Öffentlich-rechtliche und private Dienstleistungsunternehmen bieten vermehrt die intensiven, herausfordernden und kostenintensiven Pflegeleistungen an. Hingegen fokussieren die Familie und das soziale Umfeld vermehrt auf Hilfeleistungen. Zusammengefasst verläuft die Unterscheidung zwischen Altershilfe und Alterspflege entlang der privaten, informellen und professionellen, formellen Unterstützung. So sucht eine ältere Person für die medizinische Pflege eine/n Gesundheitsexpertin oder

-experten auf, hingegen nimmt sie für die Müllentsorgung die Hilfe von Tochter, Sohn, Ehepartnerin, Ehepartner, Nachbarin oder Nachbar in Anspruch.

Welche Leistungen unter Altershilfe und Alterspflege fallen, ist auch davon abhängig, in welchem Ausmass die öffentliche Hand Leistungsangebote unterstützt. Je nachdem wie Altershilfe und Alterspflege rechtlich reguliert sind, fällt die Ausgestaltung der Unterstützungsangebote unterschiedlich aus. Verpflichtet die öffentliche Hand primär die Familien für Familienmitglieder zu sorgen, so sind sie stärker in die Pflege involviert, die spontane Hilfeleistung ist erschwert und die finanzielle Belastung auf die Familie fällt für die umfangliche Unterstützung höher aus.

### 1.3.2 Medizinalisierung der Altershilfe

Um die Altershilfe und Alterspflege und deren Leistungen in der Schweiz zu verstehen, muss zuerst die Frage geklärt werden, wann eine ältere Person, im Rahmen sozialrechtlicher Regelungen, als hilfsbedürftig oder pflegebedürftig gilt. Wie in Kapitel 1.1 deutlich gemacht wird, regeln unterschiedliche Gesetzgebungen die Rahmenbedingungen. Die Alterspflege ist durch das KVG und die KLV geregelt. Mit einem abschliessenden Leistungskatalog ist definiert, was unter Pflegebedürftigkeit zu verstehen ist. Die Leistungserbringung für pflegebedürftige Menschen findet über Sachleistungen zu Hause, in Tages- und Nachtstrukturen und in Heimen statt. Für die Alterspflege ist vor allem der Leistungsbereich «Grundpflege» wichtig.

Die Regulierung der Altershilfe bleibt hingegen unklar. Anhaltspunkte liefert Art. 9 ATSG: «Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.» Die entsprechende Leistung wird als Hilflosenentschädigung bezeichnet (vgl. Kapitel 1.1.3). In der Schweiz wohnhafte AHV-Rentnerinnen und Rentner können sie geltend machen, sofern ihre Hilflosigkeit ärztlich beglaubigt worden ist. Die Hilflosenentschädigung erfolgt in Form einer Geldleistung.

Stellen wir die Leistungsart Alterspflege der Leistungsart Altershilfe gegenüber, lassen sich zwei Gemeinsamkeiten hervorheben.

*Erstens* beabsichtigen beide Leistungsarten die Förderung und den Erhalt der Selbstständigkeit und Gesundheit älterer Menschen. Die Pflege soll die Menschen dabei unterstützen, ihre Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen wieder aufzunehmen, weiterzuführen, anzupassen (vgl. Bericht des Bundesrates, 2005, S. 2039–2040). Pflegerische Leistungserbringungen richten sich auf die Behandlung oder Behebung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Die Leistungen der Alterspflege sind rechtlich, in Form einer Leistungsliste in der KLV, klar definiert. Die Pflegeleistungen, die vergütet werden können, sind vorgegeben. Es handelt sich um eine medizinische, psychische, soziale und funktionelle Unterstützung, welche die Gesundheit fördert, erhaltet oder wiederherstellt. Sie verringert und verhütet Leiden. Die Altershilfe verfolgt denselben Zweck wie Pfl-

geleistungen, allerdings mit anderen Mitteln. In Form der Geldleistung Hilflosenentschädigung wird versucht, die Selbstständigkeit der Betagten zu unterstützen und zu fördern. Die Hilflosenentschädigung stellt ein zusätzliches Einkommen dar, über welches die betroffene Person selbst verfügen kann. Sie schreibt nicht vor, für welche konkreten Leistungen das Geld dienen soll. Es soll jedoch zur Unterstützung und Förderung der eigenen Selbstständigkeit verwendet werden.

*Zweitens* wird der Bedarf an Hilfe und Pflege unter denselben Kriterien ermittelt. Für die Bedarfsklärung spielt die Frage nach der Fähigkeit beziehungsweise Unfähigkeit, ohne fremde Hilfe notwendige Aktivitäten im Alltag (Lebensverrichtungen) zu bewältigen, eine wichtige Rolle. Unter den notwendigen Lebensverrichtungen fallen sechs Aktivitäten. 1. Ankleiden, Auskleiden; 2. Aufstehen, Absitzen, Abliegen; 3. Essen; 4. Körperpflege; 5. Verrichtung der Notdurft; 6. Fortbewegung. Diese 6 Aktivitäten bilden zusammen die Kriterien, anhand denen die Unabhängigkeit von älteren Personen in ihren Aktivitäten im Alltag ermittelt wird. Zur Operationalisierung der Abklärung dienen der Index ADL (activity of daily living/Aktivitäten des täglichen Lebens). Der Index entspricht praktisch den sechs erwähnten Aktivitäten<sup>3</sup>. Der Index dient als Instrument, um den gegenwärtigen und zukünftigen Gesundheitszustand Betagter zu beurteilen (vgl. Wallace, 2007).

In der Praxis kommt die Bedarfsabklärung folgendermassen zum Ausdruck: Unter der «medizinernere[n]» (Bericht des Bundesrates, 2005, S. 2065) Pflege, der «Grundpflege», werden die Einschränkungen der Betagten in ihren alltäglichen Grundverrichtungen gemessen. Die Grundverrichtungen sind durch die sechs ADL-Kriterien festgelegt. Unter denselben Kriterien wird der Grad an Hilflosigkeit und dementsprechend die Höhe an Hilflosenentschädigung ermittelt (vgl. Höpflinger, 2003).<sup>4</sup>

Das Modell der Bedarfsabklärung ist stark an eine krankenhausorientierte Pflege ausgerichtet (Schroeter, 2004, S. 150). Die Hilflosigkeit und die Pflege werden unter einem stark körperzentrierten und biomedizinischen Blickwinkel betrachtet. Ökonomische und soziale Faktoren als Auswirkungen für den Pflegebedarf werden dabei ausgeblendet. Daraus lässt sich eine *dritte* interessante Feststellung ableiten. Die Beurteilung der Hilflosigkeit von älteren Menschen erfolgt nicht nach Kriterien der Hilfsbedürftigkeit, sondern durch den Aspekt der Pflegebedürftigkeit. Zugespißt formuliert: Die sozialrechtliche Regulierung von Altershilfe und Alterspflege betrachtet beide Unterstützungsformen aus einer krankenversicherungsorientierten, funktionalen und bio-medizinischen Perspektive. Aus gesellschaftspolitischer Sicht findet eine Medizinalisierung der sozialen

---

3 An- und Auskleiden; Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken; Waschen; Fortbewegen im Zimmer; Aufstehen und Zu-Bett-Gehen; Verrichten der Notdurft.

4 Zum Beispiel muss man für leichte Hilflosigkeit in zwei Aktivitäten der ADL-Kriterien trotz Hilfsmitteln auf die Hilfe einer Drittperson angewiesen sein. Für die mittlere Hilflosigkeit müssen die Betroffenen bei mindestens vier dieser Handlungen auf die Hilfe von Dritten angewiesen sein (vgl. SVA Zürich, o.J.).

Lebenslage «hilfsbedürftig» von älteren Menschen statt. Den sozialen Faktoren wird zu wenig Beachtung geschenkt.

### 1.3.3 Fehlende sozialrechtliche Regelung nicht-pflegerischer Betagtenunterstützung

Neben der Erhebung der Un- und Selbstständigkeit von älteren Personen in notwendigen Lebensverrichtungen (ADL) lassen sich auch die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) erheben. Der IADL-Indikator (instrumental activity of daily living) bietet breitere Kriterien der Alltagsbewältigung (Höpflinger & Hugentobler, 2003, S. 20). Die Kriterien beleuchten weitere Aktivitäten des Alltagslebens, wie zum Beispiel Wäsche waschen, Hausarbeiten erledigen, Einkäufe tätigen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Im Gegensatz zu basalen Alltagsaktivitäten sind sie von einer «guten Passung individueller Kompetenzen und Umweltfaktoren abhängig» (Höpflinger, 2011, S. 44). Statt die Einschränkung der Selbstständigkeit älterer Menschen auf die gesundheitliche Verfassung derselben zu reduzieren, bezieht der IADL-Indikator das Umfeld der Betagten mit ein. Die einbezogenen Dimensionen: Einkauf, Hausarbeit, Essenzubereitung, Administrationsaufgaben, Mobilität und sozialer Kontakt gehen über die basalen Alltagsaktivitäten hinaus. IADL-Kriterien nehmen die Formen von Hilfebedarf alter Menschen auf, welche von der sozialrechtlichen Seite ausgeblendet wird.

Die IADL-Kriterien beziehen sich auf die Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten, welche zur ersten Einschränkung der Selbstständigkeit führen (vgl. Bundesamt für Statistik, 2014a). Mit der Erhebung von IADL-Kriterien wird vor allem der Unterstützungsbedarf von Hilfe erkennbar. François Höpflinger unterscheidet Hilfeleistungen in zwei Kategorien. Die eine Kategorie bezieht sich auf die praktische Hilfe (Reparaturen, Gartenhilfe, Einkäufe, Wohnreinigung), die andere Kategorie ist die administrative Hilfe (Hilfe mit Ämtern und Behörden, Ausfüllen von Formularen, Erledigen von finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten) (Höpflinger, 2011, S. 44). Sie schärfen den Blick für den Unterstützungsbedarf von älteren Menschen, welche in einigen Alltagsaktivitäten auf Hilfe angewiesen sind, ohne pflegebedürftig zu sein.

Die Unterscheidung zwischen basalen und instrumentellen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten macht deutlich, dass ein grosser Teil der älteren Menschen in der Schweiz von der sozialrechtlichen Regulierung der Unterstützung ausgeschlossen ist. Die Gesundheitsstatistik 2014 zeigt, dass 20 Prozent der in einem Privathaushalt lebenden Personen ab 65 Jahren nicht mehr fähig sind, selbstständig eine oder mehrere instrumentelle Aktivitäten durchzuführen. Bei der Unterstützung handelt es sich um Formen *informeller Hilfe*<sup>5</sup>: Hilfe im Haushalt

---

5 Informelle Hilfe bezeichnet nicht-pflegerische Unterstützung in alltäglichen Aktivitäten. Die informelle Hilfe findet in den Privathaushalten statt. Geleistet wird sie entweder von Angehörigen, Freunden oder Bekannten (vgl. Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 82). Welche Akteure wie viel informelle Hilfe anbieten, ist unterschiedlich und ist von weiteren Faktoren (Zeit, Finanzen, Wohnort, Familiensituation usw.) abhängig.

(65%), Einkäufe (57%), moralische Unterstützung (41%), Fahrdienste (38%), Mahlzeiten (31%) und Kranken- oder Körperpflege (29%)<sup>6</sup> (Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 82). Bei 80-jährigen und älteren Personen treten solche Einschränkungsformen drei Mal häufiger auf (ebd., S. 62). Besonders sind schwere Hausarbeit, Einkäufe und die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ausschlaggebend. Mehr als zwei Fünftel der über 85-Jährigen können keine schweren Hausarbeiten mehr leisten. Ein Sechstel ist bei leichten Hausarbeiten auf Unterstützung angewiesen. Knapp ein Viertel der Altersgruppe kann nicht mehr selbstständig Wäsche waschen, einkaufen oder ein öffentliches Verkehrsmittel benutzen. Die Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens übertreffen diejenigen der Beeinträchtigung basaler Alltagsaktivitäten (vgl. ebd.).

Aus der Beeinträchtigung instrumenteller Alltagsaktivitäten folgt nicht direkt die Aufnahme in ein Alters- oder Pflegeheim. Oft ermöglichen Hilfeleistungen durch Angehörige, die Spitex oder engagierte Seniorengruppen den Verbleib in der eigenen Wohnung. In der Schweiz leben fast 80 Prozent aller Männer und Frauen zwischen 84 und 89 Jahren noch zu Hause (vgl. Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 62). Eine grosse Mehrheit der älteren Bevölkerung und eine deutliche Mehrheit der zu Hause lebenden hochaltrigen Menschen sind in ihren basalen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt (Höpflinger, 2011, S. 43). Daraus lässt sich schliessen, dass der ambulanten Hilfeleistung bei den instrumentellen Aktivitäten eine zentrale Bedeutung zukommt (vgl. Perrig-Chiello & Höpflinger & Schnegg, 2010).

Des Weiteren spielt das informelle und damit auch das familiäre Umfeld eine wichtige Rolle. 52 Prozent der informellen Hilfeleistungen werden durch die Partnerin oder den Partner, 31 Prozent durch die Kinder, 19 Prozent durch die Eltern und 20 Prozent durch die übrigen Familienmitglieder erbracht. Der Beitrag von Nachbarn, Bekannten und Freunden ist mit 18 Prozent ebenfalls bedeutend (vgl. Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 82). Daraus lässt sich schliessen, dass in Privathaushalten die familiäre Unterstützung in der Altershilfe von entscheidender Bedeutung ist.

Die zwei unterschiedlichen Einschränkungsmodelle von Alltagsaktivitäten lassen sich nur schwer voneinander trennen. Oft sind die Einschränkungsarten miteinander verknüpft und erscheinen gemeinsam. Die öffentliche Hand fokussiert primär auf den Bereich Alterspflege und lässt damit einen wichtigen Bereich der Unterstützung älterer Menschen aussen vor. Daraus folgt, dass die Unterstützungsangebote der öffentlichen Hand den tatsächlichen Hilfebedarf älterer Menschen in der Schweiz nicht decken.

---

6 Mehrere Antworten waren möglich.

## **1.4 Betreuung im Kontext der Pflegebedürftigkeit betagter Menschen**

Die obigen Ausführungen zeigen deutlich auf, dass die Beurteilungskriterien der Hilflosigkeit einer älteren Person ausschliesslich pflegerischer Natur sind. Nicht-pflegerische Aspekte werden zur Einschätzung der Hilflosigkeit nicht berücksichtigt. In Bezug auf die Betreuung zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Betreuung von Betagten wird ebenfalls mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen aktuell. Ähnlich wie die Altershilfe stehen betreuende Leistungen in Abgrenzung zu pflegerischen Unterstützungsaufgaben. Möchte man die Unterstützungsformen konzeptionell trennen, so lassen sich inhaltlich Altershilfe und Betreuung gemeinsam der Alterspflege gegenüberstellen.

Weder auf der rechtlich-politischen Ebene noch in der alltäglichen Praxis erfolgt eine klare Bestimmung, was unter Betreuung zu verstehen ist. Nach einer Sichtung der Fachliteratur fällt ebenfalls auf, dass Betreuung als Unterstützungsform für Betagte nicht festgelegt ist. Die Definitionslosigkeit ist auch in den betroffenen Berufsbildern Fachangestellte Betreuung, Fachangestellte Gesundheit oder Assistentin und Assistent Gesundheit und Soziales anzutreffen. In den jeweiligen Aufgabenprofilen bleiben betreuende Tätigkeiten unspezifisch.

Die mangelhafte Grundlage lässt eine substantielle Definition von Betreuung nicht zu. Um trotzdem Aussagen über die Betreuung zu treffen, thematisieren die folgenden Unterkapitel den Gegenstand aus einer problemorientierten Perspektive. Anhand einer Auswahl von Studien wird im Folgenden aufgezeigt, in welchen Zusammenhängen Betreuung thematisiert wird und welche Probleme sich daraus ergeben. Durch die vage Festlegung von Betreuungsaufgaben besteht nicht nur eine Unsicherheit für Leistungsempfänger und -erbringende (1.4.1), sondern es kann im Rahmen der ungedeckten Restkostenfinanzierung zu finanzieller Mehrbelastung auf Seiten der unterstützungsbedürftigen Personen kommen (1.4.2). Weil der öffentlichen Hand ein Konzept zur Regulierung von Betreuungsleistungen fehlt, bieten gemeinnützige und erwerbswirtschaftliche Unternehmen Dienstleistungen im Bereich Betreuung an. Eine erste Sichtung der Angebote ermöglicht eine konkretere Vorstellung, welche Aufgaben unter Betreuung fallen (1.4.3). Die unsystematische Verwendung des Begriffs Betreuung erschwert die Definition von Betreuungsleistungen. Diese Herausforderung wird im abschliessenden Unterkapitel (1.4.4) verdeutlicht.

### **1.4.1 «Betreuungszulagen» als finanzielle Beiträge für Angehörige**

Eine nähere Auseinandersetzung mit dem Thema Betreuung bietet die schweizweite Bestandsaufnahme von Betreuungszulagen und Entlastungsangeboten für betreuende und pflegende Angehörige 2014. Unter Betreuungszulagen sind regelmässige Geldbeiträge zu verstehen, welche hilfe- oder pflegeleistende Angehörige von Gemeinden, vom Kanton oder von NGOs bekommen. Die Beiträge sind unterschiedlich hoch und werden nur von vereinzelt Gemeinden und Kanto-

nen angeboten. Unter Entlastungsangebote fallen verschiedene Dienstleistungen, welche Angehörige in ihrer Hilfs- oder Pflegetätigkeit unterstützen sollen. Darunter sind Angebote der Beratung und Information im Bereich Pflege und Hilfe von Angehörigen zu verstehen. Oder es sind Angebote, in welchen betreuende und pflegende Angehörige befähigt werden, Aufgaben der Gesundheitsversorgung ihrer Nächsten zu übernehmen.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) führte Careum Forschung und das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS eine Studie durch. Aus der kursorischen Sichtung geht hervor, dass Betreuungszulagen mit «gesellschaftlichen Werthaltungen und Vorstellungen von wünschenswertem Handeln» (Bischofberger et. al., 2014, S. 26) eng verknüpft sind. Insgesamt verfügen fünf Kantone und mindestens elf Gemeinden über ein Modell für Betreuungszulagen.

In der Konzeptanalyse von Betreuungszulagen und Unterstützungsangeboten für Angehörige hebt die Autorenschaft drei inhaltliche Facetten von Betreuung hervor. Erstens bezieht sich Betreuung auf haushaltsbezogene Tätigkeiten, auf die Förderung des sozialen Austauschs, auf die Hilfe bei administrativen Verpflichtungen und auf körpernahe Handreichung (Unterstützung bei der Körperpflege). Zweitens verlieren die Betreuungsleistungen je nach Versicherungsschutz an Schärfe. Gerade bei Massnahmen der Grundpflege von Spitex-Organisationen im Rahmen der KLV oder bei Tätigkeiten von Assistenzpersonen im Rahmen des IVG lassen sich die Betreuungsaufgaben von Pflegeaufgaben nicht mehr klar abgrenzen (vgl. Bischofberger et. al., 2014, S. 44 ff.). Drittens sind betreuende Angehörige arbeitsteilig organisiert: sie sind mit anderen bezahlten oder unbezahlten Personen für die Betreuung der betagten Person zuständig (Kombipflege).

Je nach Gemeinde und Reglement kommen für den Begriff Betreuungszulage unterschiedliche Bezeichnungen (Anerkennungsbeitrag, Entschädigung Angehöriger) zum Einsatz (vgl. Bischofberger et. al., 2014, S. 26). Die Vergütung ist verschieden. Mancherorts sind es Pauschalbeträge, anderenorts Stundenansätze. Aus der Konzeptanalyse geht hervor, dass der Begriff «Betreuungszulagen» den Sachverhalt nur unzureichend beschreibt. Aus diesem Grund schlagen die Verfasserinnen und Verfasser vor, den Begriff Betreuungszulage mit «finanzielle Beiträge für Angehörige» zu ersetzen. Ein wesentlicher Grund dafür ist die unverbindliche Definition und uneinheitliche Beschreibung und Bestimmung des Aufgabenprofils der Betreuung. Eines der Hauptprobleme liegt in der mangelnden Regelung von Betreuungsaufgaben beziehungsweise von Betreuungsbedürftigkeit in der Schweizer Gesetzgebung. Betreuung taucht meistens in Abgrenzung zur Pflege auf. Unter Betreuung versteht man in diesem Zusammenhang nicht-vergütbare Leistungen in der KLV, das Aufgabenspektrum ist demzufolge sehr weit gefasst und nicht abschliessend ausformuliert.

## 1.4.2 Bereich Betreuung als Auffangbecken ungedeckter Restkosten?

Die begriffliche Unklarheit von Betreuung, ist auch in der pflegerechtlichen Debatte zur Umsetzung der Pflegekostenfinanzierung in Pflegeheimen ersichtlich.

Wie in 2.4.1 beschrieben, muss der Kanton Pflegekosten übernehmen, welche die maximalen Beiträge von den Betroffenen und der OKP übersteigen. Der Kanton regelt diese ungedeckten Pflegekosten in Form der Restfinanzierung. Mittlerweile haben alle Kantone eine Höchstgrenze der Restfinanzierung eingeführt (vgl. Sozialkommission des Nationalrats, 2012, S. 7). In sechs Kantonen wurde die Zuständigkeit den Gemeinden übertragen. Pflegeheime sollen dadurch motiviert werden, die Einrichtungen möglichst wirtschaftlich zu führen und die Pflegekosten einzudämmen. Diese Höchstgrenze, auch als Normkosten bezeichnet, gestaltet sich erstens in den Kantonen sehr heterogen und zweitens orientierten sich Normkosten an einem Referenzwert. Folglich gibt es Pflegeeinrichtungen, deren Kosten die Normkosten übersteigen, also vom Referenzwert abweichen. Einige Kantone haben bisher die Regelung der Fälle, in welchen die Pflegekosten über den Normkosten liegen, unterlassen (vgl. Rosenkranz & Meierhans, 2013, S. 77). Dadurch fehlt es zum Teil an gesetzlichen Durchsetzungsgrundlagen und Verpflichtungen, ungedeckte Restkosten zu übernehmen. Für die Kostenübernahme kommen aber nur die Pflegeeinrichtungen selbst oder deren Trägerschaften in Betracht. Sowohl für private als auch öffentliche Pflegeheime ist die Übernahme von ungedeckten Restkosten allerdings nur schwer möglich. Zudem ist davon auszugehen, dass keine Einrichtung ungedeckte Restkosten ausweisen möchte (vgl. ebd., S. 79). Weshalb? Normkosten bezeichnen nicht nur die Kostengrenze, sondern geben die Grenze der Wirtschaftlichkeit wieder. Wirtschaftlichkeit ist insofern ein wichtiges Kriterium, da sich Pflegeeinrichtungen verpflichten, Leistungen möglichst wirtschaftlich zu gestalten (vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG). Ungedeckte Restkosten gelten demnach als unwirtschaftlich, weil sie die Grenze der Wirtschaftlichkeit übersteigen. Heime geraten dadurch unter Druck, weil sie der gesetzlichen Verpflichtung nicht nachkommen.

Fassen wir zusammen: Erstens können Pflegeheime die Finanzierung ungedeckter Restkosten auf Dauer nicht selbst tragen. Zweitens besteht mangels gesetzlicher Grundlage keine Möglichkeit, Kantone und Gemeinden für die Kostenübernahme zu verpflichten. Drittens ist es den Pflegeheimen nicht möglich, die Kosten offiziell den Bewohnerinnen und Bewohner in Rechnung zu stellen, da es eine gesetzliche Limitierung der Bewohnerbeiträge gibt. Die Konsequenz: Wie mehrere Pflegeheime bestätigen, besteht die Praxis, die ungedeckten Pflegekosten auf die Betreuungstaxen abzuwälzen (vgl. Rosenkranz & Meierhans, 2013, S. 81). Die Regelungslücke hat zur Folge, dass der Bereich Betreuung dazu verwendet wird, andere anfallende Kosten aufzufangen. Relevante Kostenblöcke im administrativen und organisatorischen Bereich (Strukturzeit) und Hilfskostenstellen (Gebäude, Verwaltung, Hausdienst usw.) werden indirekt von den Bewohnerinnen und Bewohnern finanziert. Da es für diese Praxis eben-

falls keinen einheitlichen branchenübergreifenden Aufteilungsschlüssel gibt, können sich die Kosten für Bewohnerinnen und Bewohner verschiedener Institutionen um bis zu 25 Prozent unterscheiden. Diese unklare Regelung kann für die Betroffenen erhebliche finanzielle Auswirkungen haben (vgl. ebd., S. 81).

Den Ursprung dieses Problems lokalisieren Ruth Rosenkranz und Stefan Meierhans im Gesetz selbst. Art. 7 Abs. 2 KLV unterteilt zwar die Leistungen in Kategorien, es fehlt jedoch eine detaillierte Definition der gesamten KVG-Pflege, welche über den KVG-Leistungskatalog hinausgeht. Denn gemäss Ruth Rosenkranz und Stefan Meierhans lassen sich einige Leistungen nicht klar zuordnen. Darüber hinaus lässt es die fehlende beziehungsweise unzureichende Regelung der Restfinanzierung zu, Strukturkosten auf die Bewohnerinnen und Bewohner abzuwälzen. Gemäss FDP-Ständerätin Christine Egerszegi wurden mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung Fehlanreize für Pflegeeinrichtungen geschaffen, welche zu einer Mehrbelastung der Heimbewohnerinnen und -bewohner geführt hat (Spitex Magazin, 2015a).

*2011 trat das neue Regime in Kraft, inzwischen haben alle Kantone die Restfinanzierung geregelt. Allerdings in einer grossen Variationsbreite, selbst für die föderalismusgewohnte Schweiz. Mal legt der Kanton die Höhe der Restfinanzierung fest, mal die Gemeinden. Mal zahlt der Kanton, mal die Gemeinden, mal beide zusammen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kam 2013 zum Schluss, die Umsetzung der Pflegefinanzierung sei 'interkantonal kaum koordiniert'. Bei der Restfinanzierung gebe es «Umsetzungsschwierigkeiten». Auch der Preisüberwacher, Stefan Meierhans, schaltete sich früh ein, weil er eine Kostenabwälzung auf die Betagten beobachtete. Die Heime hätten Anreize, Pflegekosten auf Betreuungs- und Hotellerietaxen umzulagern, kritisiert Meierhans nach wie vor: «Das ist für die Bewohner schlimm und ungerecht.» An einigen Orten mussten seither Gerichte klärend eingreifen. (Spitex Magazin, 2015a)*

Mittlerweile wurde dieses Unbehagen in Form einer parlamentarischen Initiative «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» von Ständerätin Christine Egerszegi behandelt. Sowohl die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates als auch der Bundesrat sieht keinen Bedarf, die Betreuungskosten klarer von anderen Kosten abzugrenzen. Nach ihrer Auffassung ist es Aufgabe der Kantone, zu kontrollieren, dass die Kostenrechnungen der Leistungserbringer die Betreuungskosten korrekt aufführen.

### **1.4.3 Betagtenbetreuung als neuer Wirtschaftszweig?**

Aus sozialrechtlicher Sicht gibt es keine Bestimmungen, welche den Rahmen für die Betreuungsleistungen setzen. Der einzige Rahmen ergibt sich in der Abgren-

zung zur versicherungsrechtlichen Regelung der Pflegebedürftigkeit, indem betagte Personen für betreuende Leistungen selbst aufkommen müssen. Der Rückzug der öffentlichen Hand im Bereich Betreuung ermöglicht gemeinnützigen und gewinnorientierten Unternehmen, betreuende Dienstleistungen anzubieten. Im Gegensatz zur pflegerischen Leistungserbringung sind für betreuende Leistungen keine speziellen Lizenzen nötig.

Nach einer ersten Durchsicht des Angebotsspektrums einiger gemeinnütziger und erwerbswirtschaftlicher Leistungserbringenden ergeben sich folgende Ergebnisse: Die betreuenden Dienstleistungen umfassen Aufgaben nicht kassenpflichtiger Leistungsarten. Dazu zählen: Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Sozialer Austausch, Mitgestaltung der Tagesstrukturen, Begleitung, Handreichung für die Körperpflege, Sicherheit stiften, Überwachung, administrative Unterstützung. So berichtet ein Projektleiter einer Betreuungsdienstleistung, dass die Grenze zwischen Betreuung und Pflege klar entlang der Liste der Krankenversicherung gezogen werde. Ein ähnliches Bild vermitteln zwei Leiterinnen zweier profitorientierter Betreuungsunternehmen. Die Leistungen fokussieren zum einen auf nicht medizinische Leistungen und zum anderen sind die Angebote als Ergänzung zu pflegerischen Tätigkeiten konzipiert. Die Zielgruppe besteht aus zu Hause lebenden, älteren Menschen mit nicht-pflegerischem Unterstützungsbedarf in unterschiedlichen Alltagsaktivitäten.

#### **1.4.4 Betreuung: Ein unbestimmter Begriff**

In der sozialpolitischen Auslegung der Altersbetreuung versteht man grundsätzlich Leistungen die nicht unter pflegerische und kassenpflichtige Leistungen fallen. Zu den Betreuungsaufgaben zählen Tätigkeiten, die über den pflegerischen-medizinischen Rahmen hinausgehen. Eine grundsätzliche inhaltliche Bestimmung wie die KLV-Liste der Pflegebedürftigkeit ist nicht möglich. Im Gegensatz zur Pflegebedürftigkeit besitzt die Betreuung eine prinzipielle Offenheit von Leistungen, die in Bezug auf betreuende Unterstützung möglich sind.

Der unbestimmte Charakter von Betreuung schlägt sich auch in der sozialrechtlichen Regulierung von Altershilfe und Alterspflege nieder. Der Begriff Betreuung taucht nur selten in Gesetzgebungen und Verordnungen auf. Es sind keine Kriterien auffindbar, welche Betreuung rechtlich bestimmen würden. Immerhin taucht Betreuung als Begriff im ELG auf. Der Artikel 14 Abs. 1 b ELG sieht vor, dass die Kantone Ergänzungsleistungen für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause und in Tagesstrukturen vorsehen. Was unter betreuenden Leistungen fallen würde, bleibt offen. Konsultiert man die kantonalen Gesetzgebungen und Verordnungen ergibt sich ein ähnliches Bild. In wenigen kantonalen Verordnungen ist Betreuung näher bestimmt. Eine vertiefte Auseinandersetzung ermöglicht die Verordnung über die Pflegeversorgung im Kanton Zürich. So unterscheidet die Verordnung im stationären Aufenthalt beim Leistungsangebot zwischen Alltagsgestaltung und Betreuung. Alltagsgestaltung umfasst fünf unterschiedliche Bereiche (unter anderem die Organisation kultureller und sozialer Anlässe, die

Förderung sozialer Kontakte, die Rücksichtnahme auf religiöse und spirituelle Bedürfnisse). Hingegen umfasst Betreuung «notwendige individuelle Leistungen» (§ 6b Verordnung über die Pflegeversorgung). Im ambulanten Bereich unterteilt die Verordnung nicht-pflegerische Leistungen in hauswirtschaftliche und betruenerische Leistungen (§ 7 Verordnung über die Pflegeversorgung). Obschon der Begriff der Betreuung in der Verordnung Erwähnung findet, bietet er weder im stationären Aufenthalt noch im ambulanten Bereich eine aufschlussreiche Klärung betruenerischer Leistungen. Nach Einschätzung eines Pflegerechters sind Ansätze einer Betreuungsregulierung nur sehr schwach vorhanden. Die rechtlichen Bestimmungen zum Thema Altersbetreuung bleiben kryptisch und bieten einen grossen Interpretationsspielraum.

Aus Gesprächen mit einem Pflegerechter geht hervor, dass man in der Schweiz kein gesamtschweizerisches Betreuungskonzept habe (wie das bei der Pflege der Fall ist), in dem definiert ist, welche Versicherungsleistungen bezahlt werden, welche Ansprüche und Subventionen geltend gemacht werden können. Ebenso ist die Angehörigenbetreuung nicht geregelt, sondern kommt einem Bruchstückwerk gleich.

Für die undeutliche und bruchstückhafte Regelung der Betreuungsaufgaben steht exemplarisch die Studie der «Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige» (Bischofberger et. al., 2014). Die mangelnde sozialrechtliche Regulierung bringt auf kantonaler und kommunaler Ebene eine vielfältige und divergierende Auslegung der Betreuungsleistungen hervor. Elisabeth Ryter und Marie-Louise Barben (Ryter & Barben, 2015) bezeichnen Betreuung als Sammelbecken für alle Unterstützungsleistungen, die nicht dem Leistungskatalog der KLV entsprechen. Die Unschärfe widerspiegelt sich ebenfalls in der Auseinandersetzung mit der Restkostenfinanzierung. Wobei deutlich wird, dass die unterschiedliche Auslegung, welche Leistungen unter Betreuung fallen und welche nicht, unterschiedlich hohe Kosten für die Leistungsempfänger verursachen kann.

An Konturen gewinnt der Begriff «Betreuung» erst mit Blick auf das Betreuungsangebot von privat gemeinnützigen und privat gewinnorientierten Leistungserbringenden. Die Dienstleistungen sind dazu gedacht, den Alltag von betagten Menschen zu gestalten. Gemeinsame Aktivitäten werden ausgeübt (beispielsweise Kartenspielen, Vorlesen) und der soziale Austausch gefördert. Hauswirtschaftliche Arbeiten sind im Angebot wie auch die Begleitung beim Einkauf oder an soziale oder kulturelle Veranstaltungen. Unterstützung wird geboten im administrativen Bereich und in der Körperpflege (Handreichung). Die erwähnten Leistungsbereiche sind den Leistungen instrumenteller Alltagsaktivitäten der Altershilfe ähnlich (vgl. 4.3). Als Hypothese lässt sich anbringen: In der Schweiz deckt sich die Beschreibung von Betreuungsleistungen mit dem Verständnis von Altershilfe, sofern es um die Unterstützung bei Beeinträchtigungen instrumenteller Alltagsaktivitäten handelt. Genau genommen handelt es sich primär um die informelle Altershilfe, welche vom sozialen Umfeld getätigt wird. Zur Illustration

dieser These kann die Definition von Betreuung von Antonia Jann, Geschäftsführerin der age-Stiftung im Kontext der age-Wohnmatrix angeführt werden.

*Service- oder Betreuungsleistungen unterstützen ältere Menschen bei der Bewältigung instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL). Diese Unterstützungsleistungen werden häufig aus dem familiären oder sozialen Netzwerk erbracht. Es stehen jedoch zunehmend auch professionelle Dienstleister im privaten Wohnumfeld zur Verfügung. Unterschiedlich wird die Abrechnung von Betreuungsleistungen gehandhabt. Während in einigen Ländern (zum Beispiel Deutschland) Betreuungsleistungen in geringem Umfang von der Pflegeversicherung abgedeckt werden, fehlt in anderen Ländern (zum Beispiel Schweiz) eine systematische finanzielle Unterstützung von Hilfeleistungen.*  
(Jann, 2013, S. 165)

## **1.5 Die Bedeutung nicht-pflegerischer Unterstützungsleistungen in der Schweiz**

Wie in den vorigen Kapiteln ersichtlich wird, stehen betreuende Leistungen im Schatten der Pflege. In 1.4 wurde die Verwandtschaft zwischen Altershilfe und Betreuung deutlich. Was beide Unterstützungsformen verbindet, ist ihr grundsätzlich nicht-pflegerischer Charakter.

Zwei Studien heben die sozialpolitische Bedeutung von nicht-pflegerischen Unterstützungsleistungen in der Schweiz hervor. Sowohl die Studie «Ambulante Alterspflege und -betreuung» der Berner Fachhochschule (Fluder et. al., 2012) als auch die Swiss-Age-Care Studie (Perrig-Chiello & Höpflinger & Schnegg, 2010 & 2011) messen den nicht-pflegerischen Leistungen für die Versorgung zu Hause eine enorme Bedeutung zu. Die Autorinnen und Autoren der Berner Hochschule halten in ihrer Untersuchung fest, dass 70 Prozent aller erhaltenen Unterstützungsleistungen nicht-pflegerischer Natur sind. Unterstützungen finden sich in den Dimensionen Haus/Wohnung putzen, schwere körperliche Tätigkeiten, Mahlzeiten vorbereiten, Einkaufen, Gartenarbeit, Telefonbedienen und Administration. Die Unterstützungsformen richten sich demnach auf den Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld. Des Weiteren übernehmen Angehörige, Freunde und Nachbarn rund 65 Prozent der nicht-pflegerischen Aufgaben. Daneben stehen die Spitex und andere professionelle Dienste mit einem Leistungsanteil von 35 Prozent. Daraus lassen sich zwei Schlüsse ziehen. Erstens findet die nicht-pflegerische Unterstützung hauptsächlich im informellen Umfeld statt. Zweitens ist das Netzwerk zwischen informeller und professioneller Unterstützung von Betagten zu Hause relevant. Nicht-pflegerische Unterstützung zu Hause kann darüber hinaus «als ein Frühindikator für eine zunehmende Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit gedeutet werden» (Fluder et. al., 2012, S. 208). Dies

bedarf jedoch einer besseren Koordinationsarbeit zwischen informeller und professioneller Unterstützung in Form einer Sensibilisierung des Betreuungspersonals zur Früherkennung und das Angebot von Weiterbildungen.

Zu ähnlichen Schlüssen kommt auch die Swiss-Age-Care Studie (vgl. auch 1.3). Die Autoren untersuchten gesamtschweizerisch die Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen pflegender Angehöriger älterer Menschen wie auch ihre Zusammenarbeit mit ambulanten Unterstützungsleistungen durch die Spitex. Die Befragung unterscheidet zwischen basalen (ADL) und instrumentellen (IADL) Einschränkungen in Alltagsaktivitäten. Aus der Studie geht hervor, dass ältere Menschen, die zu Hause wohnen, mehrheitlich keine oder nur leichte Schwierigkeiten bei der Bewältigung von basalen Tätigkeiten haben. Hingegen ist der Unterstützungsbedarf bei instrumentellen Alltagsaktivitäten bedeutend höher. Schwere Hausarbeit, Einkaufen, öffentliche Verkehrsmittel benutzen oder Wäsche waschen, stellen ältere Menschen vor grosse Herausforderungen. Die Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens sind nicht nur deutlich höher als im Bereich der basalen Aktivitäten. Sie verweisen ebenfalls «auf die zentrale Bedeutung ambulanter Hilfeleistungen bei den instrumentellen Aktivitäten» (Wächter, 2015 S. 22). Die Bedeutung hauswirtschaftlicher Unterstützungsangebote ist auch für betreuende und pflegende Angehörige zentral. Bisher fehlen nämlich finanziell erschwingliche, hauswirtschaftliche Entlastungsangebote (vgl. Perrig-Chiello & Höpflinger & Schnegg, 2010, S. 107).

Im stationären Bereich hält die Eidgenössische Gesundheitsbefragung 2007 fest, dass die Pflegebedürftigkeit den Hauptgrund des Heimeintritts darstellt. Im europäischen Vergleich weist die Schweiz mit einem Anteil von über 50 Prozent eine hohe stationäre Pflegequote auf. Laut der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) weisen in vielen Kantonen zwischen 25 und 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner nur einen geringen Pflege- oder Unterstützungsbedarf auf (vgl. Wächter, 2015, S. 24). Aus der Eidgenössischen Gesundheitsbefragung 2007 geht hervor, dass knapp ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen in ihren basalen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt sind. Aus funktionaler Sicht besteht deshalb wenig Hilfs- und Pflegebedarf. 56 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner sind in ihren Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt und 44 Prozent haben geringe Schwierigkeiten, zum Beispiel, sich zu waschen. Aus der Befragung geht hervor, dass mehr als vier von zehn Personen mit geringem Pflegebedarf vor ihrem Heimeintritt auf informelle Hilfe und drei von zehn Personen auf Spitex-Dienste angewiesen waren. Dieses Verhältnis deutet darauf hin, dass der Heimeintritt dieser Personengruppe hauptsächlich wegen Einschränkungen in den instrumentellen Alltagsaktivitäten vollzogen wurde.<sup>7</sup>

---

7 Ob der Heimeintritt auch aus finanziellen Gründen erfolgt, bleibt unklar. Denn im Gegensatz zu Beeinträchtigungen in den basalen Alltagsaktivitäten, ist die finanzielle Unterstützung für nicht-pflegerische Leistungen gering.

Matthias Wächter ergänzt diese Feststellung: Zu den instrumentellen Alltagsaktivitäten kommen die «Verletzlichkeit in Bezug auf soziale Vereinsamung und Isolation, eine ungeeignete Wohnsituation oder Unsicherheit im Alltag» (vgl. Wächter, 2015, S. 24) als Faktoren eines verfrühten Heimeintritts hinzu. Ein weiterer Grund für den Heimeintritt gering eingeschränkter Betagter ist in der Stabilisierung der Person nach dem Heimeintritt zu finden. Dies hat oft eine tiefere Einstufung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zur Folge. Andererseits hängen die frühen Heimeintritte älterer Menschen mit niedriger Pflegebedürftigkeit mit der defizitären Unterstützung und Betreuung vor dem Eintritt zusammen. Letzteres zeichnet sich exemplarisch in der Studie zur «Versorgung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz» (Krummenacher & Wächter, S. 2013) ab. Die Autoren konnten in den Interviews erkennen, dass Alter und Hochaltrigkeit weniger stark mit Krankheitsbildern verbunden sind, welche die Pflege notwendig machen würden. Eher ist ein allgemeiner Unterstützungsbedarf gefragt. Gemäss den Einschätzungen der befragten Personen hätte eine gute Betreuung zu Hause oder eine entsprechende Alterswohnung einen wesentlichen Einfluss auf das Leben in den eigenen vier Wänden.

## 1.6 Schlussfolgerungen

Die Ausführungen in Kapitel 1 verdeutlichen, wie vielschichtig und komplex sich das Schweizer Pflegesystem für ältere Menschen darstellt. Noch schwieriger gestaltet sich die Auseinandersetzung mit der Unterstützungsform Betreuung. Grundsätzlich fehlt eine systematische Aufarbeitung und Analyse zum Thema Betreuung. Bisher taucht das Thema in verschiedenen Kontexten unterschiedlich auf.

### Altersbetreuung

Was unter *Betreuung* zu verstehen ist, bleibt unklar. Die bisherige Praxis definiert Betreuung in Abgrenzung zu den kassenpflichtigen Pflegeleistungen gemäss der KLV. Folglich ist Betreuung eine *nicht-pflegerische Unterstützungsform*. Wie die obigen Ausführungen zeigen, geht die Unterstützungsform Betreuung mit der Beschreibung von *Hilfeleistungen* einher. Betreuungsleistungen richten sich grundsätzlich auf die Unterstützung älterer Menschen bei der Bewältigung instrumenteller Aktivitäten des täglichen Lebens. Darunter fallen hauswirtschaftliche Tätigkeiten, administrative Hilfe, psychische und soziale Unterstützung, Unterstützung im Gemeinschaftsleben und Handreichung in der Körperpflege. Betreuungsleistungen erfolgen im stationären, intermediären und ambulanten Bereich. In Heimeinrichtungen ergänzt die Betreuung die Angebote der Hotellerie und der Pflege. In welchem Umfang die Betreuung tatsächlich erfolgt, bleibt unklar.

In Bezug auf die sozialrechtliche Regulierung von Altershilfe und Alterspflege wurde deutlich, dass das Verständnis von Hilflosigkeit, eine Beeinträchtigung von notwendigen Lebensverrichtungen (gemäss den ADL-Kriterien) bedeu-

tet. Dieselben Kriterien der Beeinträchtigung gelten auch für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit in der Grundpflege. Die sozialrechtlich regulierte Hilflosigkeit kann deshalb nicht per se mit Betreuung gleichsetzt werden. Denn dies würde bedeuten, dass Betreuungsaufgaben nur Beeinträchtigungen unter ADL-Kriterien einschliessen. Doch die Betreuung berücksichtigt soziale wie auch wirtschaftliche Faktoren der Unterstützung. Betreuungsaufgaben werden häufig aus dem familiären und sozialen Netzwerk erbracht und finden im Privathaushalt statt. Allerdings werden die Unterstützungstätigkeiten nicht als Betreuung umschrieben sondern meistens als informelle Hilfe bezeichnet.

Betreuung findet aber nicht nur im informellen Sektor statt. Indem die öffentliche Hand verstärkt auf kassenpflichtige Leistungen fokussiert, öffnet sich ein Markt für Betreuungsdienstleistungen. Betreuung ist folglich auch im Bereich der *professionellen Altershilfe* lokalisierbar.

### **Altersbetreuung im sozialrechtlichen Kontext**

Gemäss der Bundesverfassung sind die Kantone verpflichtet, für die Hilfe und Pflege von Betagten zu Hause und stationär zu sorgen. Die Verpflichtung ist in vielen Kantonen auf Gesetzes- und Verordnungsebene konkretisiert worden. Die Umsetzung dieser Verpflichtungen wurde allerdings bisher im Bereich der nicht-pflegerischen Leistungen «nicht differenziert und umfassend erfasst» (Wächter, 2015, S. 83). Betreuung als Begriff bleibt in den Gesetzgebungen unbestimmt. Die Grundlage einer generell-abstrakten Definition auf Bundesebene ist nicht vorhanden.

In der Schweiz müssen für Betreuungsleistungen grundsätzlich die Privathaushalte, das heisst die betagten Personen selbst aufkommen. Mögliche Ansprüche der Betagten auf Betreuungsleistungen, können indirekt durch das ELG Art. 14b ELG in Form von Geld- und Sachleistungen unter anderem für Betreuung zu Hause oder in Tagesstrukturen geltend gemacht werden. Die Umsetzungskompetenzen liegen auf kantonaler Ebene und die 26 unterschiedlichen Ausgestaltungen geben kein klares Bild ab, welche Betreuungsleistungen tatsächlich vorhanden sind.

Die Betreuungsgutschrift stellt eine finanzielle Anerkennung für betreuende und pflegende Angehörige dar. Die Höhe der Betreuungsgutschrift entspricht der dreifachen jährlichen Minimalrente. In fünf Kantonen und mindestens elf Gemeinden können Betreuungszulagen geltend gemacht werden. Die Modelle der Vergütung unterscheiden sich stark und der Zugang gestaltet sich für Angehörige als schwierig. Bisher gibt es keine existenzsichernde Betreuungsunterstützung für betreuende Familienmitglieder und Angehörige.

## Die Bedeutung der Betreuung für die Altersversorgung in der Schweiz

Der Unterstützung nicht-pflegerischer Leistungen kommt in der Schweiz eine grosse Bedeutung zu. Die Hauptlast dieser Unterstützungsaufgaben kommt den betreuenden und pflegenden Angehörigen zu. Im Hinblick der demografischen Entwicklung und der Zunahme der Demenzerkrankung dürften gerade die hauswirtschaftlichen und betruerischen Leistungen steigen. Bisher fehlen in der Schweiz umfassende Beratungs- und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Es besteht daher das Risiko der Überforderung und Überbelastung von Angehörigen.

Die fehlende Sensibilisierung für nicht-pflegerische Unterstützungsleistungen und die unzureichenden finanziellen Unterstützungsmodalitäten vernachlässigen den präventiven Charakter der Betreuungstätigkeit. Betreuung zu Hause kann als Indikator dienen, damit frühzeitig Massnahmen und Interventionen getroffen werden können, um die Selbstständigkeit alter Menschen zu erhalten und zu fördern.

## Kapitel 2

# Who cares? Akteure in der Alterspflege und -betreuung

Riccardo Pardini

Da die Kantone weitgehend über die Kompetenzen der Altersversorgung verfügen, kann die Pflege und Betreuung in den jeweiligen Kantonen sehr unterschiedlich ausfallen. Zum Beispiel gestaltet sich die Versorgung für eine 78-jährige Frau mit mittlerem Pflegebedarf in der Westschweiz anders als in der Zentralschweiz oder in der Ostschweiz. Höchst wahrscheinlich wird sie in der Romandie durch eine gemeindeeigene Spitex-Organisation täglich umfänglich versorgt. In der Zentralschweiz wird die 78-jährige Frau möglicherweise durch eine gemeinnützige Spitex-Organisation zu Hause gepflegt. Allerdings sind die Spitex-Dienste auf die kassenpflichtigen (pflegerischen) Leistungen begrenzt. Für den täglichen Einkauf, das wöchentliche Putzen der Wohnung und den sonntäglichen Ausflug sind ihre Kinder zuständig. Hingegen befindet sich die 78-jährige Frau in der Ostschweiz bereits in einem Pflegeheim. Dort ist sie rund um die Uhr von Fachangestellten umsorgt. Neben der Pflege und der Verpflegung kann sie tagsüber mit anderen Bewohnerinnen und Bewohner an Aktivitätsangeboten teilnehmen.

Die obigen frei erfundenen Szenarien bringen zwei Sachverhalte zum Vorschein. Erstens können verschiedene Akteure ältere Menschen versorgen. Zweitens erfolgt die Versorgung regional unterschiedlich. Das folgende Kapitel betrachtet das Schweizerische Pflege- und Betreuungssystem aus der Perspektive der involvierten Akteure. Die Recherche folgt zwei Fragestellungen:

- 1) Welche Akteure sind für die Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger älterer Menschen in der Schweiz zuständig?
- 2) Wie wirken die unterschiedlichen Akteure zusammen, um die Versorgung im Altersbereich zu garantieren?

Kapitel 2.1 geht auf die erste Frage ein. In der Schweiz erfolgt die Versorgung je nach Region durch unterschiedliche Akteure. Ein adäquates Abbild aller involvierten Akteure ist nicht möglich. Deshalb begrenzt sich die Recherche auf die relevanten Akteure, über die es bereits genügend Informationen, Studien und Berichte gibt. Die Akteure lassen sich idealtypisch in drei unterschiedliche Versorgungsstrukturen ambulant, intermediär und stationär einteilen. Die Gemeinden, Kantone und der Bund bilden mit ihren regulativen Aufgaben den Rahmen der Versorgungsstruktur.

Nachdem die einzelnen Akteure in den verschiedenen Versorgungsbereichen lokalisiert und beschrieben wurden, gibt Kapitel 2.2 Aufschluss über die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren. Der gesellschaftliche Wandel hat zu neuen Bedürfnissen und Ansprüchen geführt, auf welche die einzelnen

Akteure reagieren müssen. Die Strategie, welche sich abzeichnet, lässt sich unter dem Begriff der «Verbundlösung» zusammenfassen. Darunter ist die institutionelle Zusammenarbeit der Leistungserbringenden zu verstehen. Die Literaturrecherche hat ergeben, dass in der Schweiz wenig über die Vernetzungsarbeit zwischen den Akteuren bekannt ist.

Das Kapitel 2.3 befasst sich mit den Betroffenen. Es wird analysiert, auf welche Akteure sie sich bei der Pflege und Betreuung beziehen. Eine neue Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan illustriert, in welchen Regionen die Menschen auf welche Versorgungsstrukturen zurückgreifen (vgl. Füglistler-Dousse et. al., 2016). Die Schweiz lässt sich in drei Modelle der Pflege- und Betreuungsversorgung aufteilen.

Letztlich bleibt die Frage offen, welche Rolle der Betreuung älterer Menschen in den Versorgungsstrukturen zukommt. Eine kritische Einschätzung versucht, die Betreuung zu den einzelnen Akteuren in Bezug zu stellen (Kapitel 2.4).

## **2.1 Akteure in der Pflege und Betreuung im Altersbereich**

In der Literaturrecherche konnten viele und unterschiedliche Akteure mit einer Versorgungsfunktion identifiziert werden. Je nach Gesundheitszustand und Altersphase können Betroffene auf unterschiedliche Akteure zurückgreifen. Die Akteure organisieren Altershilfe und Alterspflege je nach Gemeinde oder Region unterschiedlich. Die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen lassen sich in die Bereiche der ambulanten, intermediären und stationären Versorgung unterteilen.

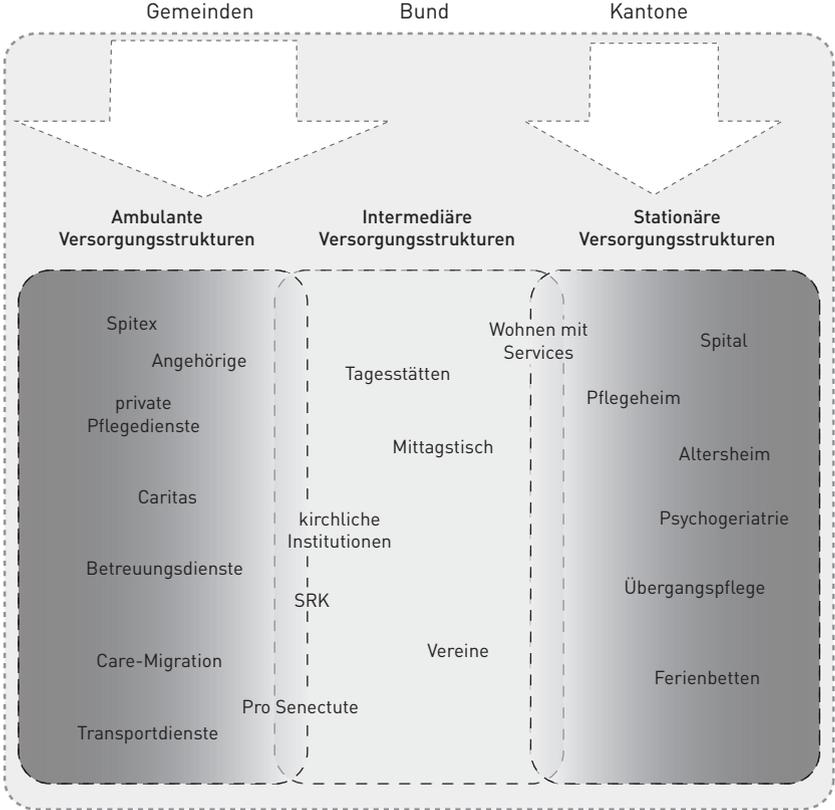
Unter ambulanten Versorgungsstrukturen versteht man die Pflege und Betreuung von Personen in ihrem Zuhause oder im Haushalt von Verwandten und Bekannten. Je nach Aufwand und Apparatur sind ambulante Behandlungen auch in Arztpraxen und Spitälern möglich. Doch grundsätzlich sind Akteure mit ambulanten Versorgungsleistungen mobil. Das heisst ihr Angebot ist nicht an einen bestimmten Ort gebunden. Akteure in der ambulanten Versorgung sind zum Beispiel Spitex-Organisationen, Fahrdienste und private Betreuungsdienste.

Stationäre Versorgungsstrukturen ermöglichen die Pflege und Betreuung von Menschen in Einrichtungen. Im Prinzip steht der betroffenen Person eine «Rundum»versorgung (Pflege, Betreuung, Hotellerie) und eine Aufsicht durch Fachpersonal zu. Klassische Akteure im stationären Versorgungsbereich sind Spitäler und Pflegeheime.

In intermediären Versorgungsstrukturen sind Akteure tätig, welche ihre Dienstleistungen in Pflege und Betreuung an einem fixen Ort erbringen und auf die Mobilität ihrer Zielgruppen angewiesen sind. Intermediäre Strukturen bezeichnen Leistungen zwischen zwei festen Einrichtungen, dem Lebensort Zuhause und einer sozialmedizinischen Institution (vgl. Werner et. al., 2016, S. 11). Unter dieses Angebot fallen Dienstleistungen, welche weder vollständig ambulant noch vollständig stationär sind. Zu dieser Mischform von Versorgung zählen Tagesstätten, betreute Alterswohnungen oder Mittagstische.

Altern ist ein dynamischer Prozess und bedarf je nach Lebensphase andere Versorgungsstrukturen. Die folgende Abbildung 3 zeigt die drei idealtypischen Versorgungsstrukturen mit möglichen Akteuren, welche Dienstleistungen für ältere Menschen erbringen. Einige Akteure lassen sich nicht eindeutig einordnen. Ihr Tätigkeitsfeld liegt in mehreren Versorgungsbereichen. Da die Abbildung als Veranschaulichung dient, wurden die Akteure anhand ihrer Haupttätigkeiten eingeteilt. Für die Regulierung der Altersversorgung sind der Bund, die Kantone und die Gemeinden zuständig. In der Schweiz haben vor allem die Gemeinden und Kantone regulierende Aufgaben. Weil die Ausführung in den Kompetenzen der Kantone und Gemeinden liegt, spielt der Bund in diesem Zusammenhang eine geringere Rolle.

**Abbildung 3: Mögliche Akteure der Pflege und Betreuung im Altersbereich**



Quelle: Eigene Darstellung.

### 2.1.1 Regulatorische Akteure in der Altersversorgung

Kantone und Gemeinden stellen die Rahmenbedingungen für die Altersversorgung. Wie die Abbildung 3 andeutet, nimmt der Kanton verstärkt auf die stationären Strukturen Einfluss, sofern die Aufgaben nicht den Gemeinden zugewiesen wurden. Hingegen fokussieren die einzelnen Gemeinden auf den ambulanten und intermediären Versorgungsbereich.

#### Fokus 1: Kantone

In der Schweiz sind die Kantone grundsätzlich für die gesetzliche Regelung des Pflegebereichs zuständig. Aus diesem Grund gibt es 26 verschiedene Gesetzgebungen, welche die Gesundheitsversorgung für ältere Menschen regeln. Als politischer Akteur stellt der Kanton primär die Versorgung sicher und nimmt Aufgaben einer gesundheitspolizeilichen Aufsicht wahr. Das heisst, der Kanton ist für die Zulassung zur Berufsausübung zuständig und überprüft die Qualifikation. Die Kantone sind in ihrer Gesundheitspolitik weitgehend autonom.

Für die stationäre Gesundheitsversorgung spielen die Kantone eine wichtige Rolle. Über zwei Drittel der Alters- und Pflegeheime und über die Hälfte der Spitäler gehören der öffentlichen Hand oder werden öffentlich subventioniert (vgl. Bundesamt für Statistik, 2011; Bundesamt für Statistik, 2016h). Die Einflussmöglichkeiten auf die Versorgungspolitik der Spitäler und Altersinstitutionen sind daher gegeben. Darüber hinaus nehmen die Kantone im Krankenversicherungssystem verschiedene Vollzugsaufgaben wahr. Ihre Aufgaben umfassen die Kontrolle der Einhaltung der Versicherungspflicht, den Vollzug von Prämienverbilligungen, die Sicherstellung der Ausbildungsstätten wie auch die Planung von Spitälern und Pflegeheimen.

Neben gesetzlichen Grundlagen (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien usw.) ist die Gesundheitspolitik durch kantonale Strategien festgelegt. Der Begriff der Strategie ist im Zusammenhang mit öffentlichen Institutionen ungenau. Es gibt keine klare Definition (vgl. BASS, 2016, S. 1). Strategien halten grundlegende und langfristige Ziele fest, haben aber keine Verbindlichkeit. Sie beziehen sich immer auf einen zukünftigen, noch nicht realisierten Zustand. Die Ausrichtung der Strategien bringt bestimmte Massnahmen und Handlungsoptionen hervor und dient dazu, die kantonale Altersversorgung zu realisieren. Die Studie «Strategien der Kantone im Bereich Langzeitpflege» (vgl. ebd.) hat die kantonalen und kommunalen Strategien im Bereich der Langzeitpflege untersucht. In diesem Kontext versteht man als Strategiedokumente Altersleitbilder und sonstige Dokumente mit grundlegenden Zielformulierungen zur Langzeitpflege.

#### *Grundsätze der kantonalen Strategien in der Langzeitpflege*

Die Studie zu den kantonalen Strategien im Bereich Langzeitpflege hat ergeben, dass bisher 23 Kantone Strategien im Bereich Langzeitpflege festgelegt haben oder

am Erarbeiten sind (vgl. BASS, 2016). Die Strategiedokumente helfen den Kantonen, die Versorgung der Langzeitpflege zu steuern. Zum Teil geben die Kantone die strategischen Aufgaben an die Gemeinden ab. Interessanterweise geschieht dies nur in Kantonen der Deutschschweiz.

Die Altersleitbilder der einzelnen Kantone sind unterschiedlich konkretisiert und entwickelt. Manche Kantone verfügen in ihren Strategien über detaillierte Planungsberichte zur Gesundheitsversorgung. Andere Kantone formulieren ihre Versorgungsstrategie nur in allgemeingültigen Leitsätzen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es keine einheitliche Strategie der Kantone gibt, wie die Versorgung in der Langzeitpflege gestaltet werden soll. Blicken wir aber auf die Meta-Strategien der Kantone, werden 5 Grundsätze ersichtlich, welche in unterschiedlicher Art und Weise die Altersleitbilder aller Kantone prägen (vgl. BASS, 2016, S. 6):

1) «Ambulant vor stationär»

Allen Strategiedokumenten ist zu entnehmen, dass die Gesundheitsversorgung auf dem Grundsatz «ambulant vor stationär» beruht. Die Versorgung alter Menschen muss demzufolge den möglichst langen Verbleib zu Hause ermöglichen. Dieser Grundsatz widerspiegelt sich in vielen Bedarfsplanungen der stationären Pflege. Die meisten Kantone gehen davon aus, dass in Zukunft weniger Betagte über 80 Jahre auf die stationäre Versorgung angewiesen sind, weil die Versorgung ambulant erfolgen kann und weil weniger ältere Menschen pflegebedürftig werden.

2) Bedarfsgerechtes Angebot

Die Sicherstellung bedarfsgerechter Angebote ist ein weiteres Ziel der Kantone. Dieses Ziel setzt voraus, dass die Pflege und Betreuung auf neue Bedürfnisse älterer Menschen reagieren kann (zum Beispiel die Auswahl aus den verschiedenen Angeboten selbst zu treffen, selbstbestimmte Lebensweise möglichst lange fortzuführen). Neue Angebote für Demenzkranke und ein ausgebauter Bereich im Bereich der Palliativpflege sind weitere Beispiele für solche Angebote.

3) Subsidiaritätsprinzip

Die Versorgungsstrukturen sind in den Kantonen mehrheitlich nach dem Subsidiaritätsprinzip organisiert. Die Kantone und Gemeinden verstehen sich selbst als ergänzende Anbieter von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, sofern diese von Privatpersonen oder privaten Dienstleistenden nicht bereits geleistet oder angeboten werden.

4) Vernetzung und Koordination der Einrichtungen im Gesundheitswesen

Ein wichtiges Ziel, welches die Kantone in ihren Strategiedokumenten formuliert haben, ist die Förderung der Vernetzung von Leistungserbringenden in der Langzeitpflege.

## 5) Qualitätssicherung und -verbesserung

Die Sicherstellung der Qualität, die Evaluation wie auch die kontinuierliche Optimierung der Leistungen sind ebenfalls Ziele, welche in unterschiedlicher Weise in den kantonalen Strategien vorkommen.

Interessanterweise bleiben Ausführungen zum Thema Betreuung aus. Grundsätzliche Überlegungen zur Betreuung im Alter fehlen.

### *Kantonale Strategien im Bereich Infrastruktur der Altersversorgung*

Neben der strategischen Ausrichtung der Kantone enthalten alle Strategiedokumente Ausführungen zur Infrastruktur: Pflegeheime, Tages- und Nachtstätten<sup>8</sup>, Spitex und betreutes Wohnen/Wohnen mit Services (vgl. BASS, 2016, S. 9):

#### a) Pflegeheime

Im Bereich Pflegeheime ist die Bedarfsplanung ein wichtiges Steuerungsmittel für die Kantone. Der Planungshorizont ist unterschiedlich und liegt zwischen 2015 und 2035. Einige Kantone planen ihren Bedarf anhand eines konstanten Richtwerts, andere planen in der Annahme, dass in Zukunft weniger Betagte im Heim gepflegt werden. Eine solche Bedarfsplanung richtet sich folglich an einem sinkenden Richtwert aus.

Die Mehrheit der Kantone plant einen Ausbau der Pflegeheim-Kapazitäten. Einzig der Kanton Bern hat ab 2015 die Bettenzahl kontingentiert. Andere Kantone stellen zukünftig nur noch Pflegeplätze für Personen mit mittlerem und hohem Pflegebedarf zur Verfügung. Eine Reduktion der Pflegeheim-Kapazität vollzieht einzig der Kanton Neuenburg.

#### b) Tages- und Nachtstätten

Für die Mehrheit der Kantone ist der Ausbau von Tages- und Nachtstätten ein wichtiges strategisches Ziel. Für die Bedarfsprüfung sind in den meisten Fällen die Gemeinden zuständig. Bern ist bisher der einzige Kanton, welcher den Ausbau stoppt. Der Grund dafür ist die mangelnde Nutzung der Angebote.

#### c) Spitex

Im Zusammenhang mit der übergeordneten Strategie «ambulant vor stationär» gilt in allen Kantonen der Ausbau der Spitex-Angebote als erstrebenswert. Der Handlungsspielraum der Kantone ist jedoch begrenzt, da die Spitex-Organisationen in den meisten Kantonen kommunal organisiert sind. Aus diesem Grund beschränkt sich der Einfluss der Kantone auf die Erarbeitung von Minimalanforderungen an die Hilfe und Pflege zu Hause.

---

8 Tagesstätten ermöglichen älteren Menschen Tagesaufenthalte in Einrichtungen mit Betreuungsangeboten. Nachtstätten bieten Übernachtungsmöglichkeiten für betreuungs- und pflegebedürftige ältere Menschen. In der Literatur werden Tages- und Nachtstätten auch als Tages- und Nachtstrukturen bezeichnet.

#### d) Betreutes Wohnen/Wohnen mit Services

15 Kantone haben im Zusammenhang mit dem Angebot betreutes Wohnen/Wohnen mit Service Zielvorgaben formuliert. In den meisten Fällen handelt es sich um die kantonale Unterstützung beim Bau der Alterswohnungen durch Gemeinden oder durch private Unternehmen.

### *Herausforderungen kantonaler Steuerungskompetenzen*

Aufgrund der fragmentierten Finanzierungs- und Steuerungszuständigkeit der Gesundheitsversorgung ist eine umfassende kantonale Steuerung schwierig. Die gesetzlichen Zuständigkeitsregelungen der Kantone sind auf den Bereich der stationären Versorgung beschränkt. Dies ist zum einen auf die föderalistischen Strukturen zurückzuführen. Teilbereiche des Gesundheitswesens, wie die Rahmenbedingung der ambulanten Versorgung, sind auf Bundesebene im Kontext des KVG geregelt. Zum anderen sind sehr viele Regelungskompetenzen an die einzelnen Organisationen der Leistungserbringenden delegiert worden (vgl. Sager et. al., 2010, S. 22). Der direkte Zugriff auf die Leistungserbringenden und das Versorgungsgeschehen findet im begrenzten Rahmen statt. Es mangelt nicht nur an Steuerungs- und Finanzierungskompetenzen. Die Studie «Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung» (ebd., S. 22) macht deutlich, dass den kantonalen Verwaltungen auch der Zugang zu steuerungsrelevanten Informationen fehlt. Es zeigt sich, dass die kantonale Regulierung hauptsächlich auf pflegerische Aufgaben fokussiert. Der Bereich Betreuung wird ausgeblendet.

### **Fokus 2: Gemeinden**

Die Alterspolitik auf der kommunalen Ebene ist eine «Querschnittsaufgabe» (Hürliman et. al., 2012, S. 7). Die Gemeinden müssen ein Versorgungsnetz für ältere Menschen garantieren. Die Hauptaufgaben der Gemeinden bestehen in der «Vernetzungsarbeit» zwischen den verschiedenen Akteuren und in der Planungsarbeit, um die Betreuung und Pflege zu sichern (vgl. ebd., S. 12; Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie, 2004, S. 29).

### *Vernetzungsarbeit der Gemeinden*

Die Vernetzungsarbeit im Bereich Altersversorgung ist für eine Gemeinde wichtig. Welchen Einfluss eine Gemeinde auf die lokale Alterspolitik und Altersversorgung haben kann, hängt nur bedingt von deren Grösse ab. Städte und grössere Gemeinden haben zwar bessere Rahmenbedingungen und können auf mehrere Ressourcen zurückgreifen. Dennoch können auch in kleineren Gemeinden Projekte im Altersbereich effizient sein und Wirkung zeigen (Hürliman et. al., 2012). Zum Beispiel spielt die Nähe und Kommunikation zu den Akteuren eine wichtige Rolle. Kleine Gemeinden sind dabei im Vorteil. In den meisten Fällen haben die Dienstleistungsangebote und Projekte ein grösseres Einzugsgebiet als die jeweilige

Gemeindegrenze. Die Vernetzungsarbeit findet folglich auch zwischen Gemeinden statt.

Mit welchen privaten und öffentlichen Akteuren die Gemeinden zusammenarbeiten, ist unterschiedlich. In den meisten Fällen findet eine Zusammenarbeit mit Akteuren der Alterspflege und weniger der Altersarbeit statt. Alterspflege betrifft die Gesundheitsversorgung. Hingegen bezeichnet die Altersarbeit die Organisation von Aktivitäten im Alltag älterer Menschen und soziale Prävention (vgl. Hürliman et. al, 2012, S. 24 ff.).

Trotz kommunaler Bestrebung einer ganzheitlichen Alterspolitik bestimmen die gesundheitspolitischen und finanziellen Herausforderungen das Tagesgeschäft. Dadurch gerät die Förderung von Angeboten der Altersarbeit in den Hintergrund.

### *Planungsarbeit der Gemeinden*

Planungsaufgaben durch kommunale Behörden und Verwaltungen können je nach Gemeinde unterschiedliche Themen betreffen. Während in der Fachliteratur die Planungsaufgabe als strategisch politische Planung angesehen wird, verdeutlichen die Ergebnisse einer Studie (Hürliman et. al., 2012, S. 16 ff.), dass die strategische Planung in vielen Fällen inexistent ist. Die Gemeinden verstehen unter Planungsaufgaben mehrheitlich Bauprojekte, Präventionsprojekte oder Leistungsaufträge.

### *Herausforderung kommunaler Alterspolitik*

Gemeinsam mit den Kantonen stehen Gemeinden vor der Herausforderung, die bestehenden Versorgungsstrukturen der Langzeitpflege an die sich ändernden Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen. Die zunehmende Individualisierung des Lebensstils, veränderte Familienstrukturen und der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund verlangen neue Angebote der Betreuung und Pflege (Bericht des Bundesrates, 2016, S. 50). Die neuen Ansprüche der Zielgruppen erfordern eine ständige Anpassung der Versorgungsstrukturen. Die Gemeinden sind in ihrer Aufgabe ständigen Veränderungen ausgesetzt.

Eine weitere Herausforderung besteht in der gleichzeitigen Führung stationärer und ambulanter Akteure. Zum Beispiel kann ein gutes ambulantes Versorgungsnetz zur Unterbelegung von Pflegeheimen führen, was finanzielle Ausfälle auf Seiten der stationären Einrichtungen bedeutet. Gleichzeitig birgt eine schlechte ambulante Versorgung die Gefahr, den frühzeitigen Übertritt von Betagten in Pflegeheime zu fördern, was zu höheren Kosten führt. Die Gemeinde ist dafür verantwortlich, beide Versorgungsstrukturen optimal und wirtschaftlich zu führen.

## 2.1.2 Akteure in der ambulanten Versorgung

Die ambulante Versorgung für ältere Menschen wird in der Schweiz von sehr unterschiedlichen Akteuren erbracht. Für die Umsetzung der ambulanten Versorgung sind primär die Spitex-Organisationen zuständig. Daneben erbringen vor allem Hilfswerke, private Unternehmen und Care-Migrantinnen die erforderlichen Leistungen. Der wohl grösste Anteil an Pflege und Betreuung zu Hause wird jedoch freiwillig und unbezahlt vom sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarschaft) geleistet.

### Fokus 1: Die Spitex

Die Spitex ist in der Schweiz ein wichtiges Element in der Gesundheitsversorgung. Es ist unbestritten, dass ihre Leistungen auch in Zukunft an Bedeutung gewinnen. Unter Spitex versteht man die spital- und heimexterne Gesundheitsversorgung. Die Spitex-Organisationen fördern, unterstützen und ermöglichen mit ihrem Angebot das Wohnen und Leben zu Hause für Menschen aller Altersgruppen, welche Hilfe, Pflege, Betreuung, Begleitung und/oder Beratung bedürfen. Die Spitex-Dienste sind auf der Verfassungsebene verankert. Gemäss dem Artikel 112c Abs. 1 sind die Kantone für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause verantwortlich. Die Strukturen der Spitex können sich kantonal aber auch kommunal stark unterscheiden (vgl. Ringger, 2012, S. 4). Grundsätzlich unterscheidet man zwischen gemeinnützigen und erwerbswirtschaftlichen Spitex-Organisationen. Zusätzlich erbringen auch selbstständige Pflegefachpersonen Spitex-Dienstleistungen.

Die Bezeichnung «Spitex» stammt aus den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts und wurde für Organisationen in der ambulanten Pflege verwendet (vgl. Historisches Lexikon der Schweiz). Gewöhnlich entwickelten sich die ambulanten Dienste aus den gemeindeeigenen stationären Pflegediensten (vgl. Neue Zürcher Zeitung, 16.07.2016). Jahrzehntlang war unbestritten, dass öffentliche und gemeinnützige Spitex-Organisationen die ambulante Krankenpflege und Betreuung in den Gemeinden erbrachten. Zu den ersten grossen Veränderungen führte die Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) 1996. Mit der obligatorischen Grundversicherung wurde gleichzeitig ein abschliessender kassenpflichtiger Leistungskatalog festgelegt. Wie in Kapitel 1 ausführlich erläutert, begrenzt sich der Leistungskatalog auf bestimmte pflegerische Dienste, deren Kosten von den Krankenkassen übernommen werden. Nach der Einführung der obligatorischen Grundversicherung gerieten die öffentlichen Spitex-Organisationen unter Spardruck, weil nicht mehr alle Leistungen finanziell unterstützt wurden, sie aber gleichzeitig unter der Versorgungspflicht standen auch «unwirtschaftliche» Leistungen zu erbringen. Bis heute schliessen Gemeinden und Kantone ihre Leistungsverträge in der ambulanten Gesundheitsversorgung mehrheitlich mit öffentlichen, gemeinnützigen Spitex-Organisationen ab. Die Versorgungsaufträge sind mit Auflagen, Verpflichtungen und finanzieller Unterstützung verbunden.

Mit der Diskussion über die neue Pflegefinanzierung brachte man ab 2005 erstmals privatwirtschaftliche, kommerzielle Spitex-Unternehmen ins Gespräch (vgl. Reck, 2015, S. 40). Spätestens mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung drangen verstärkt private gewinnorientierte Spitex-Organisationen in den Pflege- und Betreuungsmarkt. Bisher konzentrieren sich die privaten Spitex-Dienste mehrheitlich auf nicht-kassenpflichtige Leistungen, hauswirtschaftliche und betreuende Tätigkeiten. Doch laut der Vereinigung privater Spitex-Anbieter besteht das Interesse, zusätzlich Aufträge mit Versorgungspflicht zu übernehmen. Die Übernahme solcher Aufträge durch kommerzielle Spitex-Dienste ist bislang gering, weil nur wenige Kantone die Aufträge der ambulanten Gesundheitsversorgung öffentlich ausschreiben (vgl. Neue Zürcher Zeitung, 09.12.2015).

Drei Viertel der Leistungsempfängenden sind 65 Jahre alt und älter und beanspruchen 82 Prozent der verrechneten Spitex-Leistungen. Mehr als die Hälfte der Leistungsstunden werden für 80-jährige und ältere Menschen erbracht. Insgesamt erhalten 5 Prozent der Bevölkerung die Hälfte aller Spitexleistungen. Für die Gesundheitsversorgung älterer Menschen spielt die Spitex folglich eine bedeutende Rolle, insbesondere für 80-jährige und ältere Menschen.

### *Gemeinnützige Spitex-Organisationen*

Gemeinnützige Spitex-Organisationen haben einen öffentlichen Leistungsauftrag und decken ein geografisch begrenztes Gebiet ab. Die gemeinnützige Spitex hat eine Versorgungspflicht. Sie verpflichtet sich, jeden Menschen unabhängig seines Einkommens, der Einsatzdauer und der Wegzeit zu versorgen. Sie ist unterschiedlich organisiert. Die Dienste können entweder als Teil der öffentlichen Verwaltung, als öffentlich-rechtliche Unternehmung oder als private Trägerschaft (Vereine, Stiftungen) vorkommen. Die Dienstleistenden mit gemeinwirtschaftlich orientierten Tätigkeiten erhalten Beiträge von der öffentlichen Hand.

In der Schweiz bilden die gemeinnützigen Spitex-Organisationen das Kernstück der spital- und heimexternen Gesundheitsversorgung. Im Jahr 2014 erbrachte die gemeinnützige Spitex 83 Prozent aller Spitexleistungen. 557 gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Spitex-Unternehmen beschäftigen zurzeit 35'497 Mitarbeitende (16'478 Vollzeitstelle) (vgl. Spitex Verband Schweiz, 2015b). Das bedeutet, dass 82 Prozent aller Beschäftigten in gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Spitex-Unternehmen arbeiten. Gemeinnützige Spitex-Organisationen pflegten, betreuten und begleiteten rund 83 Prozent aller Leistungsempfängenden.

In der Schweiz gibt es auch Hilfswerke, die Spitex-Dienste anbieten. Zum Beispiel das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) Baselland. Dieses Angebot dient als eine ergänzende Dienstleistung zum bestehenden der kommunalen Spitex-Organisationen. Das SRK hat sich vor allem auf die Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen und auf die Entlastung deren Angehörigen spezialisiert.

Die gemeinnützigen Spitex-Organisationen sind in den Kantonen zu insgesamt 24 Spitexverbänden zusammengeschlossen. Gemeinsam bilden sie den nationalen Spitex Verband Schweiz.

### *Gewinnorientierte Spitex-Organisationen*

Gewinnorientierte Spitex-Organisationen sind privatrechtliche Einheiten. Es sind Unternehmen, die über eine kantonale Betriebsbewilligung für die Erbringung von Pflegeleistungen nach KVG verfügen. Grundsätzlich können gewinnorientierte Spitex-Organisationen dieselben Dienstleistungen anbieten wie gemeinnützige Spitex-Organisationen. Die Unterschiede zwischen der öffentlich-gemeinnützigen Spitex und der privaten Spitex sind von den Dienstleistungen her gering. Ein wichtiger Unterschied besteht darin, dass die profitorientierte Spitex keine Versorgungspflicht hat und somit nicht jede und jeden aufnehmen muss. Des Weiteren bezahlen profitorientierte Spitex-Betriebe eine Mehrwertsteuer auf Nicht-KLV-Leistungen wie Haushaltshilfe und Betreuung. Sie erhalten normalerweise keine Beiträge der öffentlichen Hand.

Die Einführung der neuen Pflegefinanzierung 2011 und die steigende Nachfrage nach pflegerischen, hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen zu Hause trugen dazu bei, dass die Anzahl an privaten Spitex-Organisationen zunahm. Die neue Pflegefinanzierung bietet neue Anreize für erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen. Zum Beispiel gilt die Restkostenfinanzierung der Pflege durch die öffentliche Hand neu auch für die profitorientierte Spitex, was den einzelnen Spitex-Betrieben eine verbesserte Ertragssituation ermöglicht (Wächter, 2015, S. 16). Die Bedeutung profitorientierter Spitex-Organisationen in der Schweiz ist noch gering. 207<sup>9</sup> Unternehmen beschäftigen 9'723 Mitarbeitende (3'276 Vollzeitstellen). Ihr Schwerpunkt der Leistungen liegt im Bereich Hauswirtschaft und Betreuung. Dort bedienen sie 20 Prozent der Leistungsempfangenden (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016).

Die erwerbswirtschaftlichen Spitex-Unternehmen sind im Verband *Association Spitex privée Suisse* (ASPS) organisiert. Zurzeit sind 162 private Spitex-Organisationen dem Verband angeschlossen.

Die Angebote zwischen den gemeinnützigen und gewinnorientierten Spitex-Organisationen unterscheiden sich gemäss ASPS kaum. Beide werden den gleichen behördlichen Kontrollen unterzogen und müssen sich an die allgemeinen Vorschriften halten, um die Qualität der Leistung gemäss der kantonalen Auflagen zu garantieren (vgl. SPITEX privée Suisse, 2015). Aus den Qualitätssicherungsmassnahmen ausgeklammert sind reine Betreuungsfirmen und Care-Migrantinnen. Gemäss den gewinnorientierten Spitex-Organisationen besteht in dieser Beziehung Handlungsbedarf. Zwischen den Angeboten von privaten Spitex-Diensten, Betreuungsdiensten und Care-Migrantinnen wurde bisher

---

9 In der Spitex-Statistik beträgt die Anzahl der Leistungserbringenden 321. Die höhere Zahl ergibt sich aus technischen Gründen, da die Unternehmen in verschiedenen Kantonen tätig sind.

wenig differenziert. Für die ASPS würden die privaten Spitex-Dienste darunter leiden. Kundinnen und Kunden hätten keine Anhaltspunkte, anhand deren sie die Angebote bezüglich ihrer Qualität beurteilen könnten. Eine Verzerrung der Angebotsqualität herrscht vor, da weder Betreuungsdienste noch Care-Migrantinnen die Standards von privaten Spitex-Organisationen einhalten müssen. Deshalb besteht die Forderung, die von privaten Spitex-Organisationen erbrachten Betreuungsleistungen explizit von anderen Betreuungsangeboten zu unterscheiden (vgl. ebd.). Der ASPS ist bestrebt, die Unterscheidung zwischen kontrollierten Betreuungsangeboten und ungeprüften Angeboten in der Gesundheitsbranche zu etablieren.

### *Selbstständige Pflegefachpersonen*

Neben den Spitex-Organisationen können auch selbstständige Pflegefachpersonen Dienstleistungen anbieten. Gemäss dem BFS sind 851 Pflegefachpersonen mit Betriebsbewilligung auf dem Markt aktiv. Hauptsächlich umfasst ihr Angebot dasjenige der gemeinnützigen Spitex (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016l). Im Gegensatz zu den Spitex-Organisationen erfolgt die Pflege und Betreuung der betroffenen Personen stets durch dieselbe Pflegefachperson. Die Bedürftigen sind dadurch viel weniger mit regelmässigen Wechseln des Pflegepersonals konfrontiert.

### *Dienstleistungen der Spitex*

Das Angebot der Spitex-Organisationen richtet sich an alle Altersgruppen, welche primär Pflege, Betreuung und Haushaltshilfe benötigen. Pflegeleistungen werden gemäss Art. 7 KLV auf ärztliche Anordnung oder in ärztlichem Auftrag erbracht. Solche Leistungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet. Hauswirtschaftliche und betreuerische Leistungen wie auch der Mahlzeitendienst müssen von den betroffenen Personen selbst übernommen werden.

Zu den Kernaufgaben der Spitex gehören:

- a) Pflegerische Leistungen:
  - › Abklärung, Beratung, Koordination (kassenpflichtige Leistungen gemäss KVG)
  - › Krankenpflege (kassenpflichtige Leistungen gemäss KVG), Körperpflege
  - › Akut- und Übergangspflege (kassenpflichtige Leistungen gemäss KVG)
  - › Beratung in Gesundheitsfragen, Prävention
- b) Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Unterstützung im Haushalt), Betreuung
- c) Mahlzeitendienst

Die Mehrheit der Organisationen bietet jedoch weitere Leistungen wie Sozialdienste, Elternberatung, therapeutische Dienstleistungen, Fahrdienste und Not-

rufsysteme an. Im Jahr 2014 wurden 58 Prozent Pflegeleistungen, 30 Prozent hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen bezogen. Die restlichen 12 Prozent bestehen aus weiteren Leistungen wie Sozialdienste, Fahrdienste, Notrufsysteme und therapeutische Dienstleistungen (Bundesamt für Statistik 2015d, S. 2). Die unterschiedlichen Anteile an Spitexleistungen machen deutlich, dass die Spitex primär für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen wird. Der Anteil von Haushalts- und Betreuungsleistungen ist nicht zu unterschätzen. Die Gesamtverteilung zeigt, dass auf knapp zwei Pflegestunden eine Stunde Hauswirtschaft/Betreuung kommt.

## Fokus 2: Angehörige, Freunde und Bekannte

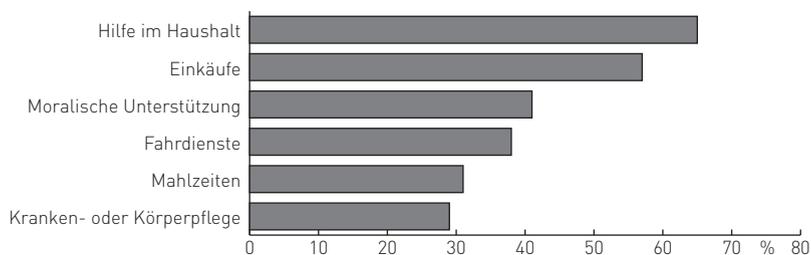
Auf die freiwillige Pflege und Betreuung von älteren Menschen in privaten Haushalten durch Angehörige, Freunde und Bekannte kann das Schweizer Gesundheitssystem *nicht* verzichten. Nach den Hochrechnungen der letzten Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012, erhielten zwischen 680'000 und 750'000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate Pflege und Betreuung «informelle Hilfe» (Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2014, S. 82) von Angehörigen, Freunden und Bekannten. Zwischen 220'000 und 260'000 65-Jährige und Ältere beanspruchten mit oder ohne Spitex-Dienste die informelle Hilfe. Fast die Hälfte der 85-jährigen und älteren Frauen (41%) waren auf die Pflege und Betreuung von Angehörigen und Nahestehenden angewiesen. Bei den Männern hingegen erhielten nur 24 Prozent informelle Hilfe.

Welche Personen die Betreuungs- und Pflegeleistungen für Angehörige erbringen, hängt relativ stark von der Definition der Personengruppe ab. Nimmt man die Anzahl Personen, die Betreuungs- und Pflegeleistungen im eigenen Haushalt und ausserhalb (informelle Freiwilligenarbeit) erbracht haben, so hatten 2013 knapp 171'000 Personen Zeit für Pflege und Betreuung aufgewendet (vgl. Rudin & Strub, 2014, S. 4). Für die Pflege und Betreuung von Angehörigen ist primär die Partnerin oder der Partner zuständig. Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erbrachten sie 52 Prozent der informellen Hilfe (vgl. Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2014, S. 82). Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und des traditionellen Altersunterschieds in Partnerschaften erbringt überwiegend die Partnerin Betreuungs- und Pflegeleistungen (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 38–40). An zweiter Stelle stehen die Kinder der pflegebedürftigen Person (31%). Gerade bei über 79-Jährigen gewinnt die Pflege und Betreuung durch die eigenen Kinder an Bedeutung. Auch in dieser Pflege-/Betreuungskonstellation nimmt die Tochter regelmässiger als der Sohn die Unterstützungsaufgaben wahr. Eine Detailanalyse zeigt, dass die Söhne sich vor allem bei der Vermittlung von Hilfe und bei administrativen Angelegenheiten engagieren (vgl. ebd., S. 39). Die Unterstützung von übrigen Familienmitgliedern ist etwa gleich hoch wie die Betreuung und Pflege durch Nachbarn, Freunde und Bekannte (vgl. Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2014, S. 82). Allerdings besteht in der informellen Hilfe von Familienangehörigen und dem ausserfamilia-

len Kreis ein qualitativer Unterschied der Unterstützung. Die Unterstützung von Freunden und Nachbarn ist seltener im Bereich der praktischen Unterstützung und intensiven Pflege. Sie geschieht hauptsächlich auf der emotionalen Ebene. Für die Pflege von Betagten kommt der ausserfamiliale Kreis deshalb selten in Frage (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 8). Pflegende und betreuende Angehörige sind entweder in Ausbildung, im erwerbsfähigen Alter oder im Rentenalter.

Die Tätigkeiten von betreuenden und pflegenden Angehörigen oder nahestehenden Personen sind verschieden. Teilweise übernehmen sie die Versorgung von einer oder mehreren akut erkrankten oder pflegebedürftigen Personen. Darüber hinaus kann die Unterstützung von der sozialen und psychischen Betreuung bis hin zu häuslicher, administrativen und organisatorischen Tätigkeiten umfassen. Zum Teil lassen sich die Betreuungsaufgaben zur Bewältigung des Alltags schlecht von einer professionellen ausgeführten Grundpflege abgrenzen (vgl. Jehle, 2014, S. 10). Je nach Betreuung und Pflege kann deren Intensität und Dauer stark abweichen. Zwar lässt sich der Gesundheitsverlauf mehr oder weniger planen. Grundsätzlich kann man festhalten, dass in der informellen Hilfe sehr viel Unvorhergesehenes steckt. Die Abbildung 4 zeigt, dass die Unterstützung durch Angehörige, Freunde und Bekannte primär im Bereich der Altershilfe, der sozialen Betreuung und Hauswirtschaft geschieht. Laut den Leistungsempfängenden erhielten sie 2012 65 Prozent der Unterstützung in Form von Hilfe im Haushalt, 41 Prozent moralische Unterstützung und 29 Prozent Kranken- oder Körperpflege. Bei der informellen Hilfe sind die pflegerischen Tätigkeiten weniger bedeutend.

**Abbildung 4: Erhaltene Hilfe von Angehörigen, Freunden und Bekannten**



Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2014, S. 82, eigene Darstellung.

### *Die Bedeutung der Pflege und Betreuung durch Angehörige<sup>10</sup>*

Dass die Angehörigen einen wesentlichen Beitrag zur Betreuung und Pflege von bedürftigen Personen leisten, wird in Tabelle 1 ersichtlich.

10 In diesem Abschnitt fallen unter Angehörige auch diejenigen Personen, welche ausserhalb der Familie sind, jedoch den betreuten und pflegenden Personen nahe stehen.

In der Schweiz leisteten Angehörige im Jahr 2013 42 Mio. Stunden unbezahlte Arbeit in der Betreuung und Pflege von bedürftigen Personen die im selben Haushalt leben. Wird diese Anzahl Stunden mit den durchschnittlichen Arbeitskosten von 57 Franken pro Stunde<sup>11</sup> multipliziert, ergibt das einen Wert von 2.41 Mia. Franken. Ausserhalb des eigenen Haushalts wurden rund 21 Mio. Stunden Pflegearbeit geleistet. Daraus ergeben sich unbezahlte Arbeitskosten von 1.22 Mia. Franken. Insgesamt ergibt sich aus den von Familienangehörigen für Betreuung und Pflege geleisteten Stunden ein monetärer Wert von 3.63 Mia. Franken.

**Tabelle 1: Anzahl geleistete Arbeitsstunden von betreuenden und pflegenden Angehörigen und monetäre Bewertung, gesamte Schweiz 2013**

Betreuung und Pflege von Angehörigen	Anzahl Stunden, in Mio.	Durchschnittliche Arbeitskosten pro Stunde, in Fr.	Monetäre Bewertung, in Mia. Fr.	Zum Vergleich: Spitex (2012), in Mia. Fr.
Im gleichen Haushalt lebend	42.3	57.00	2.41	
Nicht im gleichen Haushalt lebend	21.4	57.00	1.22	
<b>Total</b>	<b>63.7</b>		<b>3.63</b>	<b>1.93</b>

Quelle: Eigene Darstellung.

### *Verknüpfung von Spitex-Diensten und helfenden Angehörigen im ambulanten Versorgungsbereich*

Vergleichen wir in der Tabelle 1 die monetäre Bewertung der Arbeitsleistung von Angehörigen und von Spitex-Diensten, wird deutlich, welche finanzielle und gesundheitspolitische Bedeutung die Betreuungs- und Pflegeleistungen von Angehörigen haben. Angehörige leisten fast doppelt so viele Arbeitsstunden in Pflege und Betreuung als die Spitex-Organisationen.

Dass die ambulante Versorgungsstruktur von älteren Menschen auf die informelle Hilfeleistung von Angehörigen angewiesen ist, macht die Gesundheitsstatistik des BFS deutlich (Schweizerische Gesundheitsbefragung, 2014, S. 82 ff.). Rund 63 Prozent der Personen, die Spitexleistungen in Anspruch nehmen, erhalten zusätzliche Betreuung und Pflege durch Angehörige.

11 Der Betrag ergibt sich aus den Angaben des Satellitenkontos Haushaltsproduktion (SHHP) des Bundesamts für Statistik (BFS). Das SHHP enthält die durchschnittlichen Arbeitskosten unbezahlter Arbeit pro geleistete Arbeitsstunde. «Mit dem Satellitenkonto Haushaltsproduktion (SHHP) wird der monetäre Wert der unbezahlten Arbeit in Bezug gesetzt zur gesamten Bruttowertschöpfung der Schweiz» (BFS, 2016n).

Die ambulante Versorgung im Altersbereich ist durch die Koppelung von Spitex-Diensten und helfenden Angehörigen stark geprägt. Berücksichtigt man die Leistungen, welche beide Akteure erbringen, lässt sich folgende Hypothese formulieren:

Die ambulante Versorgung in der Schweiz ist geprägt von einer Kombination informeller Hilfe und ausgebauter formeller Pflege. Familienmitglieder und ausserfamiliale Netze fokussieren dabei auf Aufgaben im Bereich Betreuung, Hauswirtschaft und Administration, hingegen übernehmen professionelle Fachpersonen/-dienste mehr Leistungen der Grund- und Behandlungspflege wahr.

### *Aktuelle Herausforderungen für pflegende und betreuende Angehörige*

Angehörige können für kurze oder längere Zeit eine Rolle als betreuende und pflegende Angehörige innerhalb der Familie übernehmen. Dauert die Pflege und Betreuung an, kann dies zu verschiedenen Herausforderungen und Belastungssituationen führen. Sie können psychisch oder physisch überfordert sein oder die Vereinbarkeit von Familie und Beruf lässt sich nicht mehr bewältigen. Gerade bei niedrigen Einkommensverhältnissen ist der teilweise oder vollständige Erwerbsausfall für die finanzielle Absicherung kritisch (vgl. Jehle, 2014, S. 10). Genauso wie betreuungs- und pflegebedürftige Betagte ihr Altern mit einer Ungewissheit erleben, so befinden sich betreuende und pflegende Angehörige ebenfalls in kritischen Phasen mit Emotionen wie Angst, Ungewissheit und Hoffnung. Betreuung und Pflege ist vielfach mit einer Situation verbunden, die nicht voraussehbar ist. Im Extremfall können Angehörige durch Überforderung, Überlastung und Erschöpfung unter Gesundheitsstörungen leiden (vgl. Perrig-Chiello & Höpflinger & Schnegg, 2010, S. 23 ff.). Um diesen Risiken vorzubeugen, sieht der Bundesrat in folgenden Bereichen Handlungsbedarf (vgl. Bericht des Bundesrates, 2014, S. 34–35):

#### a) Informationen für betreuende und pflegende Angehörige

Eine Situationsanalyse (Bischofberger et. al., 2014) hat ergeben, dass es an leicht zugänglichen Informationen über mögliche Unterstützungs- und Entlastungsangeboten fehlt. Aus diesem Grund muss der Zugang erleichtert werden. Zudem sind gerade erwerbstätige Angehörige darauf angewiesen, Informationen über rechtliche Regelungen und konkrete Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege beziehen zu können. Darüber hinaus sind Informationen zur Bewältigung von Alltagssituationen vor Ort oder in Form einer Hotline dringend notwendig.

#### b) Unternehmen sensibilisieren

Bisher sind die Herausforderungen zur Vereinbarkeit der Erwerbstätigkeit im Zusammenhang mit der Altersbetreuung noch wenig thematisiert. Unternehmen müssen verstärkt auf das Thema von pflegenden und betreuenden Angehörigen

aufmerksam gemacht werden. c) Qualität der Entlastungsangebote in Abwesenheit der Angehörigen

Die Formen und Zugänge der Entlastungsangebote müssen den Bedürfnissen der Angehörigen entsprechen. Angebote sind dann bedarfsgerecht, wenn Angehörige tagsüber, nachts oder wochenweise abwesend sein können. Dies erfordert auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Angebote, was eine verstärkte Koordination zwischen allen beteiligten Akteuren bedingt.

d) Finanzielle Tragbarkeit der Entlastungsangebote

Die Kosten von Fremdbetreuung zu Hause als auch Angebote in Tagesstrukturen oder Ferienbetten müssen in der Regel von den betreuungs- und pflegebedürftigen Personen selber getragen werden. Gerade für betroffene Personen mit tiefem Einkommen oder tiefer Rente müssen die finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten geprüft werden.

e) Bildungsaspekte für die Gesundheits- und Sozialberufe

Letztlich müssen die Anliegen von Angehörigen als «Mitversorger» (Bericht des Bundesrates, 2014, S. 34) verstärkt in die Bildungsangebote der Pflegeberufe einfließen.

### **Fokus 3: Hilfswerke und gemeinnützige Dienstleistungsorganisationen**

Im Rahmen der Literaturrecherche muss die Rolle von Hilfswerken und gemeinnützigen Dienstleistungsorganisationen (zum Beispiel Stiftungen, Vereine in der Versorgung von älteren Menschen) einbezogen werden. Allerdings bleiben die Informationen zu den Akteuren bescheiden. Eine Übersicht zur Situation dieser Akteure ist in der Schweiz deshalb nicht möglich. Während der Recherche wurde deutlich, dass Hilfswerke und gemeinnützige Dienstleistungsorganisationen ihre Dienstleistungen für Betagte stark auf die regionalen Gegebenheiten abstimmen. Gesamtschweizerische, flächendeckende Angebote sind selten. Im Folgenden werden als Beispiele die Angebote der Organisationen Caritas Schweiz, Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland und Pro Senectute Stadt Zürich vorgestellt.

#### *Caritas Schweiz «Zuhause betreut»*

Seit geraumer Zeit bietet die Caritas Schweiz Betreuungsdienste in Privathaushalten an. Das Angebot «Zuhause betreut» richtet sich an Haushalte, in denen eine 24-Stunden-Betreuung eines älteren Familienmitglieds benötigt wird (vgl. Caritas, 2016). Die Hilfsorganisation setzt gut ausgebildete Betreuerinnen und Betreuer aus dem europäischen Caritas Netzwerk ein (Rumänien und Slowakei). Die Dienstleistungen sollen die Betroffenen vollumfänglich umsorgen und dienen gleichzeitig als Entlastung für betreuende und pflegende Angehörige. Das Angebot «Zuhause betreut» besteht ausschliesslich aus betreuerischen Tätigkeiten. Kassenpflichtige Leistungen müssen von einer Spitex-Organisation bezogen wer-

den. Die Dienstleistung der Caritas versteht sich als ergänzendes Angebot. Zurzeit bietet die Caritas das Angebot in der Region Zentralschweiz und Zürich an. Da die Dienste nur nicht-kassenpflichtige Leistungen beinhalten, erfolgt die ganze Kostenübernahme durch die Leistungsempfänger.

Unter Betreuungs-Dienste fallen folgende Bereiche (vgl. Caritas, 2015, S. 1–2):

a) Haushalt führen

Einkaufen und Zubereiten von Mahlzeiten, Schaffen von Ordnung und wohnlichem Raumklima, Wohnungsreinigung und Entsorgung, Kleiderpflege (Waschen, Bügeln, Ausbessern), Pflege von Pflanzen und Haustieren, Besorgungen, Mithilfe bei den Vorbereitungen für einen Ortswechsel.

b) Gesellschaft leisten

Präsenz (Kommunikation und Zusammenleben gestalten), Gemeinsam essen, Zeit gestalten (Tagesstruktur, gemeinsame Aktivitäten durchführen, Gäste empfangen), Begleiten zu Arztterminen, Besuchen, religiösen Feiern.

c) Einfache Handreichungen für die Körperpflege anbieten

Beim Waschen und Frisieren, beim An- und Auskleiden, Bei der Bewegung (beim Aufstehen, beim zu Bett gehen, auf der Toilette, Gehhilfen bereitstellen).

d) Sicherheit schaffen

Orientierung in Raum und Zeit geben, auf vorbereitete Medikamente aufmerksam machen oder die Nichteinnahme melden, Veränderungen beobachten und an die Angehörigen/die Einsatzleitung weiterleiten, Hilfe holen im Notfall.

e) Haushaltsgeld

Die auftraggebende Person übergibt der Betreuerin /dem Betreuer das benötigte Haushaltsgeld (z. B. für zwei Wochen). Dieses wird gemäss den Haushaltsbedürfnissen eingesetzt und mit dem Auftraggeber wie vereinbart schriftlich abgerechnet.

### *Caritas Palliative Care*

Mehrere regionale Caritas-Organisationen bieten an, Freiwillige zu vermitteln, die schwer kranke und sterbende Menschen sowie deren Angehörige zu Hause, im Pflegeheim oder im Spital begleiten (vgl. Caritas-Luzern, o.J.). Die Freiwilligen sind in Gruppen organisiert und stehen Tag und Nacht zur Verfügung.

### *Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) Baselland «Unterstützungsdienste im Altersbereich»*

Das SRK Baselland bietet vielfältige Dienste an, welche sich an bedürftige Betagte oder an pflegende und betreuende Angehörige richten. Im Gegensatz zu anderen

Organisationen sind sie ebenfalls im pflegerischen Bereich als anerkannter Spitex-Dienst tätig.

### *SRK Pflege und Betreuung*

Das SRK Baselland betreut und begleitet pflegebedürftige Personen in Privathaushalten durch eigene ausgebildete Pflegehelferinnen SRK. Das SRK Baselland arbeitet eng mit den Angehörigen, der lokalen Spitex, Ärztinnen, Ärzte und weiteren Beteiligten zusammen. Die Dienstleistungen richten sich vor allem auf Betreuungs- und Haushaltsaufgaben (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. f):

#### a) Betreuung und Alltagsbegleitung

Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten, Gesellschaft leisten und leichte Hausarbeiten, Überwachung der Medikamenteneinnahme.

#### b) Unterstützung bei der Grundpflege

Unterstützung bei der Körperpflege, Hilfe beim Essen sowie An- und Auskleiden, Hilfe beim Toilettengang und bei Inkontinenz.

#### c) Betreuung bei Demenz

Begleitung in herausfordernden Situationen, Schaffung eines sicheren Umfeldes, Förderung von sinnvollen Aktivitäten.

Bei der Grundpflege erbringen die Dienste des SRK Baselland auch kassenpflichtige Pflegeleistungen (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. g). Doch hauptsächlich dient der Spitexbereich des SRK als ergänzendes Angebot zu den kommunalen Spitex-Diensten.

Im Bereich Pflege und Betreuung bietet das SRK Baselland zwei weitere Dienste an. Erstens ist es pflegenden und betreuenden Angehörigen möglich, einmal pro Woche von einem Entlastungsangebot zu profitieren. Für vier Stunden übernehmen Pflegehelferinnen Aufgaben von Angehörigen bei der Pflege und Betreuung von Betagten für einen kostenpflichtigen Betrag. Zweitens erbringen die Pflegehelferinnen in stationären Einrichtungen Sitzwachen, damit sich «unruhige, ängstliche oder schwerkranke Patienten oder Bewohner» (Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. e) sicher und geborgen fühlen.

«Dementia Care» ist ein weiteres Angebot, welches sich an Angehörige demenzkranker Personen richtet. SRK-Mitarbeitende übernehmen pflegerische und betreuende Leistungen während der Abwesenheit der Angehörigen. Es ist ein weiteres Entlastungsangebot für betreuende und pflegende Angehörige, damit diese ihren eigenen Verpflichtungen (Termine, Einkäufe, soziale Kontakte) nachgehen und sich erholen können.

### *SRK Baselland Besuchen und Begleiten*

Ebenfalls wie einige regionale Caritas-Organisationen begleiten Freiwillige des SRK kranke und sterbende Menschen zu Hause. Zum einen betreuen sie die bedürftigen Menschen, zum anderen sorgen sie für Entlastung betroffener Angehörigen. Die Begleitung ist mit einer einmaligen Vermittlungsgebühr verbunden. Freiwillige sind nicht nur im Bereich Besuch im Einsatz, sondern auch im Transportdienst. Freiwillige Fahrerinnen und Fahrer begleiten ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität zu Terminen beim Arzt, im Spital oder zu Therapien.

### *SRK Beratung*

Nahestehende Personen, die ältere Menschen betreuen und pflegen, haben bei Schwierigkeiten die Möglichkeit, sich beim SRK zu melden. Das Fachpersonal beantwortet in Gesprächen Fragen rund um die Pflege von Angehörigen und gibt Auskunft über die regionalen/lokalen Entlastungsangebote. Die Gespräche werden telefonisch geführt (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. b). Weitere Beratungsdienste bietet das SRK im Bereich der Patientenverfügung an.

### *Pro Senectute Kanton Zürich «Dienstleistungszentren für Betagte»*

Die Pro Senectute Kanton Zürich verfügt in ihren regionalen Dienstleistungszentren über ein vielfältiges Angebot für die Betreuung und Pflege von Betagten. Die Angebote gehen über pflegerische und betreuerische Tätigkeiten hinaus: Das Spektrum reicht von der Sozialberatung über Besuchs- und Mahlzeitendienst bis hin zu Bildungs- und Kulturangeboten, Bewegungs- und Sportangeboten. Des Weiteren bedient die Pro Senectute Kanton Zürich nicht nur die betroffenen Betagten. Die Beratung richtet sich auch an betreuende und pflegende Angehörige wie an Gemeinden und Altersinstitutionen. Das Fachpersonal der Pro Senectute berät und begleitet Gemeinden und Institutionen bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Altersarbeit (vgl. Pro Senectute Kanton Zürich, o.J. a).

### *Pro Senectute «Perle zuhause daheim– Begleitung und Betreuung im Alltag»*

Unter dem Namen «Perle zuhause daheim– Begleitung und Betreuung im Alltag» bietet die Pro Senectute Kanton Zürich umfassende Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung im Altersbereich an. Angeschlossen am privaten Spitexverband, bietet «Perle» Dienste in der Pflege, Betreuung/Begleitung und Haushalt an (vgl. Pro Senectute Kanton Zürich, o.J. b).

a) Unterstützung im Haushalt

Aufräumen und Abstauben, Staubsaugen und Fenster putzen, Waschen und Bügeln, Einkaufen, Kochen und Geschirr spülen, Pflege von Pflanzen und Gärten, Hilfe in der Haustierhaltung, Unterstützung bei administrativen Aufgaben.

b) Begleitung und Gesellschaft

Spaziergängen und Ausflügen, Begleitung im öffentlichen Verkehr, Besorgungen, Arztbesuche und Therapien, anderen Gelegenheiten nach Wunsch des Leistungsempfangenden.

c) Pflege

KVG-Leistungen, Unterstützung bei der Körperpflege, beim Anziehen, beim Essen und Trinken, bei Nachtwachen und der Entlastung von Angehörigen.

### *Akteure mit vielfältigen Aufgaben*

Im Gegensatz zu anderen Akteuren lassen sich die Hilfswerke und gemeinnützigen Organisationen nur schwer einordnen. Älteren Menschen bieten sie sehr vielfältige und unterschiedliche Dienste im ambulanten und intermediären Versorgungsbereich. Die Akteure können sich innerhalb ihrer Organisation stark voneinander unterscheiden. So bietet zum Beispiel die Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden im Vergleich zur Pro Senectute Kanton Zürich ein kleineres Angebotsspektrum an. Die Caritas Schweiz bietet nur in einzelnen Regionen das Betreuungsangebot «Zuhause betreut» an. Das SRK Kanton Baselland hat sich auf die Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen und Entlastung deren Angehörigen spezialisiert. Daraus lässt sich folgern, dass sich die Akteure Hilfswerke und gemeinnützigen Dienstleistungsorganisationen stark auf den regionalen Bedarf der Versorgung im Altersbereich ausrichten. Des Weiteren scheint die Beratung ein Angebot darzustellen, welches dazu dient, pflegende und betreuende Angehörige in der Betreuung zu unterstützen.

Für die Hilfswerke und gemeinnützigen Dienstleistungsorganisationen rücken auch helfende Angehörige in den Fokus der Unterstützung. Zwei der vorgestellten Akteure übernehmen ebenfalls pflegerische Tätigkeiten und nehmen dadurch die Rolle eines Spitex-Dienstleistenden an. In welchem Verhältnis diese zu den öffentlich-rechtlichen Spitex-Organisationen stehen, bleibt offen. Das Angebot «Zuhause betreut» bietet explizit Dienste an, die ausserhalb des kassenpflichtigen Leistungskatalogs stehen. Damit möchte man die regionalen Spitex-Organisationen nicht konkurrenzieren, sondern ergänzen.

Alle Akteure sind auf die unbezahlte Arbeit von freiwilligen Personen angewiesen. Gerade im Bereich der Begleitung (Sitzwache oder Transportdienste) ist der Einsatz von Freiwilligen von Bedeutung. Die freiwilligen Helferinnen und Helfer erhalten organisationsinterne Grundschulungen. Obschon sich die drei Beispiele von Akteuren unterscheiden, liegt allen drei das Ziel zu Grunde, den älteren Menschen ein möglichst langes Leben in ihren eigenen vier Wänden zu

ermöglichen. Daraus ergeben sich Angebote, die nicht nur auf die betagten Personen selbst abzielen, sondern auch auf weitere Akteure wie Angehörige, Gemeinden oder Institutionen im Altersbereich.

#### **Fokus 4: Care-Migration**

Um den wachsenden Bedarf an Pflegeleistungen zu decken und die hohen Pflegekosten zu vermeiden, werden vermehrt Fachkräfte aus dem Ausland rekrutiert. Solche Arbeitskräfte werden unter dem Begriff Care-Migration zusammengefasst. Im Obsan Bericht 57 wird der «Stand des Wissens zu transnationalen Arrangements in der häuslichen Grundversorgung» erläutert (vgl. Van Holten & Jähnke & Bischofberger, 2013). 11 transnationale Care-Arrangements wurden dabei untersucht. In allen Arrangements waren die Personen weiblich und aus Deutschland oder Osteuropa. In der Befragung der Angehörigen nach ihren Beweggründen, eine Care-Migrantin einzustellen, waren der Wunsch nach einer Betreuung zu Hause, eine persönliche Betreuung und die Finanzierbarkeit des limitierten Betreuungsangebots in der Schweiz die Hauptgründe (ebd., S. 26 ff.). Im Gegensatz zu anderen Dienstleistenden sind Care-Migrantinnen zu einem verhältnismässig tiefen Lohn angestellt (Schilliger, 2013a, S. 155). Oft müssen sie permanent verfügbar sein und sind rechtlich nur unzureichend abgesichert (Jehle, 2014, S. 14).

Zahlen zur Situation von Care-Migrantinnen in der häuslichen Pflege liegen für die Schweiz keine vor. Bestehende Datenbanken lassen keine Aussagen zur Anzahl Care-Migrantinnen zu. Im Zentralen Migrationsinformationssystem (Zemis) des Staatssekretariats für Migration (SEM) werden die eingewanderten ausländischen Arbeitnehmenden erfasst. Die Angaben erlauben es jedoch nicht, Care-Migrantinnen zu identifizieren. Auf Basis der unterschiedlichen Studien schätzte die Gewerkschaft Unia die Beschäftigtenzahl auf rund 125'000 Vollzeitstellen (Van Holten & Jähnke & Bischofberger, 2013, S. 18).

Die Care-Migration ist stark mit den Vermittlungsagenturen und privaten Betreuungsunternehmen verwoben. Agenturen und Betreuungsunternehmen bieten Dienste der Care-Migrantinnen auf dem Schweizer Betreuungs- und Pflegemarkt an.

#### *Live-in Versorgung als grösste Herausforderung*

Die prekären Arbeitsbedingungen prägen die Arbeitsverhältnisse von Care-Migrantinnen. Vor allem in den live-in Arrangements, in welchen der Wohnort mit dem Arbeitsort gekoppelt ist, spitzt sich die prekäre Situation zu. Live-in Arrangements stehen für tiefen Lohn trotz anspruchsvoller Tätigkeit, für ausufernde Arbeitszeiten, für ständige Verfügbarkeit, für unklare Regelung von Arbeits- und Freizeit, für extrem kurze Kündigungsfristen, für fehlende Arbeitsplatzsicherheit und letztlich für mangelnde Abgeltung von Pikettdiensten (vgl. Van Holten & Jähnke & Bischofberger, 2013, S. 47).

Live-in Angebote verfügen im Vergleich zu den Spitex-Dienstleistungen über einen wichtigen Vorteil. In Live-in Pflege- und Betreuungsdiensten ist immer jemand da. Die Möglichkeit der Beziehungsarbeit in solchen 24-Stunden-Betreuungs-Verhältnissen kann weder eine Spitex noch ein Pflegeheim anbieten. Allerdings wird im Obsan Bericht 57 erwähnt, dass die Qualität der Versorgung aufgrund der umfassenden Präsenz kritisch zu beurteilen ist, sobald die Erwartung an die Care-Migrantinnen bestehen, die Rolle als Familienersatz einzunehmen. In der Schweiz hat sich für Live-ins der 24-Stunden-Versorgung die Bezeichnung Senior-Pair etabliert (vgl. Schilliger, 2013a, S. 155). Bei Senior-Pairs lastet die Hauptverantwortung der Pflege und Betreuung bei der Care-Migrantin.

In welchem Masse die Angebote von Care-Migrantinnen die Dienstleistungen von Spitex-Organisationen konkurrenzieren, wird kontrovers diskutiert. In den Expertinnen- und Experteninterviews nimmt niemand eine Konkurrenzsituation wahr, weil die meisten Vermittlungsagenturen von Care-Migrantinnen über keine kantonale Zulassungsbewilligung verfügen und reine Betreuungsaufgaben übernehmen. Bei der Befragung von Leistungsempfangenden wird die Inanspruchnahme von Dienstleistungen einer Care-Migrantin mit unzureichenden Dienstleistungen seitens der Spitex begründet (vgl. Van Holten & Jähnke & Bischofsberger, 2013, S. 48). Grundsätzlich geht man davon aus, dass die neuen Agenturen und Betreuungsunternehmen als Ergänzung zu den Spitex-Organisationen agieren. Dies ist vor allem im Bereich der haushalts- und alltagsnahen Unterstützungsleistungen der Fall. Die Vermittlungsagenturen und Betreuungsunternehmen haben zu gemeinnützigen Spitex-Organisationen wesentliche Vorteile im Bereich der zeitintensiven Betreuungsverhältnisangeboten. Gemeinnützige Spitex-Organisationen beschränken ihre Dienstleistungen auf den exakt ermittelten Bedarf. Deshalb werden keine umfassenderen Betreuungsangebote erbracht (vgl. Schilliger, 2013a, S. 146; Reck, 2015, S. 85 ff.).

### 2.1.3 Akteure in intermediären Versorgungsstrukturen

Heutzutage findet die Pflege und Betreuung von betagten Personen nicht mehr nur im eigenen Zuhause oder im Pflegeheim statt. Intermediäre Strukturen in Form von Tagesbetreuung oder kurze Heimaufenthalte ergänzen die Versorgungsbereiche für Betagte. Über die Bedeutung der intermediären Strukturen ist noch wenig bekannt. Darüber hinaus gibt es kaum statistische Informationen.

#### Fokus 1: Tagesstätte für Betagte

Tagesstätten für Betagte bieten Angebote zur Aktivierung und Beschäftigung älterer Menschen in Tagesstrukturen an. Die Tagesstätten bieten gleichzeitig auch Entlastungsdienste für pflegende und betreuende Angehörige.

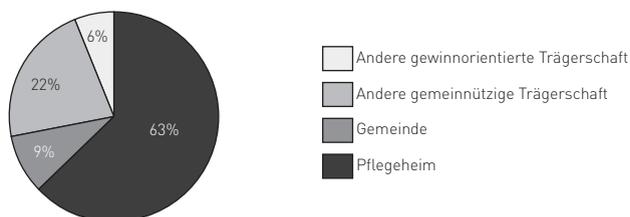
In der Schweiz gab es bis vor kurzem keine Übersicht über die Angebote von Tages- und Nachtstrukturen für Betagte. In einer Studie zum Angebot intermediärer Strukturen im Altersbereich in der Schweiz wurde zum ersten Mal

eine umfangreiche Erhebung zu Tages- und Nachtstrukturen durchgeführt (Werner et. al., 2016). In der Schweiz sind circa 400 Einrichtungen mit Tages- und Nachtstrukturen gemeldet. Die befragten Einrichtungen gaben an, über 2000 Tagesplätze und 150 Nachtplätze zu verfügen. 4'300 Gäste wurden im letzten Jahr betreut (400'000 Besuchstage). Die intermediäre Versorgungsstruktur hat durch die Einrichtungen von Tagesstätten an Dynamik gewonnen. Die Schweizerische Alzheimervereinigung hatte 2006 eine Umfrage durchgeführt, in welcher sich das schweizweite Angebot von Tagesstätten auf 124 Tagesplätze belief (vgl. Ecoplan, 2013, S. 24). Im Vergleich zum ambulanten und stationären Versorgungsangebot der Spitex und Pflegeheimen ist die Bedeutung von Tagesstätten noch gering.

Tagesstätten können in unterschiedlichen Zusammenhängen vorkommen. Dementsprechend werden die Begriffe Tagesklinik, Tageszentrum, Tagesheim, Tagesbetreuung oder Tagespflegeheim oftmals synonym verwendet. Drei Formen von Tagesstätten können generell unterschieden werden. Erstens gibt es das Angebot mobiler Entlastungsdienste, welche zu den älteren Menschen hingehen und diese betreuen. Zweitens gibt es Tagesstätten, welche die Betagten als Gäste empfangen. Drittens gibt es Tagesstätten, welche die Tagesaufenthalterinnen und -aufenthalter in die Tagesstruktur der Heimbewohnerinnen und -bewohner integrieren.

Die Organisationsform der Tagesstätten ist unterschiedlich. Sie können als solitäre, autonom funktionierende, Einrichtungen vorkommen. Sie können aber auch organisatorisch in eine bereits bestehende Institution eingebunden sein. Tagesstätten gibt es in Pflegeheimen, Pflegezentren, Alterszentren, Pflegewohngruppen, bei Privatpersonen mit einer Pflege- oder Aktivierungsausbildung, in Spitex-Organisationen und in Vereinen (vgl. Köppel, 2015, S. 7). Die Studie von Köppel (2015) zum Angebot intermediärer Strukturen macht deutlich, dass 60 Prozent der angemeldeten Tages- und Nachtstrukturen Pflegeheime als Trägerschaft haben.

**Abbildung 5: Trägerschaft der Tages- und Nachtstrukturen**



Quelle: Werner et. al., 2016, S. 29.

Durchschnittlich liegt das Einzugsgebiet einer Tagesstätte innerhalb einer maximalen Anreizezeit von 35 Minuten. Je nach Siedlung- und Altersstruktur ist die Anzahl der Tagesplätze unterschiedlich. Eine durchschnittliche Einrichtung hat 8 Tagesplätze (vgl. Werner et. al., 2016). Ruth Köppel beobachtete in ihrer Fall-

studie, dass im Vergleich zu den Pflegeheimen die Besucher von Tagesstätten vergleichsweise jung (43% sind zwischen 65 und 79 Jahre alt), kaum pflegebedürftig und häufig Männer (53%) sind.

### *Die Funktion von Tagesstätten*

Die Tagesstätten sind Angebote zur Entlastung pflegender Angehörige. Hauptsächlich handelt es sich um periodische (zum Beispiel eine Woche pro Monat), punktuell planbare (Teilnahme Hochzeit, Abendkonzert) und punktuell nicht planbare (eigene Erkrankung, Teilnahme an Beerdigung) Entlastungen.

Tagesstätten orientieren ihr Angebot am unterschiedlichen Unterstützungsbedarf älterer Menschen, damit sie möglichst selbstständig den Alltag bestreiten können, ohne in stationäre Einrichtungen übertreten zu müssen.

Tagesstätten ermöglichen älteren Menschen, sich zu vernetzen. An Mittagstischen oder an weiteren Orten der Begegnung findet ein generationenübergreifender Austausch statt.

Ein Blick auf das Angebotsspektrum von ausgewählten Tagesstätten<sup>12</sup> zeigt, dass es sich ausschliesslich um Betreuungstätigkeiten handelt: Ausflüge, Werken, Handarbeit, Spazieren, Spiele, Malen und Gestalten, Musik, Singen, Tanz, Rhythmus, Hausarbeit, Kochen, Gespräche, Erzählen, Vorlesen, gesellige Anlässe, Bewegung, Turnen (vgl. Köppel, 2015, S. 24).

Die Preise für die einzelnen Angebote sind schwer zu vergleichen. Die kantonalen Unterschiede sind gross. Das Preisspektrum schwankt zwischen 40 und 140 Franken pro Tag. Im Durchschnitt liegt der Preis bei 105 Franken pro Tag. Die Mehrheit der Tages- und Nachtstätten liegt jedoch über dem Durchschnitt der Preise bei 125 Franken pro Tag (Median) (vgl. Werner et. al., 2016, S. 28). Über drei Viertel der Tagesstätten erhalten finanzielle Unterstützung von den Kantonen. Ohne die öffentlichen Subventionen würden die Angebotskosten das Budget der betroffenen Betagten übersteigen (Köppel, 2015, S. 13).

### *Die Bedeutung von Fahrdiensten und Angehörigen für Tagesstätten*

Alle Tagesstätten sind auf die Leistungen der Fahrdienste angewiesen. 89 Prozent aller Teilnehmenden reisen mit Begleitung an. Knapp die Hälfte der Betroffenen ist auf Fahrdienste wie jene des Tixi-Taxis oder des SRK (Einzeltransporte) angewiesen. Fahrdienste funktionieren dank dem Einsatz von Freiwilligen, Spenden und/oder Beiträgen von Gemeinden oder Kantonen. In den Städten muss der Transport mehrheitlich selbst organisiert werden. Dementsprechend fallen die Kosten dort auch auf die Einzelpersonen zurück (vgl. Köppel, 2015, S. 19).

Neben den Fahrdiensten sind es vor allem Angehörige, die den Besuch von älteren Menschen in Tagesstätten ermöglichen. Selten kommt es vor, dass sich die

---

12 Pflegezentrum Entlisberg Zürich, Tagaktiv Horgen, Pflegezentrum Baar, Sternenhof Basel, Tagesklinik der Stadt Winterthur.

älteren Menschen selbst für die Tagesplätze anmelden. Die Rolle der Tagesstätten-Verantwortlichen und der Angehörigen lassen sich auf drei unterschiedliche Arten festlegen:

#### 1) Aktive Betreuung und Beratung

Die Tagesstätten-Verantwortlichen nehmen aktiv den Kontakt mit den Angehörigen auf. Die Angehörigen erhalten periodisch Informationen, wie es der betagten Person in den Tagesstätten geht. Häufig ist die periodische Berichterstattung mit einer schrittweisen Vorbereitung zum Heimeintritt verbunden. Die Angehörigen werden direkt in den Entwicklungsverlauf der betagten Person einbezogen. Zusätzlich bieten einzelne Tagesstätten Bildungsveranstaltungen an und der Kontakt mit anderen Angehörigen wird gefördert.

#### 2) Hilfeleistung bei Bedarf

Einige Tagesstätten sind in Form von Anlaufstellen organisiert. Angehörige können sich bei Fragen und Problemen melden. Die Tagesstätten-Mitarbeitenden bieten entsprechende Beratungen an, zum Beispiel wie mit Hilfe der Hilflosenentschädigung das Budget verbessert werden kann oder wie man mit Selbstmorddrohungen des Partners umgehen kann (vgl. ebd., S. 27).

#### 3) Kontaktaufnahme bei Aussergewöhnlichem

Tagesstätten bieten den Angehörigen einen Fullservice an. Das heisst, die Angehörigen müssen sich an den Tagesstätten-Tagen um nichts kümmern. Die betreuungsbedürftige Person wird vom Fahrdienst geholt und gebracht. Angehörige werden nur in aussergewöhnlichen Situationen kontaktiert und informiert. Den Austausch zwischen Tagesstätten-Verantwortlichen und Angehörigen erfolgt an einem jährlichen Treffen. Für die Beratung von Angehörigen stehen andere Stellen zur Verfügung.

### *Herausforderungen der Tagesstätten*

Der Besuch von Tagesstätten ist für die Betroffenen und Angehörigen nicht unproblematisch. Betagte haben oft Vorbehalte und Angst vor neuen Leuten und die Angehörigen entwickeln Schuldgefühle, jemanden in eine Tagesstätte überführt zu haben – im Sinne: «Es ist der Anfang vom Abschied» (Köppel, 2015, S. 28). Damit das Angebot der Tagesstätten für die Betagten (als Betreuungsangebot) und vor allem für die Angehörigen (als Entlastungsangebot) wahrgenommen wird, ist das Einwirken von professionellen Stellen wichtig. In einer Umfrage zur Gestaltung von Tagesstätten werden folgende Akteure aufgezählt: (vgl. ebd., S. 28) Hausarzt, Spitex, Spital, Geriater, Gerontologische Beratungsstelle, Psychiatrie, ReHa, Sozialamt, Case-Management, Alzheimervereinigung, Kirchengemeinde, Beratungsstellen von Gemeinden und Pro Senectute. Eine weitere Herausforderung stellen die Zielgruppen selbst dar. Die Teilnehmenden sind sehr heterogen und weisen grosse Unterschiede bezüglich vorhandenen Ressourcen (geistige Res-

sourcen, psychische Ressourcen, körperliche Ressourcen) auf. Die Ausrichtung des Angebots muss deshalb möglichst viele unterschiedliche Gruppen ansprechen.

## **Fokus 2: Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service**

Betreutes Wohnen bezeichnet primär eine individuelle Wohnform für ältere Menschen. Als Akteur zählt die Wohnform deshalb, weil sie mit Serviceleistungen verknüpft ist und dadurch auf das Alltagsleben der Bewohnerinnen und Bewohner einwirkt. Die Wohnform ist eine Mischform zwischen Einrichtung und Aufsicht durch Fachpersonal und selbstständigem von Wohnen. Betreutes Wohnen im Alter verbindet das Angebot einer Alterswohnung, in der ältere Menschen selbstständig leben, mit der Wahl, je nach individuellem Bedarf, professionelle Dienstleistungen in den Bereichen Verpflegung, Haushalt, Betreuung, Pflege, Kultur und Freizeit in Anspruch zu nehmen. Der Bezeichnung «betreut» suggeriert bezüglich nach diesem Modell wohnenden Personen Bedürftigkeit und Defizite. Aus diesem Grund schlägt Heinz Rüegger (2014, S. 6) vor, das Modell «Betreutes Wohnen» durch die Bezeichnung «Wohnen mit Service» zu ersetzen.

Normalerweise beinhaltet dieses Modell ein Grundangebot an Leistungen, auf welche alle Bewohnerinnen und Bewohner Anspruch haben. Dazu zählen Angebote wie Beratung, Notrufsystem, Hauswartdienste, Benutzung von Gemeinschaftsräumen, Besuch von Veranstaltungen. Die Leistungen sind in den Mieten oder Pensionspreisen enthalten. Zum Wahlangebot gehören hauptsächlich hauswirtschaftliche Dienste wie: «Einkaufshilfen, Wohnungsreinigung oder Wäscheservice, eine oder mehrere Mahlzeiten pro Tag, pflegerische Dienste und medizinische Betreuung sowie weitere Dienstleistungen und Angebote (Wellnessangebote, Gästezimmer, Coiffeur, Physiotherapie, Internet-Corner» (Huber & Hugentobler & Walthert-Galli, 2008, S. 163). Weshalb die Bewohnerinnen und Bewohner die zusätzlichen Serviceleistungen beziehen, ist unterschiedlich. Reinigungsdienste oder Mahlzeiten im Restaurant können von ihnen bezogen werden, obschon sie noch in der Lage wären, die Wohnung selbst zu reinigen oder für sich selbst zu kochen. Grundsätzlich sind die Serviceleistungen dazu da, das selbstständige Leben in den eigenen vier Wänden, durch punktuelle Unterstützung, möglichst lange zu gewähren.

Die pflegerischen Dienstleistungen werden oftmals von Pflegeheimen getätigt. Aus diesem Grund ist das Modell «Wohnen mit Service» oft an ein Pflegeheim gebunden. Die Wohnform verbindet die Grundbedürfnisse älterer Menschen nach Selbstständigkeit und Sicherheit. Das Netz von Serviceleistungen ermöglicht den altersbedingten Unterstützungsbedarf flexibel zu regulieren. Bisher richtet sich das Angebot an ältere Menschen, die finanziell relativ gut situiert sind.

In der Schweiz wurden im Sommer 2015 16'000 Alterswohnungen gemeldet. Die Kantone haben darauf hingewiesen, dass weitere Einrichtungen in Planung oder im Bau sind (vgl. Werner et. al., 2016).

Die Kombination aus selbstständigem Wohnen und Serviceleistungen stellt je nach Pflegebedürftigkeit eine Möglichkeit dar, Kosten zu reduzieren. Wie die Studie «Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive» deutlich macht, unterscheiden sich die Vollkosten für die Pflege zu Hause und in Pflegeheimen, je nach Pflegebedürftigkeit. So kommt die Studie zum Schluss, dass die Spitex Kostenvorteile bei leichter bis mittlerer Pflegebedürftigkeit hat, und die Pflegeheime besitzen Kostenvorteile bei mittlerer bis hoher Pflegebedürftigkeit (vgl. Wächter & Künzi, 2011, S. 27). Die Ergebnisse lassen sich nicht auf nationaler Ebene pauschalisieren, und im Bereich der mittleren Pflegebedürftigkeit gestalten sich die Kostenstrukturen sehr komplex. Gerade im Überlappungsbereich der mittleren Pflegebedürftigkeit liegt gemäss der Studie der Spielraum für die Kostenbeeinflussung. Wohnen mit Services stellt eine Möglichkeit dar, selbstständiges Wohnen mit ambulanten Pflegeangeboten so zu kombinieren, dass man die Kostenvorteile von Heim und Spitex verbinden könnte. Betreutes Wohnen hat ähnlich tiefe Lebenshaltungskosten wie eine private Wohnung, die Kosten der Spitexpflege könnten reduziert werden, da die Wegkosten wegfallen und entsprechendes qualifiziertes Personal für unterschiedliche Arbeiten liesse sich gezielt einsetzen (vgl. ebd, S. 27; Gunti, 2012).

#### **2.1.4 Akteure in der stationären Versorgung**

Steigt der Pflege- und Betreuungsbedarf an, so dass die Versorgung Zuhause oder in intermediären Strukturen nicht mehr ausreicht, ist der Übertritt in eine stationäre Einrichtung unumgänglich. In der Schweiz sind dafür die Pflegeheime zuständig. Dazu gehören aber auch Spitäler, die sich verstärkt auf die Pflege von älteren Menschen ausrichten.

##### **Fokus 1: Spitäler**

Im Rahmen der Literaturrecherche bleibt die Rolle der Spitäler im Altersbereich ungeklärt. Trotzdem ist die Versorgung älterer Menschen für Spitäler von Bedeutung. Zum einen ist die ältere Bevölkerung ein wichtiger Nachfrager für Spitalleistungen. 56 Prozent der stationären Spitalleistungen werden für über 60-Jährige erbracht (vgl. Credit Suisse, 2013, S. 21). Zum anderen haben das neue leistungsabhängige Finanzierungssystem und der medizinische Fortschritt zu einem starken Rückgang der Aufenthaltsdauer und zu einer Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich geführt. Der Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zeichnet sich vor allem in Grundversorgungsspitälern ab. Die Zusammenarbeit zwischen Spitälern und Spitex-Diensten wird dadurch wichtiger.

Gemäss der Studie der Credit Suisse zur Entwicklung von Spitälern werden zukünftig die Ausgaben für Spitalleistungen noch weiter steigen (Credit Suisse, 2013, S. 39). Durch die neue Spitalfinanzierung wurden Anreize gesetzt, um Leistungen effizienter bereit zu stellen. Dennoch stellt sich die Frage, wie man die Kosten mindern kann, wenn gleichzeitig die Preise für medizinische Pro-

dukte und Geräte kontinuierlich steigen. Aus diesem Grund schlagen die Autorinnen und Autoren der Studie vor, das Spital neu als Gesundheitszentrum zu konzipieren, worin Kernkompetenzen der medizinischen Leistungserbringung von den Spitälern selbst übernommen werden und weitere Angebote an spezialisierte Dienstleistungen ausgelagert werden. Spitäler entwickeln sich dadurch zu Zentren, in denen spezialisierte Akteure miteinander kooperieren. Solche Entwicklungen könnten unter anderem dazu führen, dass Spitäler Angebote in der Langzeitpflege zusätzlich erbringen werden und dadurch Pflegeheime konkurrenzieren. Inwiefern die Einrichtung von Langzeitpflegestationen heute eine Rolle spielt, lässt sich noch nicht sagen. Der Bedarf nach einer Anpassung der Spital-Dienste auf die Versorgung älterer Menschen lässt sich jedoch nicht bestreiten. Im jüngsten Bericht des Bundesrates zur Langzeitpflege wird von den Spitälern gefordert, Prozesse und Abläufe stärker an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen (vgl. Bericht des Bundesrates, 2016, S. 52).

## **Fokus 2: Altersinstitutionen**

In den letzten Jahrzehnten erfuhren stationäre Einrichtungen wie Altersheime und Pflegeheime eine Öffnung nach aussen. Heute erbringen mehr als die Hälfte der Heime zusätzliche Angebote. Zum Beispiel besitzen Heime Abteilungen für Tages- oder Nachtaufenthalte oder sie bieten betreute Alterswohnungen an. Die Öffnung bietet auch neue Kooperationsmöglichkeiten. So sind in zahlreichen Heimen Spitex-Dienste oder paramedizinische und medizinische Praxen untergebracht. Für Freizeitangebote wie Besuche und Begleitung beim Spazieren, für Aktivierungsangebote und Transportdienste arbeiten Altersinstitutionen verstärkt mit freiwilligen Helferinnen und Helfer zusammen (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 72–73).

Im Langzeitbereich der Pflege und Betreuung von älteren Menschen, können zwei unterschiedliche Akteure differenziert werden. Man kann zwischen Altersheimen ohne Pflegestrukturen und Heimen mit Pflegestrukturen unterscheiden. In den späteren Ausfuhungen wird die Unterscheidung Altersheim und Pflegeheim aufgehoben und beide Institutionen werden entweder gemeinsam aufgeführt oder unter Altersinstitutionen subsummiert.

### *Altersheim*

Altersheime sind Institutionen für diejenigen, die nicht mehr selbstständig wohnen wollen oder können. Das Altersheim ist die klassische Form der stationären und institutionellen Betreuung älterer Menschen. In Altersheimen befinden sich keine oder nur leicht pflegebedürftige ältere Menschen. Solche Einrichtungen sind nicht berechtigt, Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung zu erbringen und in Rechnung zu stellen (vgl. Art. 39 Abs. 3 KVG). Die Bewohnerinnen und Bewohner müssen für die Kosten selbst aufkommen.

Gewöhnlich verfügen Altersheimbewohnerinnen und -bewohner über ein eigenes Zimmer mit Nasszelle, besitzen aber keine eigene Kochgelegenheit. Die Verpflegung, Wäsche- und Zimmerreinigung, die Beratung, die Nutzung der Gemeinschaftsräume und Veranstaltungsangebote bilden zusammen mit dem Zimmer ein Gesamtpaket. Altersheime haben Ähnlichkeiten mit einem «unbefristeten Hotelaufenthalt» (Rüegger, 2011, S. 9) mit zusätzlichen Dienstleistungen, welche die gesamte Alltagsstruktur abdecken.

Organisationen im Bereich Haushalt, Betreuung und Pflege bieten heutzutage auch ambulante Dienstleistende an. Wenn ältere Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben wollen, verliert das Altersheim immer mehr an Bedeutung (vgl. Credit Suisse, 2013, S. 12). Der Wechsel in stationäre Einrichtungen erfolgt erst, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen und geistigen Einbussen zu erhöhter Pflegebedürftigkeit führen. Die Übersiedlung erfolgt nicht in ein Altersheim, sondern es folgt der direkte Eintritt in ein Pflegeheim. Im Gegensatz zu Altersheimen verfügen Pflegeheime über die nötige Infrastruktur. Dass die Pflegeheime überwiegen, wird auch in der BFS-Statistik deutlich. In der Schweiz verfügen Altersheime über 441 Plätzen und Pflegeheime über 95'228 Plätzen (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016b). Die Bedeutung von Altersheimen als Akteure in der stationären Versorgung ist deshalb verschwindend klein.

### *Pflegeheim*

Pflegeheime sind Institutionen für ältere Menschen, welche nicht mehr in ihrem Zuhause leben können und eine relativ umfassende Pflege und Betreuung benötigen. Pflegeheime sind auch für andere Zielgruppen wie behinderte und suchtkranke Personen wie auch für Personen mit psychosozialen Problemen zuständig. Die Aufenthalte sind in der Regel von längerer Dauer. In den meisten Fällen gilt das Pflegeheim für ältere Menschen als letzter Lebensort vor dem Tod.

Ähnlich wie Altersheime erbringen Pflegeheime eine «rund um» Versorgung. Der Unterschied besteht darin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner für Pflegeleistungen nicht selbst aufkommen müssen. Pflegeheime erbringen kassenpflichtige Pflegeleistungen und sind daher berechtigt, Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen und in Rechnung zu stellen. Pflegeheime verfügen über eine Infrastruktur (Fachpersonal, Räumlichkeiten, Geräte usw.), welche die Pflege von Betagten mit mittlerem bis hohem Pflegebedarf ermöglicht.

Der Begriff Pflegeheim wird teilweise vermieden und mit Pflegeinstitution ersetzt. Allerdings vermittelt die Bezeichnung Institution eine Nähe zu «kalter, unpersönlicher Bürokratie» (Rüegger, 2014, S. 10). Ein alternativer Begriff ist «sozialmedizinische Einrichtungen» (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016h). Sozialmedizinische Einrichtungen umfassen jedoch unterschiedliche Formen von Einrichtungen. Statistische Erhebungen des BFS unterscheiden jedoch nicht zwischen Betagten, Behinderten und Personen mit spezifischen Problemen (zum Beispiel Suchtproblemen). Im vorliegenden Buch wird am Begriff Pflegeheim festgehalten.

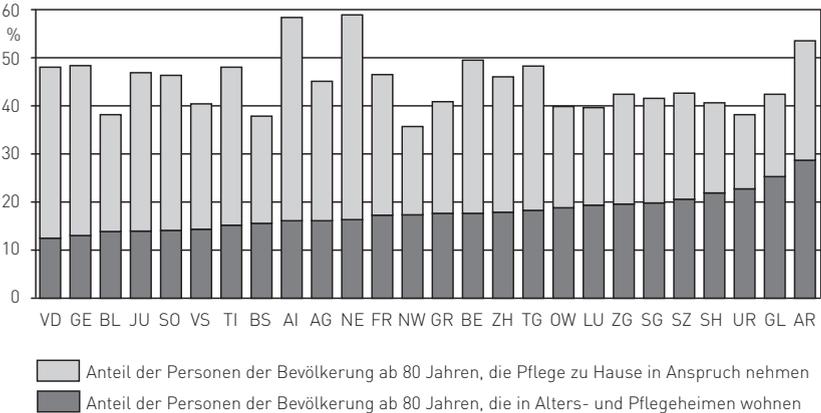
Pflegeheime sind entweder private, privat und staatlich subventionierte oder öffentliche Einrichtungen. Um eine öffentlich-rechtliche Institution handelt es sich, wenn das Pflegeheim einer Verwaltung angehört. Privatrechtliche Institutionen mit einer Subventionsgarantie für Betriebskosten und/oder Defizitgarantie gehören in den meisten Fällen Vereinen, Stiftungen und Gesellschaften an. Private Pflegeheime ohne Subventionsgarantie sind eigenständige Unternehmen mit einem erwerbswirtschaftlichen Fokus.

*Ältere Menschen in Altersinstitutionen*

In der Schweiz existieren 1'575 Alters- und Pflegeheime. Davon sind rund 920 Heime von der öffentlichen Hand subventioniert (29.8% der Betriebe) oder sie sind öffentlich-rechtliche Einrichtungen (29.7% der Betriebe) (vgl. Bundesamt für Statistik, 2016h). Die restlichen Heime sind private, kommerzielle Betriebe (40.5% der Betriebe). Der höchste Anteil an privaten nicht subventionierten Institutionen liegt in der Nordwestschweiz (62.3%). Hingegen befindet sich der tiefste Anteil privater Einrichtungen von 4.5 Prozent der Betriebe in der Genferseeregion (vgl. Bundesamt für Statistik, 2015b).

Die Alters- und Pflegeheime brachten im Jahr 2014 fast 149'500 pflegebedürftige (ältere) Menschen unter. Drei Viertel der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind 80-jährig oder älter. In der Schweiz leben 16,7 Prozent der 80-Jährigen und Älteren in Alters- oder Pflegeheimen. Betagte in der Ost- und Zentralschweiz nehmen mit einem Anteil von 20 Prozent am meisten Beherbergungsleistungen wahr. Die tiefsten Werte von Heimaufenthalten liegen in der Westschweiz (VD, GE, JU, VS), im Kanton Tessin, im Kanton Solothurn und im Kanton Basel-Land. Mit Ausnahme von Basel-Land und dem Wallis haben die

**Abbildung 6: Übersicht Pflegeheimbewohnerinnen, -bewohner und Bezügerinnen, Bezüger von Spitexleistungen ab 80 Jahren**



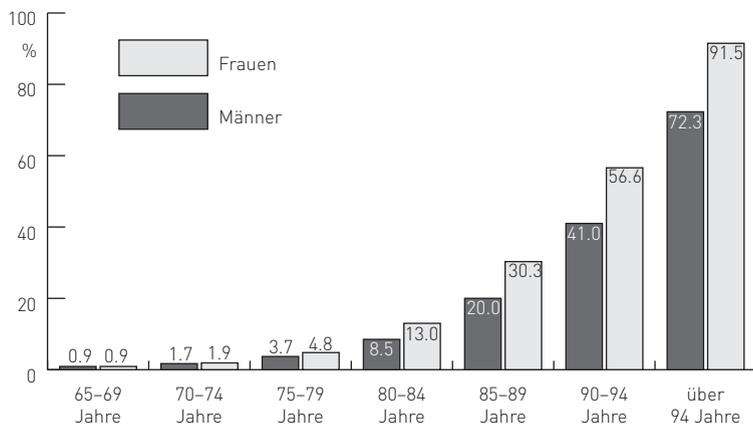
Quelle: Bundesamt für Statistik, 2015b; Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX), 2013.

erwähnten Kantone eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an 80-Jährigen und Älteren, die Spitex-Leistungen beziehen (32% der Betagten) (vgl. Bundesamt für Statistik, 2015b). Im Vergleich zu anderen OECD-Ländern weist die Schweiz fast am meisten Pflegeheimplätze auf. In der letzten OECD-Studie hat die Schweiz 67.6 Langzeitpflegebetten in Institutionen und Krankenhäusern pro 1000 Einwohner ab 65. Das ist der vierthöchste Wert (vgl. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2015, S. 209).

Der grösste Anteil von Bewohnerinnen und Bewohner (86%) in stationären Einrichtungen sind Langzeitaufenthalter und im Durchschnitt 83.7 Jahre alt. Der Eintritt liegt in der Schweiz durchschnittlich bei 81.3 Jahren. Betrachtet man den Anteil von Frauen und Männern in Alters- und Pflegeheimen, so lässt sich von einer Feminisierung der Alters- und Pflegeeinrichtungen sprechen. Rund 69.6 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner sind Frauen. Die geschlechterspezifischen Unterschiede widerspiegeln zwei Tatsachen (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 69):

- 1) Im Gegensatz zu Frauen leben Männer auch in höherem Lebensalter mehrheitlich in Partnerschaften. Folglich werden Männer auch mehr als gleichaltrige Frauen zu Hause gepflegt.
- 2) Frauen leiden im Alter häufiger an chronischen Beschwerden und funktionalen Einschränkungen. Jedoch überleben sie die Beschwerden häufiger als gleichaltrige Männer und werden in Heimen gepflegt.

**Abbildung 7: Heimbewohnerinnen und -bewohner aufgeteilt nach Geschlecht**



Quelle: Curaviva, 2014, S. 17.

Der zeitliche Pflegebedarf pro Bewohnerin und Bewohner pro Tag unterscheidet sich stark aufgrund der verschiedenen Evaluationsinstrumenten (vgl. Kapitel 1.1.3). Nur schwer und mit Vorbehalt lassen sich die verschiedenen Skalen, die

Pflegedefinitionen, die Unterschiede der erforderlichen und effektiven Pflege mit dem Index der Pflegeintensität in Bezug setzen. Das BFS geht in der Schweiz von einer durchschnittlichen Pflegezeit von 90 Minuten pro Bewohnerin und pro Tag aus. Die Aussagekraft ist jedoch gering, da sich die Pflege je nach Eintrittszeit ändert. So haben zum Beispiel Kantone in der Westschweiz einen durchschnittlichen Pflegeaufwand von 140 bis 150 Minuten pro Tag. Diese hohen Werte sind darauf zurückzuführen, dass der Eintritt in ein Pflegeheim in den Westschweizer Kantonen erst im hohen Alter und mit grossem Pflegebedarf erfolgt.

### *Gründe für den Heimeintritt*

Es gibt unterschiedliche Gründe für den Übertritt in eine Pflegeeinrichtung. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich hat in einem Expertengutachten folgende Gründe aufgelistet (Kanton Zürich, 2014, S. 9):

- › Alter
- › Gesundheitlich bedingte Einschränkungen insbesondere kognitiver oder psychischer Art
- › Krankheit (Hirnschlag, Diabetes, Herzkrankheit und Parkinson)
- › Inkontinenz
- › Bestehende Sturzrisiken
- › Verhaltensprobleme
- › Einschränkungen in ADL (activities of daily living bspw. Laufen, Körperpflege, Ankleiden, Toilettengang, Essen) (vgl. Kapitel 1.3.2)
- › Einschränkungen in IADL (Instrumental activities of daily living bspw. Kochen, Fahren, Telefonieren, Einkaufen, finanzielle Angelegenheiten abwickeln, Medikamenten-Management)
- › Vorgängiger Spitalaufenthalt
- › Fehlende soziale Unterstützung
- › Stress und schlechte Gesundheit der pflegenden Angehörigen
- › Kein Wohn- oder Hauseigentum

Die Liste zeigt eindrücklich, dass der Übertritt in Alters- und Pflegeinstitutionen aus unterschiedlichen Gründen erfolgen kann. Gemäss François Höpflinger und Valérie Hugentobler (vgl. 2005, S. 69) bleibt der Hauptgrund jedoch die Pflegebedürftigkeit. Daneben spielen auch weiterhin soziale Faktoren eine bedeutende Rolle, zum Beispiel das Fehlen eines Lebenspartners oder einer Lebenspartnerin sowie lückenhafte soziale Netzwerke. In Alters- und Pflegeheime leben besonders häufig ledige, geschiedene und verwitwete Personen. Selten befinden sich verheiratete Personen in solchen Einrichtungen. Gleichzeitig haben die Bewohnerinnen und Bewohner häufiger keine Kinder und Freunde als Gleichaltrige die zu Hause leben. Die fehlende familiäre Pflege und soziale Isolation können wichtige Motive für einen Umzug in eine Altersinstitution darstellen (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 69).

Nicht nur fehlende soziale Beziehungen gehören zu den relevanten Gründen. Das Einkommen und die schulisch berufliche Ausbildung haben ebenfalls Auswirkungen auf den Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim. Reichere ältere Menschen leben länger in privaten Haushaltungen. Hingegen ziehen Menschen mit geringen finanziellen Mitteln häufiger in Alterseinrichtungen. Der Umzug geschieht zum einen, weil sie dort gut versorgt sind, zum anderen, weil sie sich eine private Wohnung nicht mehr leisten können. Der Heimeintritt ist auch durch den Ausbildungshintergrund beeinflusst. In der Studie «Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz» wird deutlich, dass weniger als 10 Prozent der 79-jährigen Männer mit akademischer Ausbildung in Alters- und Pflegeeinrichtung leben. Hingegen leben mehr als 20 Prozent gleichaltriger Männer ohne Berufslehre in Alters- und Pflegeheimen. Dasselbe gilt auch für die Frauen (vgl. Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 69).

### *Die Betreuungstaxe in Altersinstitutionen*

Bewohnerinnen und Bewohner in Altersinstitutionen sind in der Regel mit den drei Kostenelementen Pflege-, Betreuungs- und Pensionstaxe konfrontiert. Die Pflegetaxe ist gesetzlich gemäss Pflegestufen in Minuten und Franken festgelegt. Pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner müssen nicht mehr als 20 Prozent der maximalen Pflegekosten übernehmen. Für die Betroffenen bedeutet dies eine tägliche Pflegetaxe von höchstens 21.60 Franken (vgl. Art. 7a Abs. 3 KLV; Art. 25a Abs. 5 KVG). Die Pensions- und Betreuungstaxe muss von den Bewohnerinnen und Bewohner selbst übernommen werden. Es gibt keinen schweizweiten Fixbetrag für diese Taxen. Unter die Pensionstaxe fallen gewöhnlich Leistungen wie: Unterkunft und Verpflegung; Heizung, Strom und Wasser; Periodische Reinigung des Zimmers; Radio- und TV-Kabelanschluss; Wäschebesorgung; selbstständige Benützung von Dusche und Bad. Die Altersinstitutionen haben unterschiedliche Komfortkategorien, welche sich im Preis unterscheiden. Die Betreuungstaxe umfasst Leistungen wie die allgemeine Unterstützung im Alltag, Aktivierung, soziokulturelle Angebote oder die seelsorgerische Betreuung. Die Höhe der Taxe ist dabei sehr unterschiedlich und wird von der einzelnen Institution selbst festgelegt. Dabei spielt die Pflegestufe eine Rolle.

### *Die Herausforderungen der Altersinstitutionen*

Alters- und Pflegeheime in der Schweiz stehen in den nächsten fünf bis zehn Jahren vor mehreren Herausforderungen. Neben der Herausforderung, genügend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal zu finden, hat der Kostendruck auf die Institutionen in den letzten sechs Jahren spürbar zugenommen. Die Schweizweite Onlineumfrage (Curaviva, 2015) hat ergeben, dass 71 Prozent der befragten Institutionen (525 Institutionen) die Finanzierungsfrage neben dem Umstand, genügend Pflegepersonal zu finden, zur grössten Herausforderung zählen.

Die Herausforderung Finanzierung betrifft hauptsächlich die ungenügende Finanzierung von Pflegeleistungen und die fehlenden finanziellen Mittel für spezifische Leistungen wie Demenzpflege, psychische Erkrankung älterer Menschen, Palliative Care oder betreutes Wohnen. Des Weiteren fehlen Mittel für Komplementärpflege und Organisationsentwicklung. Neben den fehlenden finanziellen Mitteln sind die Lohn- und Verwaltungskosten gestiegen und gleichzeitig hat der Spardruck der öffentlichen Hand und der Krankenkassen zugenommen. Dadurch ist die finanzielle Belastung für die Bewohnerinnen und Bewohner gewachsen. Bis jetzt fehlt es an sozialen Preismodellen (zum Beispiel einkommensabhängige Tarife). Auch der Aufwand im administrativen Bereich (zum Beispiel Leistungserfassung für Versicherungen) hat generell zugenommen (vgl. Curaviva, 2015, S. 12).

Es fehlt zudem auch an qualifiziertem Personal, Ausbildungsstellen lassen sich nur schwer besetzen, optimale Betreuungsverhältnisse während der Ausbildungszeit sind oft nicht gegeben.

Im Bereich Politik und Krankenkassen stellen die gesetzlichen Auflagen und Vorschriften die Regulierung der Alters- und Pflegeeinrichtungen vor grosse Herausforderungen. Oftmals erfordert der Markt eine andere Ausrichtung als die kantonalen Festlegungen und umgekehrt. Aus diesem Grund befinden sich die Institutionen ständig im Spagat zwischen marktwirtschaftlichen Anforderungen und politischen Bestimmungen.

Neben den finanziellen, personellen Engpässen, den (teils) entgegengesetzten politischen und marktwirtschaftlichen Anforderungen, hat die Pflegesituation an Komplexität gewonnen. Die Institutionen spüren die komplexer gewordene Situation anhand der Multimorbidität der Bewohnerinnen und Bewohner und dem erhöhten Pflegeaufwand beim Heimeintritt. Des Weiteren gelangen immer mehr Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen in die Alters- und Pflegeheime, was die Anforderungen an die Institutionen und Angestellten zusätzlich erhöht.

## **2.2 Veränderte Bedürfnisse erfordern neue Versorgungslösungen**

Im Hinblick der Bevölkerungsszenarien des BFS für die Schweiz, stellt die Zunahme der über 80-jährigen Menschen die Kantone vor neuen Herausforderungen. Die Anzahl langzeitpflegebedürftiger Betagten nimmt zu und damit verbunden sind Fragen nach der optimalen Planung von neuen Pflegeheimen und alternative Strategien zur Deckung des zunehmenden Pflegebedarfs durch ambulante oder intermediäre Versorgungsstrukturen. Die demografische Entwicklung verändert die Versorgungsstruktur in der Schweiz nicht nur quantitativ. Mit dem gesellschaftlichen Wandel geht auch eine qualitative Veränderung einher, weil sich die Bedürfnisse betreuungs- und pflegebedürftiger älterer Menschen ebenfalls ändern.

Zu diesem Thema hat das Gottlieb Duttweiler Institut (GDI) mehrere Studien verfasst. Die Studie «Fluide Care» begründet die veränderten Ansprüche an die Pflege und Betreuung anhand mehrerer Faktoren.

Erstens leben wir in einem stark individualisierten Zeitalter. Heutzutage suchen auch Senioren nach Angeboten, die auf sie persönlich zugeschnitten sind und den unmittelbaren aktuellen Bedürfnissen entsprechen (vgl. Kwiatkowski & Tenger 2016, S. 10). Auch im Alter möchte man eine individuelle, selbstbestimmte Lebensweise fortführen können. Ein Beispiel dafür wäre der Wunsch, möglichst lange über die eigene Wohnsituation bestimmen zu können. Dies hat zur Folge, dass Betagte möglichst lange in ihrem Haushalt leben wollen, bevor ein Übertritt in eine stationäre Einrichtung unumgänglich wird.

Zweitens befinden wir uns in einer Gesellschaft der Entfamilisierung. Die Bedeutung der Kernfamilie schwindet, die Ehe- und Geburtenraten sinken, die Anzahl Scheidungen und alleinerziehender Elternteile steigen. Das führt zu neuen Familienstrukturen (vgl. Kwiatkowski & Tenger, 2016, S. 11). Die Formen des Zusammenlebens sind heute vielschichtiger geworden, die Blutsverwandtschaft spielt immer weniger eine Rolle.

Drittens kann man einen Trend hin zum Gemeinschaftsleben feststellen. Da man heutzutage vermehrt alles alleine tun und das eigene Leben auf die persönlichen Bedürfnisse anpassen kann, wächst der Wunsch nach Zugehörigkeit. «Man will irgendwo mitmachen, involviert sein und etwas zum Kollektiv beitragen» (Kwiatkowski & Tenger, 2016, S. 11). Neue kollaborative Konsum-, Lebens- und Arbeitsformen werden geschaffen. Unter dem Stichwort Sharing Economy werden verschiedene Güter (zum Beispiel Autos), Kompetenzen, Wissen und Zeit geteilt. Neue Wohnformen entstehen, in welchen Familien, Singles, Junge, Alte, Gesunde oder Pflegebedürftige gemeinsam die Wohnflächen teilen (zum Beispiel die Kalkbreite in der Stadt Zürich).

Viertens bringt das Vorantreiben der Digitalisierung neue Möglichkeiten im Alltagsleben. Auch im Alter wird die Digitalisierung eine bedeutende Rolle einnehmen. Die damit verbundene permanente Überwachung und Optimierung der Lebenssituation älterer Menschen wird in Zukunft auch die Versorgungsorganisation und die Inhalte von Betreuung und Pflege neu definieren.

Fünftens ist im Zuge der Digitalisierung vieles rund um die Uhr mit einem Mausklick verfügbar geworden. Flexibilisierung und Convenience strukturieren den Alltag. Auch im Alter lässt sich auf Convenience 24 Stunden, 7 Tage die Woche, 365 Tage im Jahr nicht verzichten. Anbietende von Betreuungs- und Pflegeleistungen müssen diesen Ansprüchen älterer Menschen gerecht werden und dementsprechend die Versorgung nach Flexibilität und Convenience ausrichten.

Sechstens ist die fast unbegrenzte Anzahl von Möglichkeiten mit Überforderung verbunden. Das Verlangen nach einfachen und unkomplizierten Lösungen für die eigenen Bedürfnisse steigt (vgl. Kwiatkowski & Tenger 2016, S. 14). Einfachheit und Orientierung in der Versorgung von älteren Menschen geht mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung einher. Denn die selbstständige Auswahl von den idealen Dienstleistungen setzt ebenfalls ein vorausschauendes Planen vor-

aus. Dies ist im Betreuungs- und Pflegemarkt durch die vielfältigen Angebote oft schwierig.

Die oben skizzierten gesellschaftlichen Veränderungen stellen die Akteure in den jeweiligen Versorgungsstrukturen vor die Aufgabe, auf die neuen Ansprüche und Bedürfnisse zu reagieren. Eine der viel diskutierten Möglichkeiten ist eine engere Kooperation zwischen den unterschiedlichen Akteuren. Gegenwärtig zeigt die Versorgung im Altersbereich eine starke Ausdifferenzierung und Spezialisierung. Eine betagte Person ist heute je nach Pflege- und Betreuungsbedarf auf mehrere Akteure angewiesen (vgl. Bericht des Bundesrates, 2016, S. 45 ff.). Darüber hinaus können vor allem Akteure in ländlichen Gebieten die Nachfrage an Pflege und Betreuung selbstständig nicht mehr genügend abdecken. Der Anspruch alles aus einer Hand beziehen zu können, ist (noch) nicht beziehungsweise nicht mehr möglich.

Die zunehmende Individualisierung des Lebensstils, die sich verändernden Familienstrukturen, der zunehmende Anteil von älteren Menschen mit Migrationshintergrund, das Bedürfnis möglichst lange zu Hause zu leben, verlangt neue Angebote und Infrastrukturen für die Betreuung und Pflege im Alter. Zum Beispiel treten gegenwärtig weniger ältere Menschen in Alters- und Pflegeheime ein. Dafür sind die Bewohnerinnen und Bewohner älter und stärker pflegebedürftig geworden. Die Fälle sind komplexer geworden (Multimorbidität und Demenz) und neue Kompetenzen des Pflegepersonals sind erforderlich. Heutzutage gilt es auch Angebote für betreuende und pflegende Angehörige zu schaffen. Für die zukünftige Altersversorgung sind nicht nur die Kantone und Gemeinden, sondern auch die weiteren Akteure im Altersbereich gefordert, eine Infrastruktur zu gewährleisten, die den Bedürfnissen der Zielgruppen entspricht (vgl. Bericht des Bundesrates, 2016, S. 45 ff.).

Zusammengefasst lässt sich folgende Situation für die Akteure in den verschiedenen Versorgungsbereichen formulieren: Die Akteure stehen vor dem Dilemma, individuelle, hoch professionelle, spezialisierte Pflege- und Betreuungsleistungen zu erbringen und sie gleichzeitig flächendeckend, effizient und wirtschaftlich der Allgemeinheit anzubieten.

Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, wird in mehreren Quellen vorgeschlagen, vermehrt zusammenzuarbeiten und sich zu vernetzen (Bericht des Bundesrates, 2016; Kwiatkowski & Tenger 2016; Curaviva 2012; Winterturer Institut für Gesundheitsökonomie, 2010). Die Kooperationsformen unter den Akteuren sind vielfältig und unterschiedlich. In der Schweiz lassen sich die Kooperationsformen unter dem Begriff *Verbundlösung* subsumieren. Unter *Verbundlösung* versteht man die institutionenübergreifende Zusammenarbeit für die Leistungserbringung für unterstützungsbedürftige ältere Menschen in Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft (vgl. Curaviva, 2012, S. 16). Die Bestrebungen zur Zusammenarbeit sind noch jung und deshalb waren die Ergebnisse der Literaturrecherche bescheiden. Dieses Kapitel bietet einen Einblick in die gegenwärtige Zusammenarbeit zwischen Akteuren im Altersbereich und schliesst mit einer Einschätzung der Kooperationsarbeit von Leistungserbringenden in der Schweiz ab.

### **2.2.1 Formen der Vernetzung in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen**

Die Zusammenarbeit und Integration mehrerer Akteure in Form einer Verbundlösung erfolgt entweder vertikal oder horizontal. In beiden Vernetzungsformen erfolgt die Kooperation entweder formell über Verträge oder durch Zusammenschlüsse (in Form von Fusionen, Integration der Organisation, Akquisition und Allianzen) oder informell zum Beispiel durch mündliche Vereinbarungen (vgl. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2010).

#### **Vertikale Integration**

Vertikale Integration bedeutet den Zusammenschluss von Institutionen im vor- und nachgelagerten Dienstleistungsbereich. Der Zweck dieser Vernetzung liegt in der Überwindung von Schnittstellen der Wertschöpfung und in der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen (zum Beispiel Verwaltung, Infrastruktur). Ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit von einer stationären Institution (Akutspital) mit einer ambulanten Versorgungsstruktur (Spitex).

#### **Horizontale Integration**

Horizontale Integration bezeichnet die Vernetzung von Institutionen welche im selben Dienstleistungsbereich tätig sind. Der Vorteil dieses Zusammenschlusses liegt in der Nutzung von Grössenvorteilen. In ländlichen Regionen der Schweiz sind die Betriebsgrössen der einzelnen Institutionen sehr klein. Das Risiko unwirtschaftlich zu arbeiten und nicht alle erforderlichen Dienstleistungen anzubieten ist gross. Ein Zusammenschluss hilft, solche Risiken zu minimieren. Der Grössenvorteil in stationären Einrichtungen kann zum Beispiel in der gemeinsamen Verwendung der Küche, der Wäscherei liegen.

### **2.2.2 Verbundlösungen als zukunftssträchtige Zusammenarbeit in der Betagtenunterstützung**

Untersuchungen in der Deutschschweiz haben ergeben, dass sich stationäre und ambulante Einrichtungen unterschiedlich vernetzen (vgl. Curaviva, 2012; Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2010). Von den drei Organisationstypen Alters- und Pflegeheim, Spitex-Organisationen und Versorgungszentrum (Spitex und Heim als eine Organisationsform) schliessen sich die zwei letztgenannten Organisationen häufiger in Verbundlösungen (60%) zusammen als Heime (33%). Die Verbundlösung hängt auch von der Grösse der Institutionen ab. Grössere Institutionen schliessen sich eher zusammen als kleine. Der Zusammenschluss in Verbundlösungen ist bei gemeinnützigen Institutionen häufiger als bei gewinnorientierten Institutionen. Oft erfolgt die Verbundlösung bilateral und

horizontal und mehrheitlich im ambulanten Versorgungsbereich. Das bedeutet, dass die Verbundlösung primär zwischen den Spitex-Organisationen stattfindet.

Die meisten Leistungen, die in Verbundlösungen erbracht werden, sind: Grund- und Behandlungspflege, Hauspflege/-hilfe, Übergangspflege/Kurzzeit- und Ferienpflege. Oft werden Verbundlösungen genutzt um spezialisierte Dienstleistungen anzubieten. Solche sind meistens im Bereich von Demenzbetreuung und Palliative Care zu finden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Altersinstitutionen und Spitex-Organisationen bestrebt sind, sich in Verbundlösungen zu formieren. Bisher bleiben die Vernetzungsformen jedoch noch unstrukturiert und begrenzt. In den meisten Fällen erfolgt eine Kooperation nur zwischen zwei Akteuren mit ähnlichen Leistungsangeboten. Grössere und komplexe Verbundlösungen zwischen mehreren unterschiedlichen Akteuren bleiben bislang die Ausnahme. Das Potenzial zur Bildung und Förderung ist vor allem in ländlichen Gebieten gegeben, insbesondere für kleine Heime. Zum Beispiel könnten administrative Tätigkeiten gemeinsam erbracht oder die Infrastrukturen gemeinsam genutzt werden (vgl. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2010).

Die Studie zur Verbundlösung im Bereich der Pflege und Betreuung geht davon aus, dass mittel- bis langfristig eine verstärkte Zusammenarbeit bis hin zur Integration von Organisationen unumgänglich ist. Alle Organisationen im Gesundheitswesen leiden verstärkt unter finanziellem Druck und sind dementsprechend dazu gezwungen, Prozesse zu optimieren und ihre Positionierung den Markterfordernissen auszurichten. Die Verbundlösung bietet hier ein geeignetes Mittel, wirtschaftlich, effizient und bedürfnisorientiert Dienstleistungen anzubieten.

### **2.3 Drei Modelle der Pflege- und Betreuungsversorgung von älteren Menschen in der Schweiz**

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan veröffentlichte eine Studie zu den kantonalen Unterschieden in der Pflege und Betreuung von älteren Menschen durch Altersinstitutionen und Spitex-Organisationen. Aus dem Bericht geht hervor, dass sich die Versorgungsstrukturen zwischen der Westschweiz und der Deutschschweiz markant unterscheiden. Seit 2002 haben die Spitex-Dienste als ambulante Versorgungsdienste in der Westschweiz einen anderen Stellenwert als in der Deutschschweiz. Gesamtschweizerisch ist die Inanspruchnahme von Spitex-Diensten gestiegen, und in den Deutschschweizer Kantonen ist die Rate der Inanspruchnahme von Spitex-Diensten gleich hoch wie die Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen. Aber die älteren Menschen in der Westschweiz lassen sich drei- bis viermal häufiger durch ambulante Strukturen wie die Spitex-Dienste versorgen als jene in den anderen Kantonen (vgl. Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, 2016, S. 38–46).

Gemäss der Studie lässt sich die Schweiz in drei unterschiedliche Modelle der Betreuung- und Pflegeversorgung<sup>13</sup> einteilen.

*Modell A:* Das Pflege- und Betreuungsmodell zeichnet sich dadurch aus, dass die Inanspruchnahme von Altersinstitutionen über und die Inanspruchnahmen von Spitex-Diensten unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt. Der Übertritt von Betagten in Altersinstitutionen erfolgt früher und der Verbleib ist 2 Monate länger als in den übrigen Kantonen. Der Anteil von Betagten mit keinem oder leichtem Pflegebedarf in Altersinstitutionen ist schweizweit am höchsten (26.6%) (vgl. Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, 2016, S. 42). Im Bereich der ambulanten Versorgung liegt die Inanspruchnahme kassenpflichtiger Pflegeleistungen über dem Schweizer Durchschnitt. Bei den nicht-kassenpflichtigen Leistungen, Betreuung und Hauswirtschaft, liegt die Anzahl Stunden unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Insgesamt ist die Inanspruchnahme von Angeboten der Leistungserbringenden geringer als in der übrigen Schweiz. Daraus lässt sich schliessen, dass das Pflege- und Betreuungsmodell A von anderen beruflichen und privaten Angeboten ergänzt wird. Es ist zu vermuten, dass gerade die familiäre Pflege und Betreuung eine wichtige Rolle spielt. Unter dieses Modell fallen die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz und Uri.

*Modell B:* Die Versorgung im zweiten Pflege- und Betreuungsmodell kennzeichnet sich durch die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Spitex-Organisationen und im gesamtschweizerischen Vergleich tiefere Inanspruchnahme von Altersinstitutionen. Die Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen in den Altersinstitutionen ist hoch. Im Bereich der Spitex-Dienste nehmen die Betroffenen mehr nicht-kassen- und kassenpflichtige Leistungen wahr als alle übrigen Kantone. Im Gegensatz zum Modell A erfolgt die ambulante und stationäre Versorgung über die formellen Leistungserbringenden. Dieses Pflege- und Betreuungsmodell ist vor allem in der Westschweiz, in den Kantonen Genf, Jura, Neuenburg, Tessin und Waadt anzutreffen.

*Modell C:* Das dritte Modell bildet die Versorgung ab, welche im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt. Entsprechend verhält sich die Inanspruchnahme von Leistungen der Altersinstitutionen und Spitex-Diensten gleich. Im Verhältnis zum Modell A sind die Heimbewohnerinnen und -bewohner älter, jedoch jünger als beim Modell B. Der Anteil von leicht Pflegebedürftigen ist ähnlich hoch wie im Modell A und der Anteil an Leistungen durch Spitex-Dienste liegt leicht unter dem gesamtschweizerischen Wert. Ein solches Pflege- und Betreuungsmodell findet sich in den Kantonen Aargau, Bern, Freiburg, Graubünden, St. Gallen, Solothurn, Thurgau, Zug und Zürich.

---

13 Die Kantone Appenzell Innerrhoden, Basel-Land, Basel-Stadt, Schaffhausen und Wallis lassen sich, gemäss der Studie, in keines der drei Modelle einordnen. Grund dafür sind unzureichende Ähnlichkeiten mit den Pflege- und Betreuungsmodellen (vgl. Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, 2016, S. 42).

Die Studie schliesst mit dem Ergebnis, dass zwischen 2003, 2006 und 2013 keine Harmonisierung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stattgefunden hat. Trotz eines Rückgangs der Inanspruchnahme von stationären Leistungen und einer Zunahme von Spitex-Leistungen haben sich die Unterschiede zwischen den Kantonen nicht verändert (vgl. Füglistler-Dousse, Dutoit & Pellegrini, 2016, S. 47 ff.). Eine einheitliche Organisation der Versorgung im Altersbereich über die gesamte Schweiz ist nicht vorhanden.

## **2.4 Schlussfolgerungen**

Ältere Menschen in der Schweiz erhalten ihre Pflege und Betreuung über drei unterschiedliche Versorgungsstrukturen. Das Kapitel 2 hat die wichtigsten Akteure für die jeweiligen Versorgungsbereiche vorgestellt. Die Einteilung erfolgte idealtypisch, da zum einen einige Akteure in mehreren Bereichen tätig sind, und zum anderen gibt es auf kommunaler Ebene noch weitere Akteure (zum Beispiel Frauenvereine, Selbsthilfegruppen usw.), die aus Komplexitätsgründen nicht weiter betrachtet werden konnten.

### **Verbundlösung als geeignetes Versorgungsmodell im Altersbereich**

In der Schweiz decken die einzelnen Akteure das Versorgungsbedürfnis von Betagten grossflächig ab. Die kommunale Versorgung älterer Menschen erfolgt durch ein Netzwerk verschiedener Akteure. Je nach Bedarf muss die hilfsbedürftige Person unterschiedliche Akteure herbeiziehen. Akteure, die alle Dienste (ambulante, intermediäre und stationäre) aus einer Hand anbieten, konnten im Rahmen der Literaturrecherche nicht gefunden werden. Die anfänglich gestellte Frage nach der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren kann wie folgt beantwortet werden:

Das Zusammenwirken unter den Akteuren ist noch wenig institutionalisiert. In den letzten Jahren haben sich die einzelnen Akteure je nach Region auf bestimmte Dienstleistungen spezialisiert. Meistens ergänzen sich die einzelnen Akteure in ihren Angeboten und bieten so den bedürftigen Betagten ein breites Spektrum von Dienstleistungen an. Was jedoch fehlt, ist der gegenseitige Austausch, um den bedürftigen älteren Menschen eine optimale und individuelle Versorgung zu garantieren.

Die zukünftige Herausforderung wird darin bestehen, die Dienstleistungen noch serviceorientierter und wirtschaftlicher zu gestalten, damit die betroffenen Betagten eine optimale Unterstützung erhalten. Eine der zurzeit meist diskutierten und am wirksamsten empfundenen Strategie ist die Verbundlösung. Durch die horizontale und vertikale Vernetzung und Zusammenarbeit der einzelnen Akteure wird eine Versorgungsstruktur gewoben, welche nahtlose Übergänge in der Unterstützung älterer Menschen ermöglicht. Doppelspurigkeiten werden vermieden, die Orientierung im Gesundheitsmarkt wird für Betroffene und Ange-

hörige erleichtert, die Kommunikation zwischen den Akteuren wird verbessert und die Abstimmung für den Unterstützungsbedarf der einzelnen Betagten lässt sich leichter anpassen. Zu wenig wird die aktive Rolle der Angehörigen betrachtet. Sie sind nicht nur Leistungsempfänger (zum Beispiel von Entlastungsangeboten) sondern auch Leistungserbringende (unbezahlte und freiwillige Pflege und Betreuung). Bisher sind Verbundlösungen zu stark auf formelle Akteure fokussiert.

### **Dynamische Entwicklungen im ambulanten Versorgungsbereich**

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass sich im ambulanten Versorgungsbereich viele unterschiedliche Akteure bewegen. Teilweise überlappen sich die einzelnen Angebote, was zu Konkurrenz- oder Kooperationsituationen führen kann. Konkurrenzsituationen lassen sich vor allem bei Angeboten erkennen, welche die kommunalen Spitex-Dienste ergänzen. Angebote im Bereich Betreuung und Haushalt werden von privaten Spitex-Diensten, von selbstständigen Fachpersonen, von Care-Migrantinnen, von Betreuungsunternehmen, von Hilfswerken und gemeinnützigen Dienstleistungsorganisationen angeboten. Da nicht alle Akteure für die gleichen Dienste dieselben Standards erfüllen müssen, fühlen sich manche Akteure benachteiligt (z. B. erwerbswirtschaftliche Spitex-Organisationen). Die Ergebnisse der Recherche im ambulanten Versorgungsbereich zeigen, dass die Zusammenarbeit jedoch stärker im Vordergrund steht. Die Spezialisierung der einzelnen Akteure auf bestimmte Betreuungs-, Pflege- oder Haushaltstätigkeiten, ist eine Erklärung dafür. Die Akteure ergänzen sich durch ihre Angebote und bieten den unterstützungsbedürftigen Betagten eine breite Palette an betreuenden, pflegerischen, haushälterischen und beratenden Leistungen.

Die mobile Versorgung von älteren Menschen in ihren Privathaushalten ist aufgrund des gesellschaftlichen Wandels momentan der am meist bearbeitete Versorgungsbereich. Der ambulante Versorgungsmarkt ist deshalb sehr lebendig und vor allem im Bereich der nicht-pflegerischen Dienstleistungen kommen immer neue Akteure hinzu.

### **Intermediäre Versorgungsstrukturen im Aufbau**

Die intermediären Versorgungsstrukturen sind in der Schweiz erst im Aufbau. Akteure von Tagesstätten und Alterswohnungen mit Services gehören zu den wichtigsten Dienstleistungen. Dank den intermediären Strukturen lässt sich die Versorgung besser an die Bedürfnisse und Ansprüche der Betroffenen anpassen. Zum Beispiel kann der Aufenthalt zu Hause durch Tagesstätten verlängert und sorgende Angehörige können für eine bestimmte Zeit entlastet werden. Alterswohnungen ermöglichen ein selbstbestimmtes Leben. Auch beim Auftreten erster Einschränkungen muss die Selbstständigkeit nicht ganz aufgegeben werden. Professionelle Dienstleistungen sorgen für die punktuelle Unterstützung im Alltag. Der abrupte Übergang von einer ambulanten zu einer stationären Versorgung

kann durch intermediäre Strukturen vermindert werden. In den meisten Fällen sind die Angebote von Tagesstätten oder Alterswohnungen an ein Kompetenzzentrum oder Pflegezentrum angeschlossen.

### **Schlüsselakteur: Pflegeheim**

In der stationären Versorgung bleibt das Pflegeheim der wichtigste Akteur und wird auch zukünftig an Bedeutung gewinnen. Zwar richtet sich die gesundheits- und alterspolitische Strategie der Kantone auf die Förderung der ambulanten Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig wächst aber die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in den nächsten Jahren mit chronischen Erkrankungen, Demenz und Multimorbidität. Solche Personen sind auf Pflegeheime mit der nötigen Infrastruktur und entsprechendem Fachpersonal angewiesen.

Pflegeheime stehen immer wieder im Spannungsfeld der alters- und gesundheitspolitischen Debatte. Für die Kantone stellen Pflegeheime ein wichtiges Steuerungsmittel der Altersversorgung dar. Die Bedarfsplanung der Pflegeplätze beeinflusst die zukünftige Versorgung in den Kantonen. Zum Beispiel setzen sinkende Pflegeplätze Anreize, alternative Pflegemöglichkeiten im ambulanten und intermediären Versorgungsbereich anzubieten. Pflegeheime sind auch immer wieder Teil von finanzpolitischen Debatten, da sie als einen relevanten Kostenfaktor angesehen werden.

### **Regionalität der Versorgungsstruktur**

Die Frage, welche Akteure für die Versorgung älterer Menschen in der Schweiz im Einsatz sind, lässt sich nur mit exemplarischen Akteuren beantworten. Wie das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan anhand der drei unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsversorgungsmodellen zeigt, sind je nach regionalen Gegebenheiten andere Akteure in die Pflege und Betreuung involviert. Am Beispiel der Hilfswerke wurde ersichtlich, dass die regionalen Bedürfnisse die Angebote und Tätigkeiten beeinflussen und man deshalb keine gesamtschweizerischen Aussagen treffen kann. Grosso modo wird dennoch deutlich, dass Pflegeheime, die Spitex-Dienste (gemeinnützig und erwerbswirtschaftlich) und die Angehörigen die Hauptakteure darstellen, welche in jedem Kontext der Unterstützung von bedürftigen Betagten vorkommen. Doch auch diese sind wiederum von anderen Akteuren wie Transportdiensten, Hilfswerken, Care-Migrantinnen, Vereinen, Mahlzeitdiensten, Tagesstätten usw. abhängig, um flächendeckende Versorgung sicher zu stellen.

### **Altersbetreuung im Kontext der stationären, intermediären und ambulanten Versorgung**

Der Begriff Betreuung taucht bei vielen der vorgestellten Akteure im Angebot auf. Allerdings wird der Begriff in unterschiedlicher Weise verwendet. Wie im Kapitel 1

bereits erläutert wurde, muss man von einer allgemeingültigen Definition absehen. Es erhärtet sich die Grundannahme, dass in den Angeboten unterschiedliche Formen der Betreuung vorkommen. In weiterführenden Auseinandersetzungen müssten die verschiedenen inhaltlichen Ebenen der Betreuungsformen genauer untersucht werden, um auf mögliche Lücken und Überlappungen zu stoßen.

In allen drei Versorgungsstrukturen ist die Betreuung ein Bestandteil der Dienstleistungen. Bei Akteuren im stationären Bereich lässt sich die tatsächliche Betreuung weniger gut erkennen, da sie Teil eines Gesamtpakets mit Pflege und Hotellerie ist. Die intermediären Strukturen, in Form von Tagesstätten, bauen ihr Angebot hauptsächlich auf Aktivitäten mit betreuenden Elementen auf. Die Angebote richten sich sehr stark auf die Aktivierung von älteren Menschen aus. Das Spektrum der Aktivitäten ist sehr breit gefasst. Ebenfalls in der ambulanten Versorgungsstruktur ist Betreuung in unterschiedlicher Form beobachtbar. Sie ist sowohl für die Spitex-Organisationen als auch für die Hilfsorganisationen, Care-Migrantinnen oder Angehörigen wichtig. Die Betreuungsformen unterscheiden sich allerdings je nach Akteur. Ein Nachbar nimmt zum Beispiel andere (oder weniger) betreuende Aufgaben wahr als eine Care-Migrantin in einem 24-Stunden-Betreuungs-Arrangements. Genauso unterschiedlich fällt die Betreuung einer spitexlizenzierter Fachperson und einer freiwilligen Person des Begleitdienstes eines Hilfswerks aus.

### **Betreuung – eine Privatsache?**

Während der Recherche zeichnete sich die Tatsache ab, dass Betreuungsaufgaben verstärkt in die Handlungskompetenzen von privaten Unternehmen, Vereinen, Hilfsorganisationen, freiwilligen und unbezahlten Personen gelangen.

Betreuung wird in ein Problem der Selbstsorge transformiert. Der Zuständigkeitsbereich für Betreuungsaufgaben liegt nicht bei der öffentlichen Hand, sondern bei den privaten Akteuren.

Vor allem in der ambulanten Versorgungsstruktur zeichnet sich diese Verlagerung ab. Am stärksten involviert in die Betreuungstätigkeiten sind die Akteure: Angehörige, Freunde, Bekannte und Freiwillige. Sie alle tragen wesentlich dazu bei, dass bedürftige Betagte die nötige Betreuung im Alltag bekommen. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass auch ältere Menschen mit einer Spitexversorgung auf die «informelle Hilfe» von Angehörigen, Bekannte, Freiwillige usw. angewiesen sind. Bei den Spitex-Organisationen sind vor allem private gemeinnützige und kommerzielle Dienste im Bereich der Betreuung tätig. Die öffentlichen Spitex-Organisationen fokussieren mehrheitlich auf kassenpflichtige (pflegerische) Leistungen. Auch die vorgestellten Hilfswerke und die gemeinnützige Dienstleistungsorganisation Pro Senectute sehen ihre Hauptkompetenzen in der Betreuung und Beratung älterer Menschen und weniger in der Pflege. Hinzu kommen weitere Dienste, wie der Transport und die Entlastungsangebote für betreuende oder pflegende Angehörige. Nicht zu vernachlässigen sind die Care-Migrantinnen in den 24-Stunden-Betreuungsverhältnissen. Für hilfsbedürftige ältere Menschen

die so lange als möglich zu Hause bleiben wollen, ist die Arbeit der Care-Migrantinnen von grosser Bedeutung. In den meisten Fällen werden die Care-Migrantinnen über private Betreuungsunternehmen vermittelt. Betreuungsunternehmen sind ein weiterer Akteur in der ambulanten Versorgung welche reine Betreuungsaufgaben erbringen. Mangelnde Informationen liessen eine genauere Betrachtung dieser Unternehmen nicht zu.

### **Ausblick Black Box Betreuungsunternehmen**

Während der Recherchearbeit fiel auf, dass es keine Untersuchungen oder Berichte über die Situation von privaten Betreuungsunternehmen in der Schweiz gibt. An diesem Punkt wäre eine vertiefte Auseinandersetzung zwischen Spitex-Diensten und Betreuungsunternehmen relevant. Darüber hinaus fehlen Angaben zum effektiven Anteil solcher Unternehmen am Pflege- und Betreuungsmarkt. Eine Gegenüberstellung mit anderen Akteuren im ambulanten Versorgungsbereich würde die Rolle von Betreuungsunternehmen im schweizerischen Versorgungssystem älterer Menschen schärfen.

# Kapitel 3

## Ausbildung und Arbeitssituation des Betreuungspersonals in stationären, intermediären und ambulanten Einrichtungen

Claudia Heinzmann

In den nachfolgenden Abschnitten steht das Betreuungspersonal im Zentrum der Untersuchung. Damit rückt neben den in Kapitel 2 beschriebenen Institutionen und involvierten Angehörigen ein weiterer wichtiger Akteur in den Mittelpunkt der Studie, der für die Ausgestaltung komplexer Betreuungsarrangements entscheidend ist. Der Fokus der Recherche liegt dabei auf der Ausbildung und Arbeitssituation des Betreuungspersonals in stationären und – soweit es die Literaturlage zulässt – ambulanten sowie intermediären Einrichtungen. Die Ausführungen sollen bestehende personelle Probleme in der Betreuung von Betagten aufzeigen und Handlungsfelder verdeutlichen.

Die bereits in den vorherigen Kapiteln festgestellte Überschneidung von Betreuung und Pflege zeigt sich in diesem dritten Teil der Untersuchung besonders deutlich: In den beigezogenen Studien, Berichten und weiteren öffentlich zugänglichen Publikationen wird kaum zwischen Pflege und Betreuung von Betagten unterschieden. Das «Betreuungspersonal» ist selten als solches genannt, zentral ist vielmehr das Pflegepersonal, das *auch* Betreuung leistet. Diese begrifflichen Überschneidungen bringen für die weiteren Ausführungen zwei Konsequenzen mit sich: Erstens kann das Personal mehrheitlich nicht nach Aufgaben differenziert werden, es ist vielmehr eine Umschreibung als «Betreuungs- und Pflegepersonal» notwendig. Um Entwicklungsprozesse in der Betreuungsarbeit und die Arbeitssituation der professionellen Betreuungsleistenden von Betagten zu verstehen, muss zweitens die *Pflege* ins Zentrum der Analyse gestellt werden, um daraus mögliche Implikationen für die *Betreuung* von älteren Menschen ableiten zu können.

Der thematische Schwerpunkt des Kapitels wird anhand von fünf Fragestellungen untersucht:

- › Welche Formen der Betreuungs- und Pflegeausbildungen kennzeichnen das heutige Ausbildungssystem der Schweiz im Vergleich zu früheren Ausbildungen in der Betreuung und Pflege?
- › Wie unterscheiden sich die verschiedenen aktuellen Betreuungs- und Pflegeausbildungen in Bezug auf Aufgabenbereiche, Einsatzorte, Lohn sowie Um- und Aufstiegsmöglichkeiten?
- › Wie sehen der Berufsalltag und die Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen, in der öffentlichen und privaten Spitex sowie in Privathaushaltungen aus?

- › Welche Probleme im Hinblick auf die Ausbildung, Rekrutierung und Entlohnung sowie den Berufsalltag des Betreuungs- und Pflegepersonals lassen sich aus der beigezogenen Literatur und den Gesprächen mit Fachpersonen ableiten?
- › Welche zukünftigen Handlungsfelder ergeben sich aus den genannten Problembereichen im Hinblick auf die Betreuung von Betagten?

In einem Hintergrundkapitel werden zunächst relevante Entwicklungen zusammengefasst, die heute die Ausbildungsmöglichkeiten sowie die Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals beschreiben (Kapitel 3.1). Die Resultate werden anschliessend in zwei ineinandergreifenden Themenfeldern präsentiert: Ein erster Ergebnisteil gibt eine Übersicht über aktuelle und frühere Formen der Pflege- und Betreuungsausbildungen (Kapitel 3.2). Im zweiten Teil werden die Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals umrissen, soweit sie in Studien und weiteren Publikationen beschrieben sind (Kapitel 3.3). In jedem der beiden Ergebnisteile werden relevante Problembereiche für die Betreuung von Betagten festgehalten und in einem abschliessenden Kapitel (Kapitel 3.4) zusammenfassend präsentiert.

### 3.1 Hintergrund

Die Ausbildung und Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals werden durch mehrere, ineinander verwobene berufsintern-organisatorische und berufsextern-gesellschaftliche Entwicklungen geprägt, die sich bereits in den Anfängen der nicht-konfessionellen Krankenpflege des 19. Jahrhunderts abzeichnen. Die vielfältigen Facetten dieser ineinandergreifenden Prozesse lassen sich für den vorliegenden Beitrag in zwei grossen Spannungslinien zusammenfassen, die für die weiteren Diskussionen um das Personal als wichtigen Akteur in der Betreuung von Betagten besonders relevant scheinen.

Eine erste dichotome Entwicklung zeichnet sich darin ab, dass Betreuungs- und Pflegearbeiten aufgrund von fachlichen Spezialisierungen und den «Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystems» (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 10) in eine Vielzahl von separaten Berufsfeldern, Aufgabenbereichen sowie zeitlich und inhaltlich eng begrenzte, vordefinierte und messbare Leistungskategorien unterteilt werden. Diese Fragmentierung von Zuständigkeitsbereichen mit ihren je eigenen Akteuren, Aufgaben, Organisations- und Finanzierungssystemen, in der heute nicht zuletzt Pflege und Betreuung als eigenständige Tätigkeitsgebiete zu fassen gesucht werden, steht im Gegensatz zu einem holistischen Pflege- und Betreuungsverständnis, das bereits für die freiberuflich-weltliche Krankenpflege des 19. Jahrhunderts bedeutsam ist (zusammenfassend Käppeli, 2004, S. 96–117; Roth, 2010, S. 158ff.). Mit diesem ganzheitlichen Blick federten die damaligen freiberuflichen Schwestern nach Käppeli (2004, S. 387) ab, «was den Leidenden aus dem einseitig angewendeten naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin beziehungsweise dem

positivistischen der Psychologie drohte: eine Verobjektivierung zum messbaren organischen oder psychischen System.» Auch wenn ideengeschichtlich keine Linearität zur heutigen professionellen Pflege und Betreuung gezogen werden kann, finden sich alternativ oder in Ergänzung zu bio-medizinischen Pflegekonzepten bis heute Modelle, in denen «die psychosozialen und geistig-spirituellen sowie kulturspezifischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit [betont werden]» (ebd., S. 114). Pflege wird hier als «zwischenmenschlicher Beziehungsprozess» (ebd.) aufgefasst, in dem nicht nur die «Optimierung des körperlichen Zustands eines Kranken» (ebd., S. 115) massgeblich ist. Handlungsleitende Elemente der Pflege- und Betreuungsarbeit sind vielmehr die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse, die Anerkennung der Autonomie und Individualität jedes Kranken und die Verbesserung der Lebensqualität des pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen (ebd.). Dieser Beziehungs- und Interaktionsaspekt ist – neben vielen anderen Elementen – auch massgeblicher Teil der Definition von «Pflege» des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK): «Professionelle Pflege (...) beruht auf einer Beziehung zwischen betreuten Menschen und Pflegenden, welche von letzteren geprägt ist durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme. Die Beziehung erlaubt die Entfaltung von Ressourcen der Beteiligten, die Offenheit für die zur Pflege nötigen Nähe und das Festlegen gemeinsamer Ziele» (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2011, S. 7; zur ausführlichen Definition vgl. ebd., S. 6 f.).

Eine zweite dichotome Entwicklung zeigt sich im Gegensatz von Pflege und Betreuung als professionelles Handeln und Pflege und Betreuung als Laientätigkeit. Seit ihren Anfängen ist die neuzeitliche Krankenpflege von einem Prozess der Verberuflichung und zunehmenden Professionalisierung geprägt. Dieses Konzept von Pflege und Betreuung als Berufsarbeit, die einer entsprechenden Ausbildung bedarf, steht im Kontrast zu einer Auffassung von Pflege- und Betreuungsarbeiten als Tätigkeiten, die ohne weiteres auch von Laien ausgeführt werden können. Ein Blick auf die Wurzeln der weltlichen Krankenpflege zeigt, dass die berufliche Ausbildung und damit Professionalisierung von Pflege ein wesentlicher Faktor in der Entstehungsgeschichte der nicht-konfessionellen Krankenpflege war (Braunschweig, 2004, S. 114 ff.; Käppeli, 2004, S. 100 ff.): Der medizinische Fortschritt ebenso wie die durch Industrialisierungs- und Urbanisierungsprozesse hervorgerufenen gesellschaftlichen Umwälzungen im ausgehenden 19. Jahrhundert brachten einen steigenden Bedarf an Frauen mit einer pflegerischen Ausbildung mit sich und führten anfangs des 20. Jahrhunderts zur Gründung erster Pflegerinnenschulen (Käppeli, 2004, S. 107). Pflegewissen und die Vermittlung pflegerischer Kenntnisse haben seither einen grundlegenden Wandel erlebt: Nach einer längeren Phase der praktischen und medizinischen Wissensvermittlung begannen ab den 1970er Jahre Pflegetheorien und -modelle sowie Pflegeforschungstätigkeiten eine zunehmende Rolle zu spielen (zusammenfassend Roth, 2010, S. 11–16 und S. 157–171). Ihren institutionellen Rahmen fanden diese Entwicklungen in der Bildungsreform Ende der 1990er Jahre (vgl. Kapitel 3.2), mit der die Pflegeausbildung auf Tertiärstufe möglich wurde. Neben Höhe-

ren Fachschulen (HF) und Fachhochschulen (FH) kann Pflege seit der Eröffnung des Pflegewissenschaftlichen Instituts an der Universität Basel im Jahr 2000 als universitäres Studienfach absolviert und mit dem Doktorat abgeschlossen werden. Ähnliche Tendenzen, wenn auch unter anderen Vorzeichen, lassen sich in den heutigen Ausbildungsgängen der «Angestellten Gesundheit und Soziales» (AGS) und der «Fachperson Betreuung» (FaBe; vgl. Kapitel 3.2) feststellen: Wenn hier auch nicht im engeren Sinne von einer Professionalisierung gesprochen werden kann, zeichnet sich mit diesen Ausbildungen doch eine «Verfachlichung» (Gredig & Goldberg, 2012, S. 413) von Tätigkeiten ab, die in einer langen Tradition weiblich konnotierter Alltagsverrichtungen stehen, für die kein formales Wissen nötig zu sein schien (Wecker, 2006).

Im Gegensatz zu diesen Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen ist Betreuungs- und Pflegearbeiten bis heute ein gesellschaftliches Verständnis von Tätigkeiten inne, die auf persönlichen, vor allem weiblich definierten Eigenschaften beruhen. Da sie gewissermassen natürlicherweise gegeben sind, bedürfen sie keiner fachlichen Ausbildung. In besonders einprägsamer Weise manifestiert sich diese Auffassung aktuell beispielsweise in den Diskussionen um Care-Arbeiten in Privathaushaltungen (vgl. Kapitel 3.3). Unter teilweise prekären Arbeitsverhältnissen leisten hier in allererster Linie Frauen, häufig aus Osteuropa, Betreuungsarbeiten bei älteren Menschen oft ohne Ausbildung als Pflegerinnen beziehungsweise Betreuerinnen (Heinzmann, 2014; Schilliger, 2013a; Wigger et al., 2013). Care-Arbeit wird in diesen Arrangements nicht als professionelle Tätigkeit gerahmt, die eines spezifischen Fachwissens bedarf. Ähnlich wie in den Anfängen der freiberuflichen Krankenpflege, als die für die Pflege erforderlichen Berufskennntnisse und psychischen Qualitäten als «Teil des weiblichen Geschlechtscharakters» (Wecker, 2006, S. 22) gewertet wurden, werden Pflege- und insbesondere Betreuungsarbeiten bis heute mit quasi-natürlichen, weiblich konnotierten Fähigkeiten wie «Leben hegen und pflegen, sich in die Bedürfnisse anderer einfühlen, sie schützen (...)» (Käppeli, 2004, S. 116; vgl. auch Roth, 2010, S. 158; Schilliger, 2013a, S. 150; Wecker 2006) verbunden. Krankenpflege und – so darf hinzugefügt werden: Betreuung – urteilt die Pflegewissenschaftlerin Claudia Bischoff (1984, S. 119), ist «Beruf und gleichzeitig Nicht-Beruf», dessen Beruflichkeit durch Nichtbezahlung, Verfügbarmachung der ganzen Person und die Ideologie der weiblichen Liebestätigkeit «verschleiert und gelegnet» (ebd.; vgl. Braunschweig 2004, S. 115; Roth, 2010, S. 158) wurde und weiterhin wird.

Die beiden hier skizzierten Dichotomien – das ganzheitliche Pflege- und Betreuungsverständnis im Gegensatz zu einer Fragmentierung pflegerischer und betreuerischer Arbeiten in eine Vielzahl separater Aufgabengebiete sowie der Gegensatz von Pflege und Betreuung als professionelles Handeln oder Laientätigkeit – bilden einen kontrastreichen Rahmen, in welchem professionell Pflegenden und Betreuenden heute agieren und gleichzeitig in ihren Handlungen und Arbeitssituationen bestimmt werden. Wie die nachfolgenden Ausführungen verdeutlichen, tragen die beschriebenen Entwicklungen darüber hinaus einzeln und im widersprüchlichen und spannungsreichen Zusammenspiel massgeblich zu den

berufsinternen und -externen Problemfeldern bei, in denen Pflege- und Betreuungsarbeiten aktuell stattfinden.

### **3.2   Betreuungs- und Pflegeausbildungen in der Schweiz seit der Bildungsreform**

Ende der 1990er Jahren erfolgte in der Schweiz eine Berufsbildungs- und Fachhochschulreform, die für die Gesundheitsberufe, und insbesondere für die Pflege und Betreuung, grundlegende Neuerungen brachte (Kaufmann, 2010; Schäfer et al., 2013). Die Entwicklungen sind zugleich Ergebnis und Ursache der eingangs beschriebenen Professionalisierungs- und Differenzierungsprozesse, die heute massgeblich die Ausbildung und Arbeitsmöglichkeiten des Betreuungs- und Pflegepersonals prägen: Ergebnis, weil sie Abbild von «steigenden Anforderungen an die Spezialisierung von Fachkräften und der daraus resultierenden Aufgabenteilung» (Sigrist et al. 2015, S. 356) sind; Ursache, weil sie die Fragmentierung von Aufgabengebieten im Gesundheitswesen weiter vorantreiben.

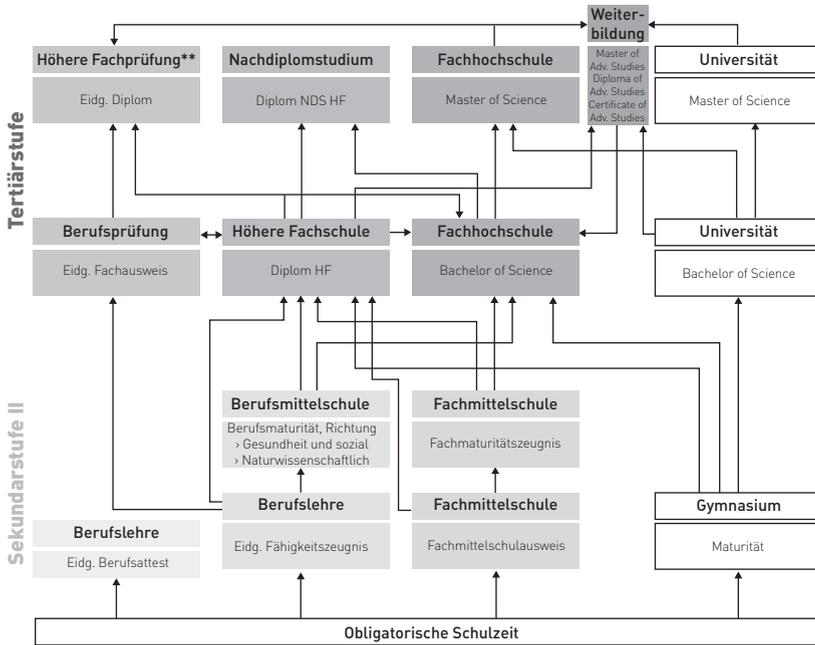
Um diese Neugestaltung der Pflege- und Betreuungsberufe nachvollziehen zu können, wird nachfolgend zunächst das heutige Ausbildungssystem in seinen Grundzügen skizziert. In einem nächsten Kapitel erfolgt eine Übersicht über die Ausbildungsformen in der Pflege und Betreuung, soweit sie für die weiteren Ausführungen relevant sind. Im Fokus stehen dabei neben Informationen zu den Einsatzorten, zum Lohn und den Weiterbildungsmöglichkeiten vor allem die Aufgabengebiete der jeweiligen Ausbildungen. Die Übersicht bildet die Grundlage, um in einem weiteren Kapitel den Begriff der «Betreuung» in zwei massgeblichen Formen fassen und die Ergebnisse in einem abschliessenden ersten Problembereich verdichten zu können.

#### **3.2.1   Ein erster Überblick: Das heutige Berufsbildungssystem in der Schweiz**

Im Berufsbildungssystem der Schweiz werden heute drei Stufen unterschieden (Abb. 8). Die Bezeichnungen lehnen sich an die Nomenklatur der OECD-Bildungssystematik an, die im Zuge der Bildungsreform in den 1990er Jahren von der Schweiz übernommen worden war:

- › Berufsbildungen Tertiärstufe: Sie werden unterteilt in die berufsorientierte Tertiärstufe B mit Ausbildungen an Höheren Fachschulen (HF) und die hochschulorientierte Tertiärstufe A, die an Fachhochschulen (FH) oder an Universitäten absolviert wird (zum Problem der Stufenunterteilung in A und B vgl. Strahm, 2014, S. 122);
- › Berufsbildungen Sekundarstufe II mit Abschluss eines Eidgenössischen Fähigkeitszeugnisses (EFZ);
- › Berufsbildungen Sekundarstufe II mit Abschluss eines Eidgenössischen Berufsattestes (EBA).

Abbildung 8: Bildungssystematik Schweiz



Quelle: Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, 2016a.

Grundlegend für die Berufsbildung in der Schweiz ist ein duales Ausbildungssystem mit einer gleichzeitigen Vermittlung von schulischen und berufspraktischen Fähigkeiten (zusammenfassend Imhof, 2005, Kap. 3; Strahm, 2014, S. 20 ff. und Kap. 3; beide auch für die folgenden Ausführungen). Im Zentrum steht dabei mit der Berufslehre ein formaler Bildungsgang, bei dem in drei – mit einer Berufsmaturität (BM) vier – Jahren das EFZ und damit ein gesamtschweizerisch anerkannter und geschützter Abschluss erworben wird. Lernschwächere Jugendliche oder Erwachsene können eine zweijährige Attestlehre absolvieren und sie mit dem EBA abschliessen. Bei Interesse und Eignung besteht für die Lernenden nach ihrem Attestabschluss die Möglichkeit, durch eine Nachholbildung ein EFZ zu erlangen (Strahm, 2014, S. 95; vgl. Abb. 8 und Kapitel 3.2.3).

Das duale Berufsbildungssystem ist auch nach der Bildungsreform der 1990er Jahre grundlegend für die Ausbildungslandschaft der Schweiz. Wie Abbildung 8 zeigt, wurde mit der Bildungsreform jedoch ein Ausbildungssystem etabliert, das eine Professionalisierung und gleichzeitig Akademisierung der Berufsausbildung fördert. Zum einen durch die Schaffung von Bildungsabschlüssen auf Tertiärstufe A (Universitäts- und FH-Niveau) und B (Höhere Berufsbildung). Zum anderen folgen die Ausbildungsgänge dem Prinzip «Kein Abschluss ohne Anschluss» (Strahm, 2014, S. 81): Die Ausbildungen sind so gestaltet, dass eine Weiterführung bis zur Tertiärstufe A beziehungsweise B möglich ist. So können

Lernende, die ein EFZ absolvieren, parallel oder im Anschluss zur Berufslehre eine BM erwerben. Sie erlaubt den prüfungsfreien Übertritt an eine FH oder, nach einem Zusatzjahr an einer Mittelschule, den Erwerb einer gymnasialen Maturität (Strahm, 2014, S. 112). Durch diese so genannte Passarellenlösung können Berufslernende den Zugang zu einer Hochschulausbildung (Tertiär A) erreichen. Mit einer BM kann man auch direkt an eine HF (Tertiär B) gelangen. Im Vergleich zu Tertiär A ist eine Ausbildung auf Stufe Tertiär B praxisnäher und umfasst z. B. die Ausbildungen zur «Pflegefach-» beziehungsweise «Aktivierungsfachperson HF» oder weiterbildende Spezialisierungen im Bereich der Langzeitpflege und Betreuung, die mit einer Berufsprüfung (BP; vgl. Abb. 9 und Abb. 14) abgeschlossen werden.

### 3.2.2 Neugestaltung der Betreuungs- und Pflegeausbildungen

Die Ausbildungen in der Pflege und Betreuung wurden in der Schweiz durch die beschriebene Bildungsreform grundlegend verändert. Ausgangspunkt war die in den 1990er Jahren revidierte Bundesverfassung, mit der die Gesundheitsausbildungen dem gesamtschweizerischen Bildungssystem angepasst und die Gesundheitsberufe neu dem Bund unterstellt wurden (Kaufmann, 2010, S. 7; Burla & Rüfenacht, 2013; Schäfer et al., 2013, S. 7). Die Berufsbildungslandschaft in der Schweiz zeigte sich in den Berufen Gesundheit, Soziales und Kunst (so genannte GSK-Berufe) bis dahin sehr heterogen, da sie anders als die Berufe der Industrie und des Gewerbes nicht durch das eidgenössische Berufsbildungsgesetz (BBG) von 1978 reglementiert wurden, sondern im Zuständigkeitsbereich von Kantonen oder Verbänden lagen (Berufsbildungsgesetz, 2016; Kaufmann, 2010, S. 7; Schäfer et al., 2013, S. 7).

Bis Mitte der 1990er Jahre war das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) die zentrale Instanz für die Ausbildung einer Vielzahl von Pflegeberufen wie etwa die «Allgemeine Krankenpflege» (AKP) oder die «Praktische Krankenpflege» (PKP) (vgl. zur Geschichte Käppeli, 2004, 107f.; Oertle & Hiedl, 2012; Roth, 2010; vgl. auch Abb. 9 und 10). Für andere Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen, wie beispielsweise die Hauspflege, waren hingegen die Kantone zuständig. Die Ausbildung «Betagtenbetreuer/in FA SODK» beziehungsweise die einjährige Zusatzausbildung «Betagtenbetreuer/in DA SODK» (vgl. Abb. 10) wiederum wurden interkantonal über die Sozialdirektorenkonferenz (SODK) geregelt und mit einem entsprechenden Fähigkeits- beziehungsweise Diplomasweis abgeschlossen.

Mit Beschluss des Bundesrates 1996, die Pflegeausbildung zukünftig bundesrechtlich zu regeln, folgte in der Praxis eine mehrjährige «Transition» (Kaufmann, 2010, S. 8; vgl. auch Strahm, 2014, S. 180), in der sich die Kantone beziehungsweise das SRK allmählich aus ihrem bisherigen Verantwortungsbereich zurückzogen (Strahm, 2014, S. 180). Im Januar 2004, mit Inkrafttreten des BBG, wurden die Pflegeausbildung dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) – dem heutigen Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation

(SBFI) – unterstellt (Schäfer et al., 2013, S. 7; Strahm, 2014, S. 179). Damit verbunden war eine Umwandlung der Berufs- und Titelbezeichnungen, die sowohl mit der eidgenössischen als auch internationalen Berufsbildungssystematik in Übereinstimmung gebracht werden mussten (Kaufmann, 2010, S. 7; Schäfer et al., 2013, S. 7). Das SRK behielt seine Zuständigkeit für die altrechtlichen Ausbildungen bis zum Abschluss der letzten Diplome (Kaufmann, 2010, S. 8). Abbildung 9 fasst das heutige Ausbildungssystem für die Pflege- und Betreuungsberufe zusammen.

**Abbildung 9: Übersicht über das heutige Ausbildungssystem in der Betreuung und Pflege**

<b>Tertiärstufe A</b> Hochschulen	<b>Bachelor oder Master of Science in Pflege</b> Fachhochschule Dauer: BScN: 3 Jahre plus Praxis MScN: 2-4 Semester (Vollzeit) Abschluss: BSc FH beziehungsweise MSc FH	<b>Master of Science in Nursing PhD Nursing Science</b> Dauer: MScN: 3 Jahre (Vollzeit) Abschluss: MScN beziehungsweise Dr.sc. med. Pflegewissenschaft (PhD Nursing Science)
<b>Tertiärstufe B</b> Höhere Berufsbildung	<b>Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF</b> Dauer: 3 Jahre (2 Jahre mit Vorbildung; bis 4 Jahre berufsbegleitend) Abschluss: eidg. Diplom HF	<b>Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe) Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe)</b> mit drei Vertiefungsrichtungen: Behinderte, Betagte oder Kinder Dauer: 3 Jahre; mit BM 4 Jahre Abschluss: EFZ
<b>Sekundarstufe II</b> Berufliche Grundbildung	<b>Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS)</b> Dauer: 2 Jahre Abschluss: EBS	<b>Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung FA</b> Weiterbildung mit BP Dauer: 2 Jahre Abschluss: FA
Obligatorische Schulzeit, Sekundarstufe I		

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Curaviva Schweiz, 2015a; Organisation der Arbeitswelt Gesundheit, 2016b.

Die von Kaufmann (2010, S. 7) als «strukturelle Reform» bezeichneten Änderungen – ausgelöst durch die Bildungsreform – folgten auf eine frühere «inhaltliche Reform» (ebd., S. 6) der Pflegeausbildung, die erst kurz zuvor abgeschlossen worden war. Diese inhaltlichen Neuerungen fanden zwischen 1990 und 2000 auf der Grundlage von Professionalisierungsprozessen in der Pflege statt (ebd.): Wie in der Einleitung beschrieben, wurde die Pflege ab den 1970er Jahren auch in der Schweiz zumindest fachintern zunehmend als Wissenschaft verstanden. Pflege-modelle und -theorien und die Konzipierung der Pflege als Prozess (Roth 2010) gewannen an Bedeutung. In diesem Kontext wurden die bisher separat geführten Ausbildungsgänge wie z. B. die AKP, PKP oder die «Psychiatrische Krankenpflege»

**Abbildung 10: Übersicht über die Berufsbezeichnungen in der Betreuung und Pflege vor, während und nach der «inhaltlichen» und «strukturellen» Reform bis Stufe HF**

Vor 1990	«Inhaltliche Reform» ab ca. 1990	«Strukturelle Reform» ab ca. 2000 (vgl. Abb. 9)
<b>Krankenpflege (AKP)</b> <b>Psychiatriepflege (Psy-KP)</b> <b>Kinder-, Wöchnerinnen- und Säuglingspflege (KWS)</b> 3 Jahre mit Diplom SRK (Kaufmann, 2010, S. 159 ff., 178 ff., 184 ff.)	<b>Diplomniveau II (DN II)</b> 4 Jahre mit Diplom SRK generalistische Ausbildung, löste die Ausbildungen AKP; Psy-KP und KWS ab (Kaufmann, 2010, S. 173 ff.; Schäfer et al., 2013, S. 18)	<b>Dipl. Pflegefachperson HF</b> Abschluss AKP, Psy-KP, KWS und DN II berechtigt, HF-Titel zu führen Abschluss DN I zur Erlangung des HF-Diploms: Besuch einer Ausbildung von 40 Tagen an einem vom SRK anerkannten Lehrgang (Kaufmann, 2010, S. 170)
<b>Praktische Krankenpflege (PKP)</b> 2 Jahre mit FA SRK (Kaufmann, 2010, S. 77 ff.)	<b>Diplomniveau I (DN I)</b> 3 Jahre mit Diplom SRK PKP: Passarelle-Programm zum DNI (Kaufmann, 2010, S. 77 ff.)	<b>Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe)</b> Validation des Acquis für PKP (Kaufmann, 2010, S. 77) Hauspfleger/in EFZ (abhängig, nach welchem Lehrplan Ausbildung erfolgte): Anerkennung als FaGe oder Nachqualifikation im Umfang von 240 Stunden (Schäfer et al., 2013, S. 15)
<b>Hauspfleger/in EFZ</b> , 3 Jahre, Ausbildung kantonale geregelt, Abschluss EFZ (Kaufmann, 2010, S. 11 und 67 ff.)	<b>Betagtenbetreuer/in EFZ**</b> (zwischen 2001–2008) Soziale Lehre in Betagtenbetreuung, 3 Jahre (Kaufmann, 2010, S. 14 ff.; Schäfer et al. 2013, S. 15)	<b>Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe)</b> Gleichstellung: Betagtenbetreuer/in EFZ und Betagtenbetreuer/in FA SODK (Kaufmann, 2010, S. 49 ff.)
<b>Betagtenbetreuer/in FA SODK</b> , 2 Jahre, berufsbegleitend, mit FA SODK (Sozialdirektorenkonferenz, 2006) <b>Betagtenbetreuer/in DA SOKK</b> , 1-jährige berufsbegleitende Zusatzausbildung für Leitungspersonen im stationären Altersbereich (Sozialdirektorenkonferenz, 2007, S. 1) mit Diplom SODK		
<b>Pflegeassistent/in (PA)</b> (Vorgängertitel: Spitalgehilfe/-gehilfin), 1 Jahr mit Zertifikat* (Kaufmann, 2010, S. 104 ff.)		<b>Angestellte/r Gesundheit und Soziales (AGS)*</b> Keine Gleichstellung für PA

Quelle: Eigene Darstellung v.a. basierend auf Kaufmann, 2010; Schäfer et al., 2013.

\* Die AGSs erwerben in der Ausbildung im Vergleich zu den PAs erweiterte Fähigkeiten in der Begleitung und Unterstützung der Klientinnen und Klienten. Beide Berufsgruppen werden in der Praxis laut Fachverbänden jedoch für ähnliche Aufgaben eingesetzt. Aufgrund des ähnlichen Kompetenzbereichs wurde auf eine Nachqualifikation der PAs zu AGSs verzichtet. Als berufliche Weiterqualifikation wird den PAs eine Ausbildung als FaBe oder FaGe empfohlen. Diese kann verkürzt oder über ein Qualifikations- beziehungsweise Validierungsverfahren erfolgen (Curaviva Schweiz, 2011a; Organisation der Arbeitswelt Gesundheit & SavoirSocial, 2011).

\*\* Das 2001 eingeführte Pilotprojekt «Soziale Lehre» (Berufsausbildung Soziale Lehre, 2003; Näf, 2000; SODK & Schweizerische Fachstelle Ausbildung Betagtenbetreuung, 2008) hatte zum Ziel, Jugendlichen ab 16 – anstatt bisher 18 – Jahren eine Lehre im Sozialbereich zu ermöglichen. Die Soziale Lehre wurde in zwei Fachrichtungen angeboten: mit Schwerpunkt Betagtenbetreuung (Abschluss: Betagtenbetreuer/in EFZ) und als generalistische Ausbildung zur Betreuung von Betagten, Behinderten und Kindern (Abschluss: Sozialagogin/Sozialagoge EFZ).

(Psy-KP) aufgehoben und durch zwei Diplomstufen ersetzt (Diplomniveau I und II). Anstelle einer bisher fachspezifisch erfolgten Pflegeausbildung stand nun die Vermittlung von fachübergreifendem Kompetenzwissen im Zentrum. Abbildung 10 fasst die Übergänge vom altrechtlichen zum neuen Bildungssystem für die Pflege- und Betreuungsberufe zusammen.

Die Abbildung verdeutlicht, dass das Ausbildungssystem in der Pflege und Betreuung durch die beiden Reformen in vergleichsweise kurzer Zeit eine grundlegende Umstrukturierung erfuhr: Durch die «inhaltliche Reform» lösten sich zunächst die bisher separat geführten, spezialisierten Krankenpflegelehrgänge auf. Sie wurden in zwei Diplomstufen zusammengefasst, die ihrerseits mit der «strukturellen Reform» in einen Ausbildungsgang («diplomierte Pflegefachperson HF») überführt wurden. Im Gegensatz zu dieser Verdichtungstendenz auf Tertiärstufe zeigt sich auf der Ebene der beruflichen Grundbildung zumindest begrifflich eine vergleichsweise grosse Differenzierung entlang der Bereiche «Betreuung», «Gesundheit» und «Soziales»: Mit dem Ausbildungslehrgang FaBe wurde die bisherige Berufsbezeichnung «Betagtenbetreuer/in FA SODK» aufgehoben und ein allgemeiner Schwerpunkt auf «Betreuung» gelegt. Die Hauspflegerinnen und -pfleger erfuhren eine Gleichstellung mit den FaGes, ein Berufstitel, mit dem die «Gesundheit» in den Mittelpunkt rückt. Schliesslich erfolgte 2012 mit der Konzipierung des zweijährigen Attestlehrgangs AGS ein drittes Ausbildungsangebot auf der Stufe der beruflichen Grundbildung. Neben «Betreuung» und «Gesundheit» wird nun zusätzlich das «Soziale» als spezifisches Aufgaben- und – damit impliziert – separates Berufsfeld eingeführt.

### **3.2.3 Arbeiten in der Betreuung und Pflege: Ausbildung, Aufgaben und Entlohnung**

Die nachfolgenden Kapitel geben eine zusammenfassende Übersicht über die heutigen formalen und non-formalen Ausbildungen sowie die damit verbundenen Aufgabenbereiche und Monatslöhne in der Pflege und Betreuung. Da insbesondere die Betreuung von älteren Menschen oft in erheblichem Mass mit Unterstützung von Hilfspersonal geschieht (vgl. Kapitel 3.2.3 und 3.3), werden zunächst Einsatzgebiete von Mitarbeitenden beschrieben, die ohne formale Bildung Betreuungs- und Pflegearbeiten verrichten. Danach werden Aufgaben, mögliche Einsatzorte sowie Löhne der verschiedenen formalen Pflege- und Betreuungsausbildungen aufgezeigt, die mit der Bildungsreform von 2004 auf Sekundarstufe II beziehungsweise Tertiärstufe eingeführt worden sind.

#### **Non-formale Bildung: Betreuen und Pflegen als Assistenzpersonal**

Im gesamten Gesundheitsbereich gibt es im non-formalen Bereich eine beinahe unüberblickbare Vielzahl an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die durch öffentliche Institutionen, Verbände oder kommerzielle Einrichtungen angebo-

ten werden. Für die weiteren Ausführungen von besonderer Bedeutung ist der Lehrgang «Pflegehelfer/in SRK» (PH-SRK), der innerhalb von 120 Theoriestunden und einem Vertiefungspraktikum von mindestens 12 Tagen zum Zertifikat PH-SRK führt, das in der ganzen Schweiz anerkannt ist (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2016). Die Ausbildung ist inzwischen derart standardisiert und bekannt, dass es einen national gültigen Rahmenlehrplan gibt (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2016) und die Arbeit als offizielles Berufsangebot in der Übersicht der Berufsberatung Schweiz (2011) aufgeführt ist.

Der Lehrgang entwickelte sich aus dem Rotkreuz-Spitalhelferinnen-Kurs, den das SRK 1959 in Absprache mit dem Bund zur Entlastung des qualifizierten Pflegepersonals konzipierte (Barth & Hanetseder, 2013, S. 208; vgl. auch Oertle & Hiedl, 2012). Die SRK-Spitalhelferinnen – Männer wurden erst ab den 1970er Jahren zum Kurs zugelassen (ebd., S. 209) – wurden zunächst vor allem für hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingesetzt, die bei der Pflege und Betreuung anfielen (ebd., S. 208). Ihr Betätigungsfeld erweiterte sich jedoch fortlaufend. z. B. auf Arbeiten in der Spitex, in Alters- und Pflegeheimen oder Spitälern. Die heutigen PHs-SRK erwerben vor allem Kompetenzen im Bereich der Grundpflege: Sie unterstützen hauptsächlich Hochbetagte und chronisch kranke Menschen bei der Körperpflege, helfen beim Ankleiden, geben wenn nötig Hilfe beim Essen, bei der Mobilisation usw. Zu ihren Einsatzgebieten können aber auch je nach Institution betreuende Aufgaben im engeren Sinne gehören, so etwa Gespräche, Spaziergänge, gemeinsames Basteln oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie aufräumen und Wäsche verteilen. Neben der Basisausbildung werden zusätzlich regelmässig Fortbildungen angeboten (Barth & Hanetseder, 2013, S. 209), so beispielsweise in der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen oder in der Palliativpflege. Bei verschiedenen Kantonalverbänden wie z. B. Baselland (Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. h), Luzern (Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern, 2016) oder Zürich (Schweizerisches Rotes Kreuz Zürich, 2009) kann ausserdem im Anschluss an das Zertifikat PH-SRK ein zusätzlicher Zertifikats-Lehrgang «Pflegehelfer/in Langzeitpflege SRK» absolviert werden. Der Grundkurs wird dabei durch Pflichtmodule, z. B. in Ethik, palliative Care, Kinästhetik, Pflegedokumentation oder Reanimation ergänzt (Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern, 2016).

Der monatliche Bruttolohn der PHs-SRK beträgt ca. 3'900 Franken (Pflege-Berufé, 2016a). Die Lohnunterschiede können jedoch laut einer Übersicht der Schweizerischen Interessengemeinschaft der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer von 2014 je nach Kanton und Arbeitgeber sehr gross sein: In der Umfrage geben Pflegehelferinnen und -helfer an, bei einem 100%-Pensum zwischen 2'501 Franken und über 5'000 Franken *netto* zu verdienen (Schweizerische Interessengemeinschaft Pflegehelfer/-in SRK, 2014; Hahn et al., 2013a, S. 17 f.).<sup>14</sup> Diese

---

14 Die Zahlen beruhen auf einer Studie der Fachhochschule Bern, die im Auftrag der Schweizerischen Interessengemeinschaft PH-SRK 2013 durchgeführt wurde (Hahn et al., 2013a). Gemäss dieser Studie ist die Spannweite der Löhne noch grösser, als dies von der Interessengemeinschaft

Zahlen müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden. Gemäss Studie der Berner Fachhochschule (Hahn et al., 2013a, S. 17), die der Übersicht der Interessengemeinschaft (Schweizerische Interessengemeinschaft Pflegehelfer/-in SRK, 2014) zugrunde liegt, wird beispielsweise nicht berechnet, welchen Einfluss die Arbeitserfahrung oder mögliche Weiterbildungen auf den Lohn der PH-SRKs haben. Auch bleibt unklar, ob die befragten PH-SRKs in stationären Einrichtungen angestellt sind oder als Selbstständige in der Privatpflege arbeiten. Fraglich ist ebenfalls, inwiefern die Studienteilnehmenden unter Umständen Sonn- und Feiertagszuschläge in die Nettolohnangaben einberechnet haben.

Nach dem Vorbild des PH-Lehrgangs bieten einzelne Kantonalverbände des SRK seit kurzem ein SRK-Zertifikat mit Schwerpunkt Hauswirtschaft und Betreuung an. Ein erster Pilotlehrgang wurde 2014 vom SRK-Kantonalverband Baselland gestartet. Er führt in 70 Theoriestunden und einem mindestens 12-tägigen Praktikum zum Zertifikat «Helfer/in Hauswirtschaft und Betreuung SRK» (HHB-SRK; Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. d). Als Einsatzgebiete kommen in erster Linie Privathaushaltungen oder Tagesstätten in Frage. Damit wird auf die prognostizierte Zunahme von Hochbetagten und älteren Menschen reagiert, die z.B. in ambulanten Einrichtungen betreut werden oder daheim leben können, aber vor allem für hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kochen, Reinigung oder Einkauf Unterstützung benötigen. Gleichzeitig wurde mit dem Lehrgang ein vergleichsweise niederschwelliger Einstieg in die Betreuungsarbeit geschaffen. Ähnlich wie Strahm (2014) für den Lehrgang PH-SRK schreibt, steht der Erwerb des Hauswirtschafts- und Betreuungszertifikats neben Wiedereinsteigerinnen oder Berufsumsteigern auch Menschen «mit wenig Bildungshintergrund [offen], die keine Berufslehre machen wollen oder können» (ebd., S. 128). Voraussetzung ist, dass sie die notwendigen Sprach- und Sozialkompetenzen sowie praktischen Fähigkeiten mitbringen. Mit diesem niederschweligen Zugang bildet das Zertifikat HHB-SRK wie der Lehrgang PH-SRK «eine Brücke zur Arbeitswelt» (ebd.), z.B. für Migrantinnen und Migranten ohne berufliche Ausbildung oder für junge Erwachsene, die nach mehreren Lehrabbrüchen einen beruflichen Einstieg suchen (Barth & Hanetseder, 2013, S. 211 f.). Die bis jetzt vorliegenden Monatslöhne der HHBs-SRK entsprechen ungefähr derjenigen der PHs-SRK und bewegen sich zwischen 3'700 und 4'200 Franken brutto.

Auch weitere öffentliche und private Institutionen bieten Basiskurse für Arbeiten in der Betreuung und Pflege an. So beispielsweise das Zertifikat «Haus-helfer/in der Spitex» (Schäfer et al., 2013, S. 16): Der 2008 eingeführte Basiskurs umfasst 40–80 Lektionen und wird durch verschiedene Ausbildungseinrichtungen durchgeführt (ebd.). Ähnliche Kurse werden auch von kommerziellen Insti-

---

publiziert wurde. Bei einem 100%-Pensum geben immerhin drei Befragte an, monatlich lediglich zwischen 1'501 und 2'000 Franken netto zu verdienen. Eine Person erhält einen Nettolohn zwischen 2'001 und 2'500 Franken. Die meisten der an der Studie beteiligten vollzeiterwerbstätigen PHs-SRK weisen einen Nettoverdienst von monatlich zwischen 3'501 und 4'000 Franken (66 von 187) auf (alle Angaben ebd., S. 17f.). An der Untersuchung beteiligten sich insgesamt 1'531 PHs-SRK (ebd., S. 5).

tutionen angeboten. So kann beispielsweise in der Klubschule Migros (2016) seit kurzem ein fünftägiger Basiskurs «Betreuung» absolviert werden. Verteilt auf insgesamt 10 Module werden Themen wie Körperpflege, Essen und Trinken, Kommunikation, Notfälle und hauswirtschaftliche Arbeiten erlernt (ebd.). Im weitesten Sinn können auch die internen Schulungen von privaten Pflege- und Betreuungsdiensten zu den hier interessierenden non-formalen Basisbildungen gezählt werden, die – wie aus Gesprächen mit Leitenden hervorgeht – häufig für neue Mitarbeitende durchgeführt werden. Da die Angestellten unterschiedlichste Ausbildungs- und Berufshintergründe mitbringen, erwerben manche von ihnen in diesen internen Schulungen möglicherweise das erste Grundwissen über ihre zukünftigen Betreuungsarbeiten.

Insbesondere die PHs-SRK sind heute als Pflege- und Betreuungspersonal in den Alters- und Pflegeheimen nicht mehr wegzudenken. Gemäss Untersuchung des «Swiss Nursing Homes Human Resources Project» (SHURP), bei der sich 163 Alters- und Pflegeheime in der Schweiz beteiligten (Zúñiga et al., 2013; vgl. für Details Kapitel 3.3), arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung 2012/13 gesamthaft 27 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals als angelerntes Hilfspersonal, zu denen in der Studie auch die PHs-SRK gezählt werden (Zúñiga et al., 2013, S. 2). Differenziert nach Sprachregionen war der Anteil des Personals, das angelernt wurde oder eine non-formale Ausbildung absolviert hatte, in der Deutschschweiz mit knapp 32 Prozent fast doppelt so hoch wie in der lateinischen Schweiz (ebd. und S. 12): in der Romandie waren es rund 16 Prozent, im Tessin knapp 13 Prozent. Beide Sprachregionen beschäftigten dafür mit einem Anteil von bis zu 45 Prozent in viel höherem Mass Assistenzpersonal mit einem Berufsattest oder ähnlichen Abschlüssen, wie beispielsweise «Assistent/in Gesundheit und Soziales» (AGS, vgl. nachfolgendes Kapitel). Ähnliche Zahlen finden sich auch in der Statistik der Alters- und Pflegeinstitutionen von 2014 (Curaviva Schweiz, 2014, S. 18; vgl. auch Bundesamt für Statistik, 2016m, Fragebogen 7A): Fast 17 Prozent des Personals arbeitete 2014 ohne Ausbildungsabschluss in einem Alters- oder Pflegeheim. Rund 14.5 Prozent oder 21'477 hatten ein Zertifikat als PH-SRK (vgl. ähnlich auch Merçay et al., 2016, S. 9).

### **Formale Bildung Sekundarstufe II: Betreuen und Pflegen als AGS, FaBe und FaGe**

Die nachfolgenden Abbildungen 11 bis 13 geben einen Überblick über wichtige Merkmale der drei beruflichen Grundbildungen AGS, FaBe und FaGe. Neben einer kurzen Beschreibung des Entstehungshintergrunds des jeweiligen Ausbildungsgangs interessieren für die weiteren Ausführungen vor allem die Kompetenz- und Tätigkeitsbereiche, die sich die AGSs, FaBes und FaGes in ihren Ausbildungen aneignen. Aus diesem Grund werden die Lehrpläne der entsprechenden Berufe relativ ausführlich dargestellt.

Hinsichtlich der Löhne ist festzustellen, dass die Angaben für die jeweiligen Berufsrichtungen in den Publikationen relativ weit gefasst sind, da es für

den Pflegebereich keinen nationalen Gesamtarbeitsvertrag (GAV) gibt. Die Lohnhöhe präsentiert sich deshalb sehr heterogen (für das Folgende Curaviva Schweiz, o.J.; Gerfin & Kaiser, 2015; Spitex Magazin, 2016a, S. 23, Unia, o.J.; Ringger, 2012; Strub et al. 2016): Massgeblich sind u. a. der Arbeitsort (Kanton, Branche, betriebsinterne Regelungen, Funktionsgrad usw.) sowie der Berufs- und Erfahrungshintergrund der Arbeitnehmenden. Die Löhne werden weiter bestimmt durch kantonale GAVs, wie sie vor allem in der Romandie für den Bereich der Alters- und Pflegeinstitutionen existieren. Nicht zuletzt spielen auch Lohnverhandlungen zwischen Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden eine Rolle. Des Weiteren sind Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männer feststellbar. Wie aus einer Nationalfondsstudie von 2002/03 zum Personal in der Langzeitpflege hervorgeht, lassen sich die Differenzen u. a. darauf zurückführen, dass Frauen häufig Teilzeit arbeiten und im Vergleich zu den männlichen Angestellten in der Langzeitpflege seltener Führungspositionen inne haben (Prey et al., 2004, S. 95; vgl. auch Kap. 3.3.1):<sup>15</sup> Von den 176 männlichen Beschäftigten (5.9%) der befragten Langzeitpflegeeinrichtungen waren beispielsweise 22 Prozent in der Geschäftsleitung oder einer ähnlichen Position tätig. Von den 2'816 (94.1%) Frauen befanden sich hingegen nur 9 Prozent in einer leitenden Anstellung (Prey et al., 2004, S. 22 und 37). Die Untersuchung zeigt ausserdem, dass die befragten Männer überdurchschnittlich oft in grösseren stationären Einrichtungen arbeiteten, während sie in kleineren oder ambulanten Betrieben wie der Spitex kaum vertreten waren (ebd., S. 37; vgl. zur genderspezifischen Lohndifferenz auch Bundesamt für Statistik, 2016k; Neue Zürcher Zeitung, 2015; Strub et al. 2016).<sup>16</sup>

---

15 Zu beachten ist, dass in die Stichprobe 13 Berufsgruppen aufgenommen wurden: Neben dem Pflege- und Betreuungspersonal sind z. B. auch Angestellte aus Administration, Hausdienst und Technik vertreten (Prey et al., 2004, S. 33 f.). Die Studie erfolgte im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 45 «Probleme des Sozialstaats». Ziel war es, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Langzeitpflege der Schweiz zu untersuchen. Ein Fokus lag dabei auch auf einer Analyse der Pflegelöhne. An der Untersuchung beteiligten sich insgesamt 255 Alters- und Pflegeheime sowie Spitex-Betriebe in der Schweiz, die Daten umfassen gesamthaft 3'021 Arbeitnehmende in der Langzeitpflege (ebd., S. 21 f.).

16 Wünschbar, aber aufgrund der betriebsinternen, kantonal und kommunal unterschiedlichen Regelungen kaum eruierbar, wäre ein Vergleich zwischen den Löhnen von ausländischen Mitarbeitenden und Personal mit einer Schweizer Ausbildung. Gemäss Information von Curaviva Schweiz (2016) erhalten die ausländischen Angestellten stufengerecht denselben Lohn wie das Schweizer Personal. Entscheidend ist aber «eine korrekte Einstufung» (ebd., o. S.), wofür in der Regel ein relativ zeitaufwändiges Anerkennungsverfahren beim SRK notwendig ist (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2015). Obwohl es sich bei Pflege- und Betreuungsberufen normalerweise um reglementierte Berufe handelt, deren Ausübung einer Anerkennung bedarf, gibt es keine offizielle Pflicht, ein Anerkennungsverfahren zu durchlaufen (Curaviva Schweiz, 2016). D. h. Mitarbeitende mit einem ausländischen Abschluss werden ohne Anerkennungsverfahren je nach Arbeitgeber und kantonalen Regelungen unter Umständen lohnässig tiefer eingestuft als Angestellte mit einer Schweizer Ausbildung.

Auf Lohnunterschiede zwischen ausländischen Mitarbeitenden verweist beispielsweise die Studie der Fachhochschule Bern zur Arbeitssituation der Pflegehelferinnen und -helfer (Hahn et al., 2013a). Gemäss Umfrage scheinen PHs-SRK mit einem C-Ausweis einen höheren Lohn zu erhalten, als diejenigen mit einer B-Aufenthaltsbewilligung (ebd., S. 19).

Die in den Abbildungen 11 bis 13 aufgeführten Einstiegsgehälter sind dieser Bandbreite an lohnrelevanten Faktoren entsprechend lediglich als ungefähre Richtgrößen zu verstehen.

### **Abbildung 11: Übersicht Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS): Ausbildung, Aufgaben, Lohn**

#### **Entwicklungsgeschichte**

Die Ausbildung wurde 2012 nach verschiedenen kantonalen Pilotversuchen in der ganzen Schweiz eingeführt. Sie soll „eine Lücke in den Bildungsangeboten der Gesundheitsbranche“ (Masterplan, 2013, S. 2) schliessen. Ausserdem wollte man eine Folgelösung für die bisherige einjährige Ausbildung Pflegeassistentin schaffen, die durch die Bildungsreformen weggefallen ist (ebd.).

#### **Zulassung, Ausbildungsdauer und Weiterbildungsmöglichkeiten**

Die Ausbildung gehört zur beruflichen Grundbildung (Sekundarstufe II). Sie dauert zwei Jahre und wird mit einem EBS abgeschlossen (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2012). Nach dem Ausbildungsabschluss ist ein – kantonal unterschiedlich geregelter – Übertritt in eine EFZ-Berufslehre als FaBe und FaGe möglich.

#### **Einsatzorte**

Mögliche Arbeitsgebiete sind v.a. Privathaushalte, Spitex, ambulante und stationäre Einrichtungen (Berufsberatung Schweiz, 2016a; Kaufmann, 2010, S. 118f.; Schäfer et al., 2013, S. 13).

#### **Aufgaben**

Die AGSs führen ihre Arbeiten unter Anleitung und in einfachen, überschaubaren Situationen durch. Zu ihren Aufgaben gehören Tätigkeiten in folgenden Bereichen (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011a):

- 1) Gesundheits- und Körperpflege\*  
z. B. An- und Auskleiden, Hilfeleistung bei Ausscheidung, Körperpflege, Sturz- und Dekubitusprophylaxe<sup>a)</sup>, Gewichts- und Vitalzeichenkontrolle, Mobilisation;
- 2) Begleiten /Unterstützen im Alltag\*  
z. B. Tagesstruktur, Aktivierung, Beziehungsgestaltung, Hilfe bei Mahlzeiten;
- 3) Haushalt\*  
z. B. Pflege des Wohnbereichs, Einkauf.

Zusätzlich: Einhalten und Umsetzen von Hygiene- und Sicherheitsmassnahmen; Mitarbeit bei einfachen administrativen und logistischen Arbeiten; Entwickeln und Beachten der Berufsrolle und der Zusammenarbeit im Team.

#### **Durchschnittlicher Einstiegslohn brutto**

Abhängig von Einsatzort und Kanton: 3'600 Fr. bis 3'900 Fr. (SavoirSocial, 2015; Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Aargau, 2015; ZIGG, 2016).

\* Die Bezeichnungen der Tätigkeitsfelder (so genannte „Handlungskompetenzbereich“, vgl. Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011a) wurden wörtlich dem Bildungsplan AGS (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011a) entnommen.

a) Massnahmen gegen Wundliegen, bei bettlägerigen Menschen z. B. durch regelmässiges Umlagern der Betroffenen.

Quelle: Eigene Darstellung.

## Abbildung 12: Übersicht Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe) mit Fachrichtung «Betreuung von Betagten»: Ausbildung, Aufgaben, Lohn

### Entwicklungsgeschichte

Der erste Ausbildungsgang startete 2005, die endgültigen Bestimmungen über Qualifikationsverfahren, Ausweise und Titel traten 2008 in Kraft (Erziehungsdirektion Bern, 2010; Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, 2005). Es werden drei Fachrichtungen unterschieden: Betreuung von Behinderten, Betagten oder Kindern, wobei die Kantone entscheiden, welche Fachrichtungen sie anbieten. In der Westschweiz kann eine generalistische Ausbildung, in der alle drei Fachrichtungen zusammengefasst sind, absolviert werden (Berufsberatung Schweiz, 2016b).

### Zulassung, Ausbildungsdauer und Weiterbildungsmöglichkeiten

Die Ausbildung gehört zur beruflichen Grundbildung (Sekundarstufe II). Sie dauert drei beziehungsweise mit BM vier Jahre und wird mit einem EFZ abgeschlossen (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, 2005). Nach Abschluss des EFZ ohne BM sind Weiterbildungen auf Niveau Tertiär B möglich, z. B. «dipl. Aktivierungsfachperson HF», «dipl. Sozialpädagog/in HF» oder «Fachperson Langzeitpflege und Betreuung FA» (nur für Fachrichtung Betagte). Ein Abschluss mit BM ermöglicht neben dem Übertritt in die HF auch den prüfungsfreien Zugang zur FH (Tertiär A), z. B. «Soziale Arbeit FH», «Ergotherapie FH», «Angewandte Psychologie FH» (Berufsberatung Schweiz, 2016b).

### Einsatzorte

Mögliche Arbeitsgebiete sind v. a. ambulante und stationäre Einrichtungen wie Tagesstätten, Wohngruppen oder Alters- und Pflegezentren (Berufsberatung Schweiz, 2016b; Kaufmann, 2010, S. 49 ff.; Schäfer et al., 2013, S. 15).

### Aufgaben

Die FaBes unterstützen Betreute in alltäglichen Verrichtungen und in der Alltagsgestaltung. Zu den Aufgaben im Fachbereich «Betreuung von Betagten» gehören Tätigkeiten in folgenden Arbeitsfeldern (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2010):

- 1) **Begleiten und Unterstützen einer Person oder einer Gruppe in den Handlungen des täglichen Lebens\***  
z. B. Körperpflege, physisches und psychisches Wohlbefinden der Betagten erhalten und fördern (dazu gehören u. a. Beobachten des Gesundheitszustandes und Verhaltens der Betagten, Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Vitalzeichen- und kapillare Blutzuckerkontrolle, Erstellen von Trink- und Urinbilanzen, Durchführung von einfachen Urintests und Verbänden, Pflege von Dauerkatheter und Stoma, subkutane Injektionen, Verabreichung von Sondennahrung bei bestehendem Zugang, Vorbereitung und Verabreichung von gebräuchlichen Medikamenten; Anwendung von alternativen Heilmethoden wie Tee und Wickel; Anwendung von stimulierenden Methoden wie basale Stimulation; Anwendung von bewegungsfördernden Konzepten wie z. B. Kinästhetik); Entgegennahme von ärztlichen Verordnungen inkl. Ausführung beziehungsweise Delegation entsprechend der Kompetenzen; Begleitung der betreuten Person in besonderen Situationen (z. B. Sterbebegleitung); Unterstützung in Ernährung und Verpflegung (z. B. Verabreichung von Diätkost, Berücksichtigung der Essgewohnheiten der Betagten);
- 2) **Die Teilnahme der betreuten Personen am sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben fördern\***  
Bedürfnisorientierte Gestaltung des Alltags der betreuten Personen, individuelle Fähigkeiten und Eigeninitiative der Betagten anregen;

*Fortsetzung der Abbildung 12 auf der folgenden Seite.*

3) Die Entwicklung der Autonomie der betreuten Person fördern\*

Anwendung der Methode der Biografiearbeit, Anwendung von ressourcenorientierten, selbstständigkeitsfördernden und pflegeerleichternden Massnahmen; Erkennen von sexuellen Bedürfnissen und Problemsituationen der Betagten mit entsprechender Einleitung von Massnahmen, Unterstützung der Betagten in der Vertretung ihrer Anliegen nach aussen; Unterstützung der Betagten in der Auswahl ihrer Kleidung; Förderung der Selbstständigkeit und Lebensqualität in den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Zusätzlich: Kennen der eigenen Berufsrolle; Planung, Durchführung und Auswertung der Aufgaben; Bewusstsein über den institutionellen Rahmen und des gesellschaftspolitischen Umfelds der betreuenden Institution.

**Durchschnittlicher Einstiegslohn brutto ohne Kaderfunktion**

Abhängig von Einsatzort und Kanton: 3'950 Fr. bis 4'700 Fr. (Conviva-plus, 2014; Organisation der Arbeitswelt Soziales Bern, 2016; SavoirSocial, 2015; ZIGG, 2016).

\* Die Bezeichnungen der Tätigkeitsfelder (so genannte «Leitziele», vgl. Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2010) wurden wörtlich dem Bildungsplan FaBe (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2010) entnommen, ebenso die unter Punkt 2 und 3 genannten Aufgaben.

Quelle: Eigene Darstellung.

**Abbildung 13: Übersicht Fachfrau/-mann Gesundheit (FaGe):  
Ausbildung, Aufgaben, Lohn**

**Entwicklungsgeschichte**

Das Berufsbild wurde bereits vor der Bildungsform vom SRK entwickelt (Kaufmann, 2010, S. 63ff.). Der erste Pilotlehrgang startete 2003. Nach einer Evaluation auf nationaler Ebene trat 2009 die Bildungsverordnung (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, 2008) mit einem angepassten Ausbildungskonzept in Kraft. Dabei wurde auch die bisherige Berufsbezeichnung «Fachangestellte Gesundheit» in «Fachfrau/-mann Gesundheit» umgewandelt (Erziehungsdirektion Bern, 2010; Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Zürich, 2013).

**Zulassung, Ausbildungsdauer und Weiterbildungsmöglichkeiten**

Die Ausbildung gehört zur beruflichen Grundbildung (Sekundarstufe II). Sie dauert drei beziehungsweise mit BM vier Jahre und wird mit einem EFZ abgeschlossen (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, 2008). Nach Abschluss des EFZ ohne BM ist z. B. eine Ausbildung zur «dipl. Pflegefach-» oder «Aktivierungsfachperson HF» und zur «Fachperson Langzeitpflege und Betreuung FA» (Tertiär B) möglich. Ein Abschluss mit BM ermöglicht neben dem Übertritt in die HF auch den prüfungsfreien Zugang zur FH (Tertiär A), z. B. «Pflege FH», «Physiotherapie FH», «Ergotherapie FH», «Soziale Arbeit FH» (Berufsberatung Schweiz, 2015a).

**Einsatzorte**

Mögliche Arbeitsgebiete sind Spitäler, Alters- und Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationszentren und Spitex, (Berufsberatung Schweiz, 2015a; Kaufmann, 2010, S. 63ff.; Schäfer et al., 2013, S. 15).

**Aufgaben**

Die FaGes pflegen und betreuen Klient/innen, sie unterstützen das «körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden von Personen jeden Alters (...) und gestalte[n] mit ihnen den Alltag» (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011b, S. 2). Sie führen auch medizinaltechnische Verrichtungen aus (ebd.). Eingesetzt werden sie in Pflegesituationen, die in der Regel voraussehbar sind und einen kontinuierlichen Verlauf zeigen.

Fortsetzung der Abbildung 13 auf der folgenden Seite.

Fortsetzung der Abbildung 13

- 1) Ausrichtung des beruflichen Handelns an den Klient/innen, den Personen in deren Beziehungsumfeld und im sozialen und kulturellen Kontext\*  
z. B. Respektvolle Beziehung zum Klienten, Zusammenarbeit mit Beziehungsumfeld, Wahrnehmung von Veränderungen, situationsgerechte Handlungen unter Berücksichtigung sozialer und kultureller Kontexte und Gewohnheiten;
- 2) Hygiene und Sicherheit\*
- 3) Pflege und Betreuung\*  
z. B. Bedarfs- und situationsgerechte Pflege z. B. Essen eingeben, Unterstützung bei der Körperpflege, Lagerung, Mobilisation, Ausscheidung und Atmung sowie im Umgang mit Sexualität, Unterstützung beim Ruhen und Schlafen; Pflegeplanung;
- 4) Medizinaltechnische Verrichtungen\*  
z. B. Venöse und kapillare Blutentnahmen, Richten und Verabreichen von Medikamenten und Infusionen (ohne Medikamentenzusätze und bei bestehendem venösem Zugang), Zubereitung und Verabreichung von Sondennahrung bei bestehendem Zugang, subkutane und intramuskuläre Injektionen, Verbandswechsel;
- 5) Alltagsgestaltung\*  
Gestaltung des Alltags von verschiedenen Klientengruppen, Aufbau und Unterstützung einer Tagesstruktur;
- 6) Haushalt\*  
z. B. Sorge für saubere und sichere Umgebung unter Berücksichtigung der Grundbedürfnisse der Klient/innen, Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern im hauswirtschaftlichen Bereich.

Zusätzlich: Handeln in Krisen- und Notfallsituationen; Präventionsmassnahmen durchführen; Förderung der gesunden Anteile bei Klienten; Unterstützung bei der Ernährung und beim Ankleiden; Administration, Logistik, Arbeitsorganisation; Reflexion der eigenen Rolle.

**Durchschnittlicher Einstiegslohn brutto ohne Kaderfunktion**

Abhängig von Einsatzort und Kanton: 4'000 Fr. bis 4'900 Fr. (Pflege-Berufe Schweiz, 2016a; OaD Soziales Bern, 2016; ZIGG, 2016).

\* Die Bezeichnungen der Tätigkeitsfelder (so genannte «Kompetenzbereiche», vgl. Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011b) wurden wörtlich aus dem Bildungsplan von 2011 übernommen (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011b).

Quelle: Eigene Darstellung.

Vergleicht man die Zahlen der jährlich neu abgeschlossenen Lehrverträge, wird ersichtlich, dass sich die drei hier interessierenden Grundbildungen, AGS, FaBe und FaGe seit ihrer Einführung unterschiedlich entwickelt haben (Tab. 2). Die für diesen Bericht besonders wichtige Ausbildung FaBe/Fachbereich «Betreuung von Betagten» wird in der nachstehenden Tabelle 2 ergänzt durch die generalistische Ausbildung, in der alle drei Fachrichtungen (Betreuung Behinderte, Betagte und Kinder) zusammengefasst werden. Ausserdem ist als Vergleich die Zahl der Lehrverträge für die beliebteste Fachrichtung – Betreuung von Kindern – aufgeführt.

In Tabelle 2 fällt zunächst auf, dass in allen drei *Ausbildungsrichtungen* grundsätzlich ein kontinuierlicher Zuwachs an abgeschlossenen Lehrverträgen zu verzeichnen ist. Betrachtet man hingegen nur die in diesem dritten Teil speziell interessierenden FaBes, zeigt sich, dass es bei der Fachrichtung «Betreuung von

Betagten» bereits beim Start 2006 mit einem Total von 193 zu vergleichsweise wenigen Lehrvertragsabschlüssen kam. 2009 wurde der vorläufige Höhepunkt erreicht, seither ist die Zahl der jährlich abgeschlossenen Lehrverträge wieder auf das Niveau von 2006 gesunken. Eine – wenn auch im Vergleich zu AGS und FaGe geringe Zunahme – ist bei der generalistischen Ausbildung zu verzeichnen. Hier gehören allerdings auch die Betreuung von Kindern und Behinderten zum Lehrziel, es bleibt also offen, welcher der drei Schwerpunkte für die Wahl der Lehre ausschlaggebend gewesen ist (vgl. zu den Zahlen ähnlich Dolder & Grünig, 2009, S. 27).

**Tabelle 2: Übersicht über die Anzahl der jährlich neu abgeschlossenen Lehrverträge AGS, FaBe, FaGe**

	AGS (Start ab 2011)	FaBe Betreuung Betagte	FaBe General. Richtung	FaBe Betreuung Kinder	FaGe
<b>2015</b>					
Total	950	193	373	2'000	4'147
Frauen	808	157	292	1'716	3'613
Männer	142	36	81	284	534
<b>2013</b>					
Total	754	224	361	1'755	3'823
Frauen	652	190	272	1'597	3'406
Männer	102	34	89	158	417
<b>2011</b>					
Total	248	254	348	1'354	3'242
Frauen	215	222	282	1'229	2'881
Männer	33	32	66	125	361
<b>2009</b>					
Total		282	294	1'110	k.A.
Frauen		240	231	1'019	
Männer		42	63	91	
<b>2006</b>					
Total		193	164	776	k.A.
Frauen		165	139	733	
Männer		28	25	43	

Quelle: Eigene Darstellung.

Angaben für AGS bis 2013: gemäss einer Zusammenstellung von SavoirSocial (o. J.) basierend auf den Daten des BFS; Angaben für AGS/2015: Datenbank BFS (2016f.) mit den Variablen: Geschlecht (total/weibl.) und Ausbildungsform (total).

Alle Angaben für FaBe: gemäss einer Zusammenstellung von SavoirSocial (o. J.) basierend auf den Daten des BFS.

Alle Angaben für FaGe: gemäss Datenbank BFS (2016f), mit den Variablen: Geschlecht (total/weibl.) und Ausbildungsform (total).

Zur Interpretation dieser Angaben ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die Zahlen erstens nichts darüber aussagen, inwiefern die begonnene Lehre auch tatsächlich beendet wurde. Zweitens geben die Werte keine Auskunft darüber, wie

viele Personen die jeweilige Ausbildung gerne angefangen hätten, aber z. B. die Aufnahmebedingungen nicht schafften oder keine Lehrstelle fanden. Drittens traten die drei beruflichen Grundbildungen erst vor wenigen Jahren in Kraft, d. h. die konkreten Entwicklungen der Bildungsreform benötigten Zeit, um in der Praxis sichtbar zu werden.

In diesem Sinne zeigt Tabelle 2 lediglich erste Trends und gibt bis zu einem gewissen Grad Auskunft über den derzeitigen fachinternen und gesellschaftlichen Stellenwert der jeweiligen Ausbildungen. Die Zahlen verdeutlichen ausserdem eine gewisse Tendenz, welche Ausbildungsgruppen für die Praxis von besonderer Bedeutung sind, sodass entsprechende Lehrstellen angeboten werden. Dabei wird ersichtlich, dass die FaBes Fachrichtung «Betreuung von Betagten» im Vergleich zu den AGSs und ganz besonders im Kontrast zu den FaGes für die Pflege- und Betreuungseinrichtungen zumindest derzeit noch von geringer Relevanz zu sein scheinen.

### **Zwischenfazit: PH-SRK, AGS, FaBe und FaGe im Vergleich**

Die Abbildungen 11–13 veranschaulichen zusammenfassend, dass es zwischen den non-formalen Bildungsmöglichkeiten und den drei formalen Ausbildungsgängen, vor allem aber zwischen AGS, FaBe und FaGe zu vier zentralen Überschneidungen kommt:

#### **1) Beziehungsarbeit**

Ähnlichkeiten zeigen sich zunächst zwischen den non-formalen Grundkursen – insbesondere PH-SRK – und den drei formalen Ausbildungsgängen in Bezug auf den Grundsatz, dass sich die Pflege- und Betreuungsarbeit an den individuellen Bedürfnissen der betreuten Personen oder Personengruppen orientiert. Dies bedeutet für die skizzierten Ausbildungsgänge beziehungsweise späteren Berufsfelder, dass Beziehungsarbeiten grundlegend sind: die Fähigkeit, betreute Menschen umfassend und unter Berücksichtigung ihres kulturellen, sozialen, religiösen sowie situativ aktuellen Kontextes zu erfassen, ihre Selbstkompetenzen zu erhalten und zu fördern, sie emotional zu unterstützen und adäquat mit ihnen zu kommunizieren.

#### **2) Grundpflege, Alltagsgestaltung und Hauswirtschaft**

Grosse Überschneidungen ergeben sich des Weiteren im Bereich der grundpflegerischen Arbeiten, aber auch bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen sowie der Alltagsgestaltung und -begleitung. Besonders deutlich werden diese Überschneidungen, wenn man die Bildungspläne der Ausbildungsgänge AGS, FaBe und FaGe analysiert: Die Arbeiten in der Grundpflege sind zwar jeweils unter andere Begriffe gefasst und werden einmal als «Gesundheits- und Körperpflege» (AGS, vgl. Abb.11) oder «Begleiten und Unterstützen in den Aktivitäten des täglichen Lebens» (FaBe, vgl. Abb. 12) bezeichnet oder sie fallen in den Kompetenzbereich «Pflege und Betreuung» (FaGe, vgl. Abb. 13). Im Kern beinhalten sie jedoch

dieselben Aufgaben, so beispielsweise Unterstützung bei der Körperpflege, beim Ankleiden und Essen oder Hilfe bei der Mobilisation.

### 3) Behandlungspflege

Bemerkenswert ist darüberhinaus, dass in allen drei formalen Ausbildungsgängen behandlungspflegerische Tätigkeiten vorgesehen sind. Bei den FaGes gehört der Erwerb medialtechnischer Kompetenzen quasi natürlicherweise zum Berufsbild, stellt die Ausbildung doch eine Grundbildung für weiterführende Pflegeberufe dar. Bis zu einem gewissen Grad erstaunlich ist hingegen der umfangreiche Katalog behandlungspflegerischer Verrichtungen, den sich die FaBes mit Fachrichtung Betreuung von Betagten in ihrer Lehre aneignen. Ihrem Berufstitel nach zu urteilen, sollte ihr Schwerpunkt in der Alltagsgestaltung und -begleitung von Betagten liegen. Im Gegensatz zu diesen spezifisch betruerischen Tätigkeiten sind es jedoch behandlungspflegerische Arbeiten, die im Bildungsplan (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2010) einen zentralen Platz einnehmen.

Dieses Manko an betruerischen Kernaufgaben – oder zumindest ihrer expliziten Beschreibung als Handlungskompetenzen im Bildungsplan – fällt insbesondere im Vergleich zu den beiden anderen Fachrichtungen, «Betreuung von Behinderten» beziehungsweise «Betreuung von Kindern», auf (vgl. Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2010). Auch die Handlungskompetenzen, die in der nur wenige Jahre existierenden Sozialen Lehre mit Abschluss «Betagtenbetreuer/in EFZ» (vgl. Abb. 10) erworben werden sollten (Sozialdirektorenkonferenz & Schweizerische Fachstelle Ausbildung Betagtenbetreuung, 2008, S. 4), beinhalten einen vergleichsweise breiten Aufgabenbereich an genuin betruend-aktivierenden Aufgaben, so etwa die Planung und Organisation von Ausflügen oder den «Alltag am Betreuungsort bedürfnisorientiert gestalten», «Animation» mit «kreative[n] Aktivitäten», «Rituale im Alltag» berücksichtigen oder die Unterstützung der betreuten Person im «Aufbau und in der Pflege von sozialen und kulturellen Netzen» (alle Angaben aus ebd., S. 2–4).

### 4) Löhne

Die inhaltlichen Ähnlichkeiten machen sich auch lohnässig bemerkbar. So sind zwischen PH-SRK und der Attestausbildung AGS kaum Lohnunterschiede festzustellen. Ähnlich wie dies für andere typisch weibliche Berufe z. B. im Detailhandel oder Gastgewerbe beobachtet werden kann, liegen die Bruttolöhne auf dieser Stufe teilweise unter 4'000 Franken pro Monat. Je nach Arbeitsort kann es auch zwischen AGS, FaBe und FaGe zu lediglich minimalen Lohndifferenzen kommen. Laut Auskunft von Fachpersonen führt dies dazu, dass die Nachholbildung AGS für die PHs-SRK lohnässig wenig attraktiv ist und sie – wenn überhaupt – eine Ausbildung als FaGe anstreben. An sich ist dieser Schritt zu einem EFZ-Abschluss anstelle einer Attestausbildung begrüssenswert. Für Frauen und Männer, die an einer entsprechenden Nachholbildung interessiert sind, ist aber die Hürde für die Weiterbildung grösser. Aus der Literatur geht nicht hervor, wie hoch die Zahl derjenigen ist, die als PHs-SRK weiterarbeiten, weil der Lohnunterschied

zwischen PH-SRK und AGS kaum vorhanden, der Schritt in die FaGe-Ausbildung für sie jedoch zu gross ist.

Eine Studie des Dienstleistungsunternehmens Ectaveo (2015, S. 18f.), die den Revisionsbedarf der Grundbildung FaBe ermittelt, kommt zu ähnlichen Schlüssen: Der Vergleich der Tätigkeits- und Qualifikationsprofile zeigt grosse Ähnlichkeiten in den Bereichen Betagten- und Behindertenbetreuung. Zusätzlich verweist die Untersuchung darauf, dass die Überschneidungen zwischen FaGe und FaBe mit 16 von 23 Handlungskompetenzen am höchsten ist, gefolgt von 14 Überschneidungen zwischen FaBe und AGS. Die grossen Ähnlichkeiten zwischen FaGes und FaBes überraschten das Forschungsteam von Ectaveo (ebd., S. 19), da – so die Argumentation – «die Fachperson Gesundheit kein Beruf innerhalb des Berufsfeldes Soziales ist.» Die inhaltlichen Überschneidungen zwischen den beiden Berufen vermögen allerdings nur zu überraschen, wenn man «Pflege» auf medizinisch-technische Verrichtungen reduziert und die sozialen Komponenten, die mit Pflegearbeiten verbunden sind, ausser Acht lässt. Das Erstaunen müsste vielmehr umgekehrt begründet sein: Gerade weil die FaBes ein Berufsfeld innerhalb des Sozialen sind, überrascht es, dass zumindest in der Fachrichtung «Betreuung von Betagten» laut Ausbildungsplan derart viele Aufgaben in medizinisch-technischen Verrichtungen und nicht im Bereich des – wie auch immer definierten «Sozialen» – liegen.

Die inhaltlichen Überschneidungen und die im Vergleich zu den FaGes geringeren medizinaltechnischen Kompetenzen dürften mit ein Grund sein, weshalb sich die FaBes Fachrichtung «Betreuung von Betagten» in der Praxis bisher noch nicht in grösserem Umfang durchsetzen konnten. So meint etwa die Pflegefachfrau und Praxislehrerin Bernadette Baumeler in der Zeitschrift *Gazette* von Curaviva, dem nationalen Dachverband der Heime und sozialen Institutionen der Schweiz: «Die FaGe-Ausbildung vermittelt ein gutes Fundament: breit, seriös, doch nicht allzu vertieft (...). Die FaBe auf der anderen Seite hat in den Pflegeheimen keine einfache Stellung. Mit ihrem Schwerpunkt bei der Betreuung findet sie zwar ihren Platz. Ich stelle aber fest, dass für den gleichen Einsatz oft ein zusätzlicher Behandlungspflegekurs nötig ist. In Nischen wie einer Demenzabteilung sind die FaBe hervorragend platziert» (Curaviva Bildung, 2013a, S. 4). In derselben Zeitschrift äussert sich auch die Ausbildungsverantwortliche Andrea Furrer. Sie bestätigt die Schwierigkeiten, die es bei der Unterscheidung der beiden Ausbildungsgänge geben kann. Die Kompetenzen der FaGes sieht sie zwar ähnlich wie diejenigen der FaBes in der Aktivierung, Betreuung und Pflege, ihr eigentlicher Schwerpunkt liege jedoch «in der Medizinaltechnik, der Administration und im Logistischen» (Curaviva Bildung, 2013b, S. 8). Entsprechend sind die FaGes sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitpflege einsetzbar (ebd.). Die Kerngebiete der FaBes scheinen gemäss Furrer (ebd.) hingegen spezifischer zu sein, so beispielsweise in der Schaffung von individuellen Aktivierungsangeboten für Bewohnerinnen und Bewohner, die sich bei Gruppenaktivitäten nicht wohl fühlen. Ähnlich wie im Heim, in dem Furrer tätig ist, finden FaBes so einen Platz neben bezie-

hungsweise in Ergänzung zu aktivierungstherapeutischen Angeboten von diplomierten Fachpersonen (vgl. z. B. Abb. 14, «Aktivierungsfachfrau/-mann HF»).

Eigentliche Unterscheidungsmerkmale zwischen AGS, FaBe und FaGe können auf vier Ebenen festgestellt werden:

#### 1) Komplexität der Pflege- und Betreuungssituation

Im Vergleich zur Attestausbildung AGS sind FaBes und insbesondere FaGes in anspruchsvolleren Pflege- und Betreuungssituationen eingesetzt und es wird von ihnen ein selbstständigeres Handeln erwartet.

#### 2) Umfang der behandlungspflegerischen Kompetenzen

Der Kompetenzbereich in der Behandlungspflege variiert je nach Ausbildung relativ stark. Die AGSs verbleiben laut Bildungsplan auf der Ebene der Vitalzeichenkontrolle. Mit einem Abschluss als FaBe (Fachrichtung Betagte) dürfen z. B. Subkutanspritzen vorgenommen werden, während die FaGes auch intramuskuläre Injektionen und – bei bestehendem venösen Zugang – Infusionen ohne Medikamentenzusätze verabreichen können.

#### 3) Entwicklung abgeschlossene Lehrverträge

Erste statistische Übersichten (vgl. Tab. 2) zeigen, dass sich die Attestausbildung AGS und der Ausbildungsgang FaGe in der Praxis etablieren konnten. Die berufliche Grundbildung FaBe scheint hingegen eher in der Fachrichtung «Betreuung von Kindern» von Bedeutung zu sein. Im Vergleich dazu sind in der Fachrichtung «Betreuung von Betagten» wenige Lehrabschlüsse zu verzeichnen.

#### 4) Kategorisierung der Berufe

Die FaBes werden gemäss Ausbildungssystematik nicht zu den Gesundheitsberufen gezählt, sondern als Sozial- und Bildungsberufe kategorisiert (Berufsberatung Schweiz 2016b). Entsprechend sind die FaBes der Schweizerischen Dachorganisation der Arbeitswelt Soziales, SavoirSocial, zugeordnet. Für die FaGes hingegen sind die OdASanté, der gesamtschweizerische Branchenverband für die Bildung im Gesundheitswesen, beziehungsweise die kantonalen Verbände zuständig.

### **Formale Bildung Tertiärstufe A und B: Betreuen und Pflegen mit einer höheren Fachausbildung oder einem Studium**

Die Bildungsreform im Gesundheitswesen hat verschiedene Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung mit sich gebracht, die direkt oder im Anschluss an eine berufliche Grundbildung absolviert werden können (vgl. Abb. 8 und 9). Sie erfolgen entweder als Höhere Berufsbildung (Tertiär B) oder auf Hochschulniveau (Tertiär A), das heisst an einer FH oder über einen universitären Studiengang.

Ausbildungen auf Tertiärstufe B werden an einer HF absolviert oder als Eidgenössische Berufs- und Höhere Fachprüfungen (BP) durchgeführt, die zu einem Fachausweis (FA) führen (Strahm, 2014, S. 82; vgl. auch Kapitel 3.2.2). Für eine Ausbildung an einer HF wird eine abgeschlossene mindestens dreijäh-

rige berufliche Grundbildung verlangt. Eine Zulassung ist aber auch durch einen Fachmittelschulabschluss, eine BM oder eine gymnasiale Maturität oder durch gleichwertige Abschlüsse möglich. Für die BP «Langzeitpflege und -betreuung FA» wird ein EFZ als FaGe oder ein gleichwertiger altrechtlicher Abschluss als diplomierte Pflegefachperson DN I beziehungsweise als PKP vorausgesetzt. Auch FaBes mit Fachrichtung Betagtenbetreuung oder einer generalisierten FaBe-Ausbildung können die BP ablegen, sofern sie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der Langzeitpflege und -betreuung sowie den Nachweis von medizinaltechnischen Kompetenzen mitbringen (Berufsberatung Schweiz, 2015b).

Abbildung 14 gibt eine Übersicht über drei Formen der Aus- beziehungsweise Weiterbildung auf Stufe Tertiär B, die für den vorliegenden dritten Teil der Untersuchung besonders bedeutsam sind: die Ausbildung zur «diplomierten Pflegefachperson HF» beziehungsweise «diplomierten Aktivierungsfachperson HF» sowie die erst 2015 eingeführte BP «Langzeitpflege und -betreuung FA» (Curaviva Schweiz, 2015b; Masterplan, 2016, S. 2).

Nach einem Abschluss auf Niveau Tertiär B ist ein Übertritt auf die Ebene der Hochschulbildung FH oder Universität (Tertiär A) möglich (vgl. Abb. 8 und 9). Mit der entsprechenden Vorbildung, z. B. einer BM oder einer gymnasialen Matura, kann die Zulassung zur Universität oder FH auch direkt erfolgen. Im Hinblick auf die Pflege überwiegen in der französischsprachigen Schweiz die BA- und MA-Ausbildungen auf Tertiärstufe A (Strahm, 2014, S. 181; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2011, S. 27), während in der Deutschschweiz seit 2006 rund 95 Prozent der *Pflegefachpersonen* an Höheren Fachschulen und ca. 5–10 Prozent an Fachhochschulen ausgebildet werden (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2011, S. 27).

In Bezug auf die Löhne zeigt Abbildung 14, dass die Lohndifferenz zwischen weiterführenden Berufen und Berufen der Grundbildung unter Umständen gering ist. So kann z. B. der monatliche Bruttoeinstiegslohn einer FaGe gemäss Literatur bis zu ca. 4'900 Franken betragen (vgl. Abb. 13), während eine *Pflegefachperson HF* (Tertiär B, vgl. Abb. 14) nur ca. 5'000 Franken verdient, wenn sie auf dem untersten Lohnniveau eingestuft wird. Lohnmässige Überschneidungen gibt es auch zwischen Abschlüssen auf Niveau Tertiär B und einer Hochschulausbildung (Tertiär A): So weist etwa der Bruttoeinstiegslohn für eine *Pflegefachperson HF* mit 5'000–6'300 Franken eine ähnliche Spannweite auf wie ein Abschluss auf Bachelor-Stufe (BScN Tertiär A) mit ca. 5'500–6'200 Franken (Berner Fachhochschule, 2016b; Pflege-Berufe, 2016b; ZIGG, 2016<sup>17</sup>). Für den Master in Pflege liegt der Verdienst nach einer Berechnung der Berner Fachhochschule (2016b) bei ca. 7'600 Franken.

Eine Publikation in der Fachzeitschrift von Curaviva macht neben den möglichen geringen Lohndifferenzen auf ein zusätzliches Problem von weiterfüh-

---

17 ZIGG, 2016: Nur Lohnangaben für Sozialarbeit FH. Sie können in etwa auf BSc-Pflege FH übertragen werden.

**Abbildung 14: Übersicht über Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten Tertiär B: dipl. Pflegeperson HF, dipl. Aktivierungsfachperson HF, Fachperson Langzeitpflege und Betreuung FA**

	Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF	Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF	Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung FA
<b>Allgemeine Aufgaben</b>	Pflege und Betreuung von physisch und psychisch kranken und behinderten Menschen in komplexen und unvorhersehbaren, dynamischen Situationen. Zuständig für die Pflegeanamnese, -planung, -intervention und dokumentation; Lehr- und Anleitungsfunktionen (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2011c).	Aktivierende Alltagsgestaltung (strukturiierende Angebote zur sozialen Integration) und aktivierende therapeutische Interventionen bei Klient/innen mit eingeschränkten Ressourcen zur Förderung der Gestaltung ihrer Lebenssituation (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2015).	Pflege von Menschen in geriatrischen, geronto-psychiatrischen und palliativen Situationen. Unterstützung des dipl. Pflegepersonals HF bei der Planung und Durchführung von Pflegemassnahmen unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen der Klient/innen (Berufsberatung Schweiz, 2015b).
<b>Arbeitsort</b>	Spitäler, psychiatrische Einrichtungen, Alters- und Pflegeheime, Spitex, Privatpflege, Rehabilitation (Berufsberatung Schweiz, 2014a).	Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Wohngruppen, Tagesstätten v.a. in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie, Sonderagogik (Bundesamt für Berufsbildung und Technologie, 2015).	Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Tagesstätten, Spitex (Berufsberatung Schweiz, 2015b).
<b>Dauer</b>	3 Jahre Vollzeit, 3–4 Jahre berufsbegleitend, 2 Jahre mit Vorbildung FaGe (Berufsberatung Schweiz, 2014a).	3 Jahre Vollzeit (Berufsberatung Schweiz, 2013).	2 Jahre; die für die BP nötigen Qualifikationen werden i.R. durch Module erworben (Berufsberatung Schweiz, 2015b).
<b>Monatlicher Einstiegslohn brutto, (Unterschiede je nach Kanton, Arbeitsort, beruflicher Erfahrung usw.)</b>	5'000–6'300 Fr. (Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Aargau, 2015; Pflege-Berufe, 2016b; SavoirSocial, 2015; ZIGG, 2016).	5'000–6'300 Fr. (SavoirSocial, 2015; ZIGG, 2016).	Keine Zahlenwerte angegeben: Verdienst zwischen Lohn FaBe/ FaGe und Pflegefachperson HF (Curaviva Schweiz, 2015b).
<b>Möglichkeiten für Weiterbildung (Auswahl)</b>	Spezialisierungen z. B. in Notfall- und Intensivpflege, Gerontopsychiatrie, Langzeitpflege und Betreuung FA, BSc oder MSc FH Pflege (Berufsberatung Schweiz, 2014a).	BSc oder MSc FH z. B. Soziale Arbeit (Sozialpädagogik), Pflege, Physiotherapie (Berufsberatung Schweiz, 2013).	Dipl. Pflegefachperson HF, dipl. Aktivierungsfachperson HF; BSc FH oder MSc FH (Berufsberatung Schweiz, 2015b).

Quelle: Eigene Darstellung.

renden Berufsbildungen im Pflege- und Betreuungsbereich aufmerksam (Curaviva Schweiz, 2009, S. 30): Beim Eintritt in eine höhere Berufsfunktion können unter Umständen die Schichtzulagen wegfallen, sodass es durch den Berufsaufstieg trotz Erhöhung des Grundlohns möglicherweise zu einer Lohneinbusse kommt. Ein weiteres Phänomen dieser Lohnsituation zeigt sich für die akademischen Ausbildungsstufen der Pflege: Eine Fachperson, die selbst einen pflegewissenschaftlichen Hintergrund mitbringt, meinte im Gespräch, dass es in den Institutionen für Weiterbildungen auf Master- und vor allem auf Doktoratsebene eine lohnmassige «Leerstelle» gäbe, da die Abschlüsse in den Lohntabellen oft nicht definiert seien.

Die Aufstiegsmöglichkeiten für die beiden beruflichen Grundbildungen FaBe und FaGe bringen durch ihre Spezialisierung für die Betreuung von Betagten spezifische Konsequenzen mit sich: Die Anschlusslösungen für die FaGes beinhalten in erster Linie eine zunehmende Spezialisierung in der Pflege. Nach Abschluss des EFZ können sie eine verkürzte Ausbildung auf Stufe Tertiär B in Pflege absolvieren und mit einem Diplom als «Pflegefachfrau/-mann HF» beenden (Berufsberatung Schweiz, 2014a; vgl. Abb. 14). Danach sind Ausbildungen in der höheren Berufsbildung möglich (z.B. Spezialisierungen in Anästhesie, Intensiv- und Notfallpflege). Oder es erfolgt ein verkürztes, berufsbegleitendes Bachelor-Studium (BScN) von 1.5 bis 2.5 Jahren, an das ein «Master in Pflege FH» (MScN) oder auf Universitätsstufe angeschlossen werden kann (Berufsberatung Schweiz, 2014b). Neben der Planung von Pflegemassnahmen gehören z.B. Beratungen und medizinische Interventionen, aber auch die Einführung und Umsetzung von Pflegemodellen in den Institutionen, die Analyse komplexer Pflegesituationen und der Einbezug von wissenschaftlichen Erkenntnissen in den Pflegeprozess zu den Aufgaben des Berufsfeldes BScN beziehungsweise MScN Pflege (ebd.). Hauswirtschaftliche Arbeiten oder die Unterstützung von Betagten in Alltagsverrichtungen fallen hingegen – notwendigerweise – als Aufgabengebiet weg.

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei den FaBes. Sie können sich wie die FaGes im Anschluss an ihre Grundbildung zur «Pflegefachperson HF» ausbilden lassen, allerdings nicht in verkürzter Form (Berufsberatung Schweiz, 2014a). Die weiterführenden Ausbildungsmöglichkeiten der FaBes liegen aber insbesondere im aktivierungstherapeutischen oder sozialpädagogischen Bereich (vgl. Abb. 12 und 14). Wie bei den FaGes kommt es dabei zu einer Änderung im Aufgabebereich. Als «Aktivierungsfachpersonen HF» (Tertiär B) oder mit einem FH-Abschluss in Sozialer Arbeit oder Sonderpädagogik (Tertiär A) üben die FaBes keine Betreuungsarbeiten im Sinne einer allgemeinen Alltagsgestaltung und -begleitung oder einer Unterstützung der Betagten bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mehr aus. Die Alltagsgestaltung und Strukturierung von Tages- und Wochenabläufen sowie die Förderung von sozialen Kontakten gehören zwar zu den zentralen Aufgaben von Aktivierungsfachpersonen. Für die Frage der Betreuung im Alter ist jedoch bedeutsam, dass aus einer *Alltagsgestaltung* und -begleitung als Teilaufgabe der FaBes bei einer Ausbildung auf Tertiärstufe eine spezialisierte, aktivierende Strukturierung des Alltags wird (Berufsberatung Schweiz, 2013), die zum Ziel

hat, «körperliche, geistige, soziale und emotionale Fähigkeiten» (Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich, o.J.) der betreuungsbedürftigen Personen zu unterstützen, fördern und reaktiveren (ebd.; vgl. auch Berufsberatung Schweiz, 2013). In verschiedenen Alters- und Pflegeeinrichtungen umfassen diese aktivierenden Massnahmen inzwischen eine Vielfalt von individuellen Angeboten und sozio-kulturellen Gruppenaktivitäten, die über Spielnachmittage, Kegeln und kreatives Werken bis zu Männerstammtischen, Lotto, Spaziergängen und Kochen reichen. Für die Betagten bedeutet dies möglicherweise, dass sie zwar punktuell in aktivierende Tätigkeiten nicht aber in die aktive Gestaltung ihres Alltags einbezogen sind. Konzepte wie eine «Integrative Aktivierende Alltagsgestaltung» von Tschan (2010) machen z. B. deutlich, dass das «Betreuen» ähnlich wie das «Versorgen» von Betagten für die Betroffenen oftmals durch Passivität gekennzeichnet ist: Betagte Menschen decken – so ein Beispiel von Tschan (ebd., S. 128) – den Kaffeetisch auf der Station nicht selbst. Ihnen wird vielmehr zwischen 13.30 und 16 Uhr ein Kaffee serviert. Oder die Essenszubereitung wird erledigt, ohne dass sie z. B. helfen, Gemüse zu rüsten oder den Geschirrspüler einzuräumen (ebd., S. 124). In diesem Zusammenhang verweist z. B. die Studie «Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland» (RESPONS) der Berner Fachhochschule (Sommerhalder et al, 2015) auf das Bedürfnis der Bewohnerinnen und Bewohner nach einer aktiven Gestaltung ihres Alltags. Gemäss Studie ist das Pflegepersonal zwar geübt darin, «die Ressourcen der Betroffenen zu nutzen, um deren Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten» (ebd., S. 47). In Bezug auf die Mitbestimmung und Gestaltung des Alltags waren hingegen verschiedene Problempunkte festzustellen. So schienen sich die Bewohnerinnen und Bewohner beispielsweise vor allem am Wochenende zu langweilen und nur knapp die Hälfte der Befragten gab an, dass sie Dinge ändern können, die sie nicht mögen (ebd., S. 48).

Vergleicht man die Weiterbildungsmöglichkeiten der FaGes und FaBes auf Tertiärstufe A und B wird deutlich, dass in beiden Fällen hauswirtschaftliche Arbeiten und die alltägliche Unterstützung von betagten Personen als Aufgabebereich wegfallen: Entweder findet eine Spezialisierung in pflegerisch-medizinische Berufsfelder statt. Oder das Fachgebiet wechselt von der *Alltagsbetreuung* in eine *spezialisierte Aktivierung*, die planvoll und mit einem zielgerichteten Einsatz von aktivierungstherapeutischen Ansätzen und Methoden erfolgt (Berufsberatung Schweiz, 2013) und vor allem im stationären oder intermediären (Tagesstätten) Bereich angeboten wird (Schäfer et al., 2013, S. 18). Spezialisierungsmöglichkeiten in der Pflege und Betreuung von Betagten bedeuten dementsprechend nicht notwendigerweise, dass eine Betreuung der betroffenen Person *im Alltag* – im Sinne einer Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen oder einer alltäglichen Begleitung – gewährleistet ist.

### 3.2.4 Betreuung: eine begriffliche Annäherung anhand der Betreuungs- und Pflegeausbildungen

In den skizzierten Aus- und Weiterbildungen lässt sich erkennen, dass die Betreuung älterer Menschen durch eine grosse Vielfalt gekennzeichnet ist. Die verschiedenen Abstufungen und Ausprägungen können in zwei grundlegenden Formen der Betreuung zusammengeführt werden: Betreuung als Beziehungsarbeit und Betreuung als Ausführung von fachspezifischen Aufgaben.

#### 1) Betreuung I (Beziehungsarbeit)

Eine erste, grundlegende Form der Betreuung, die Kennzeichen aller hier besprochener Aus- und Weiterbildungen ist und zu jeder professionellen Pflege- und Betreuungstätigkeit gehört, ist das wertschätzende, individuelle Wahrnehmen der betreuten Person in ihrem persönlichen Kontext. Voraussetzung dazu sind ein ganzheitliches Erfassen des betreuten Menschen, emotionale Unterstützung und ein vertrauensbildendes, interaktives, im weitesten Sinne kommunikatives, verbales und non-verbales Handeln, das in jede Pflege- und Betreuungsarbeit einfließt, gleichgültig, ob es sich um eine hauswirtschaftliche Tätigkeit handelt oder ob grund- oder behandlungspflegerische Massnahmen durchgeführt werden. Diese Beziehungsarbeit bildet das Fundament für spezifische Betreuungs- und Pflegeaufgaben in den einzelnen Berufszweigen (vgl. Betreuung II).

#### 2) Betreuung II (fachspezifische Aufgaben)

Die konkreten Ausprägungen dieser zweiten Form der Betreuung sind abhängig von den Aufgabenbereichen der jeweiligen Berufszweige, so beispielsweise

- › Betreuung als Grundpflege, also z. B. die Hilfe beim Waschen, Aufstehen, Ankleiden, Toilettengang oder Essen;
- › Betreuung als Behandlungspflege und präventiv-gesundheitsfördernde Tätigkeit zur Unterstützung des physischen und psychischen Wohlbefindens des betreuten Menschen;
- › Betreuung als unterstützende Alltagsgestaltung und -begleitung oder aktivierende therapeutische Intervention;
- › Betreuung als Unterstützung im Haushalt;
- › Betreuung als zielgerichtete Gespräche z. B. zur sozial-emotionalen Unterstützung der betreuten Person (vgl. ähnlich Theobald et al., 2013, S. 73) oder zur Abklärung bei Ein- und Austritten, Anleitung von Angehörigen oder Intervention in Krisensituationen;
- › Betreuung als Management und Koordination eines Betreuungsarrangements.

Abbildung 15 stellt die beiden Betreuungsformen zusammenfassend dar. Berücksichtigt werden dabei die wichtigsten Berufsausbildungen der Betreuung und Pflege, soweit sie in den vorherigen Kapiteln besprochen worden sind. In die Übersicht nicht aufgenommen wurden die teilweise erst im Entstehen begriffenen non-formalen Lehrgänge des SRK oder anderer Institutionen (vgl. Kapitel

3.2.3) sowie die erst kürzlich eingeführte Ausbildung «Fachperson Langzeitpflege und Betreuung FA», deren Stellung in der Aus- und Weiterbildungslandschaft der Schweiz sich in der Praxis erst entwickeln muss. Ebenso wurden die Abschlüsse in Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik, die an sich für die FaBes eine wichtige Weiterbildungsmöglichkeit darstellen (vgl. Abb. 14), nicht aufgeführt, weil sie inhaltlich zu weit von eigentlichen Pflege- und Betreuungsarbeiten entfernt sind.

**Abbildung 15: Zwei Formen der Betreuung basierend auf den Bildungsplänen der Pflege- und Betreuungsausbildungen der Schweiz**

Betreuung II Fachspezifische Betreuungs- und Pflegeaufgaben, z. B.	
Einfache, überschaubare, stabile Situationen u.U. eher längere, persönliche Kontakt zu betreuer Person	Komplexe, dynamische Situationen u.U. eher punktuelle persönliche Kontakte zu betreuer Person
Grundpflege Allgemeine Alltagsgestaltung, -begleitung und Unterstützung	(Grundpflege) Behandlungspflege beziehungsweise spezialisierte Alltagsgestaltung mit aktivierend therapeutischen Interventionen und spezifischen soziokulturellen Tätigkeiten
Hauswirtschaftliche Arbeiten	Koordination/Management, Anleitung, Leitungsfunktionen

PH-SRK	AGS	FaBe/ Betagte	FaGe	Fachperson Pflege HF	Fachperson Aktivierung HF	Fachperson Pflege FH
Betreuung II	Betreuung II	Betreuung II	Betreuung II	Betreuung II	Betreuung II	Betreuung II
Grundpflege Allg. Alltagsgestaltung Haushalt	Grundpflege (Behandlungspflege: z. B. Vitalzeichen)* Allg. Alltagsgestaltung Haushalt	Grundpflege Behandlungspflege** Allg. Alltagsgestaltung Haushalt	Grundpflege Behandlungspflege*** Allg. Alltagsgestaltung Haushalt	(Grundpflege) Behandlungspflege Pflegeplanung Koordination Anleitung	Spezialisierte Alltagsgestaltung beziehungsweise Aktivierung Koordination Anleitung	Behandlungspflege Pflegeplanung Koordination Management Leitungsfkt.

Betreuung I Beziehungsarbeit, z. B.
Wahrnehmen der betreuten Person als eigenständige Persönlichkeit; individuelles Eingehen auf die betreute Person; ganzheitliches Erfassen des sozialen, kulturellen und religiösen Kontextes der betreuten Person; wertschätzender Umgang mit betreuer Person und ihren Angehörigen; emotionale Unterstützung durch aktives Zuhören, verbale und non-verbale Kommunikation

Quelle: Eigene Grafik.

- \* AGS haben kaum behandlungspflegerische Kompetenzen.
- \*\* FaBes erwerben sich im Vergleich zu FaGe eingeschränktere medizinische Fähigkeiten (vgl. Abb. 12).
- \*\*\* FaGes haben im Vergleich zu Pflegefachpersonen HF stärker limitierte Kompetenzen in der Behandlungspflege (vgl. Abb. 13).

Nach einer Definition von Köppel (2011, S. 1) kann Betreuung «im weiten Sinn als Beistand zum Bewältigen des Alltags» verstanden werden; Imhof et al. (2010a, S. 20) bringen sie mit «Ermöglichen von Alltag» in Verbindung. Abbildung 15 veranschaulicht, dass dieser «Beistand», die «Bewältigung des Alltags» oder das «Ermöglichen von Alltag» auf verschiedene Weise geschehen kann und die Unterstützungsleistungen je nach Situation der betroffenen Betagten aus mehreren Fachgebieten erfolgen. Ebenso wird aus Abbildung 15 ersichtlich, dass die jeweiligen Aufgaben oft nur schwer voneinander trennbar sind. So ist die Beziehungsarbeit (Betreuung I) Teil jeder spezifischen Betreuungs- und Pflegetätigkeit (Betreuung II). Aber auch grundpflegerische Arbeiten und allgemeine Alltagsgestaltung können durch eine aktivierende Unterstützung der Betagten z. B. beim Waschen, Anziehen oder Essen usw. fast untrennbar miteinander verbunden sein (Tschan, 2010). Betreuung von Betagten kann in diesem Sinne als ein Zusammenspiel aus verschiedenen ineinanderfliessenden, oft nur schwer voneinander abgrenzbaren Aufgabenbereichen verstanden werden, die zum Wohlergehen und zur Unterstützung von hilfsbedürftigen – in diesem Fall: betagten – Menschen beitragen.

Die beiden Formen von Betreuung in Abbildung 15 verweisen des Weiteren darauf, dass sich die professionelle Betreuung von Betagten und anderer hilfsbedürftiger Menschen im Kern durch zwei konträre Merkmale auszeichnet: Die Unterstützung erfordert einerseits ein ganzheitliches, individuelles Wahrnehmen der betreuten Person, einen umfassenden Blick auf ihren kulturellen, sozialen und religiösen Hintergrund sowie ein angepasstes Agieren und Reagieren in der aktuellen, sich unter Umständen immer wieder ändernden Situation (Betreuung I). Andererseits zeigt sich eine grosse Differenzierung der verschiedenen Aufgabengebiete (Betreuung II). Der notwendige ganzheitliche Blick ist somit auch immer durch eine Fragmentierung der Arbeitsbereiche in einzelne oder eine Vielzahl von ineinanderfliessenden Tätigkeitsbereichen gekennzeichnet.

### **3.2.5 Fazit: Problembereiche in der Betreuungs- und Pflegeausbildung**

In diesem ersten Ergebnisteil wurden non-formale und formale Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege und Betreuung aufgezeigt, die die heutige Bildungslandschaft der Schweiz kennzeichnen. Bemerkenswert ist, dass auf allen drei Bildungsstufen Berufsfelder im Entstehen begriffen oder bereits eingeführt worden sind, die explizit die «Betreuung von Betagten» im Fokus haben. Dazu gehören im niederschweligen, non-formalen Bereich (vgl. Kapitel 3.2.3) beispielsweise das Zertifikat «Helfer/in Hauswirtschaft und Betreuung SRK» oder ähnliche Abschlüsse, auf Sekundarstufe II die «Fachperson Betreuung/Fachrichtung Betagtenbetreuung» (vgl. Abb. 12) und auf Tertiärniveau die «Fachperson Langzeitpflege und Betreuung FA» (vgl. Abb. 14). Daneben gibt es inzwischen eine Vielzahl an Weiterbildungsmöglichkeiten, in denen Personal mit non-formalen Bildungshintergründen, wie z. B. PH-SRK, vor allem jedoch FaGes, FaBes und andere Fachpersonen spezialisierte Betreuungsaufgaben erlernen können:

z. B. Kurse über psychologische Grundlagen der Gerontologie (Careum Weiterbildung, o.J., S. 6), das Zertifikat «Tagesverantwortung in Langzeitinstitutionen» (ebd.), mit Modulen wie «Alltag gestalten und Normalität unterstützen» (ebd., S. 5) oder der 36-tägige Lehrgang «Fachperson Aktivierung und Kognitionstraining für Menschen mit einer Demenzerkrankung» des SRK Baselland (Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland, o.J. c).

Die Resultate machen aber auch deutlich, dass die inhaltliche Grenzziehung zwischen explizit *betreuenden* Berufen und Berufen, die ihrem Titel nach nicht per se die Betreuung von Betagten im Fokus haben, keine eindeutige ist: Die PHs-SRK übernehmen teilweise ähnliche Aufgaben in den Bereichen Grundpflege, Haushalt und Alltagsgestaltung wie die AGSs, FaBes und FaGes, die Ausbildung der AGSs stellt eine Art Mischform von «Gesundheit» und «Sozialem» dar und die FaBes mit Fachrichtung Betagte, die – zumindest der Berufsbezeichnung und Verbandszugehörigkeit (vgl. Abb. 12) nach – spezifisch für Betreuungsarbeiten ausgebildet werden, scheinen eher einen Schwerpunkt in der Grund- und Behandlungspflege als in aktivierenden und alltagsgestaltenden Aufgaben zu haben.

Beides – das sich abzeichnende eigenständige Berufsfeld «Betreuung von Betagten» und die Überschneidungen seiner Aufgabengebiete mit anderen Berufen – kann als Ausdruck eines sich am Anfang befindenden beruflichen Differenzierungsprozesses aufgefasst werden: Mit der Einführung eines eigentlichen Tätigkeitsgebiets «Betreuung von Betagten» wird eine Professionalisierung und Spezialisierung der Betagtenbetreuung weitergeführt, die sich durch die 1995 geschaffene Ausbildung «Betagtenbetreuer/in FA SODK» bereits abzeichnete und mit dem Abschluss «Betagtenbetreuer/in EFZ» (vgl. Abb. 10) ihre Fortsetzung fand. Die genauen Inhalte dieses Arbeitsbereiches «Betreuung von Betagten» müssen sich allerdings noch herauskristallisieren, weshalb derzeit diverse Überschneidungen in den Ausbildungsplänen und Aufgabengebieten zu beobachten sind.

Dieser Differenzierungs- und Professionalisierungsprozess ist durch drei Problembereiche gekennzeichnet, die für die weitere Diskussion über die Betreuung von Betagten massgeblich sind:

#### 1) Ganzheitliche oder fragmentierte Betreuung?

Wie Abbildung 15 verdeutlicht, setzt sich Betreuung in seinem umfassenden Sinn als «Beistand zum Bewältigen des Alltags» (Köppel, 2011: 1) oder als «Ermöglichen von Alltag» (Imhof et al., 2010a, S. 20) aus einer Vielzahl von Komponenten zusammen (Betreuung II, vgl. Abb. 15), die heute von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren in unterschiedlichen Fachgebieten erbracht werden. Diese Professionalisierung der Betreuung kann im Sinne einer Spezialisierung zur Qualitätssteigerung beitragen. Letztlich sind es aber immer Dienstleistungen, die sich auf eine einzelne Person und ihr spezifisches Umfeld beziehen. Die Betreuung erfordert deshalb ein ganzheitliches, individuelles Wahrnehmen der betreuten Person (Betreuung I, vgl. Abb. 15) und ein Zusammenführen der einzelnen Betreuungsleistungen zu einem für die Betroffenen und ihre Angehörigen sinnvollen Ganzen.

Dieser integrative Blick kann bei einer zu starken Spezialisierung von Betreuungs- und Pflegeaufgaben und einer damit verbundenen Fragmentierung der Betreuung in einzelne, voneinander getrennte fachspezifische Aufgabengebiete verloren gehen (vgl. Sigrist et al., 2015, S. 356).

## 2) Fehlende Alltagsbetreuung trotz vieler Akteurinnen und Akteure?

Die sich andeutende Professionalisierung in der Betreuung von Betagten beinhaltet nicht notwendigerweise, dass Betreuung tatsächlich den Alltag der betroffenen Personen umfasst. Sie kann im Gegenteil auch bedeuten, dass gewissermassen das alltäglich Normale aus dem Blickwinkel verschwindet. So hat der Vergleich der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege und Betreuung auf non-formaler und formaler Stufe (Abb. 11–14) gezeigt, dass mit zunehmender beruflicher Spezialisierung pflegerisch-medizinische Arbeiten in den Vordergrund rücken, wie dies z. B. bei den diplomierten Pflegefachpersonen der Fall ist. Oder aus der Betreuung im Alltag wird eine spezialisierte, punktuell stattfindende Aktivierung, die von entsprechendem Fachpersonal durchgeführt wird.

Neben der oben umrissenen beruflichen Differenzierung und Professionalisierung deutet sich demnach zusätzlich eine berufliche Hierarchisierung in der Betreuung von Betagten an: Je höher qualifiziert, desto weniger werden alltägliche Betreuungs- und Begleitaufgaben sowie hauswirtschaftliche Verrichtungen übernommen. Betreuung im Sinne von Unterstützung bei der Hausarbeit und Begleitung im Alltag liegt deshalb mehrheitlich im Aufgabenbereich von PHs-SRK, AGSs und FaGes (vgl. Abb. 11–14 und Abb. 15). Dieses Personal ist aber auch für vielfältige Tätigkeiten in der Grund- und Behandlungspflege zuständig. Trotz einer Vielzahl an Akteurinnen und Akteuren, die an sich betreuende Aufgaben leisten, bleibt damit unter Umständen offen, ob, wie und durch wen Betreuung im spezifischen Sinn einer Alltagsunterstützung übernommen wird. In der Praxis kann das bedeuten, dass möglicherweise viele Personen dafür zuständig sind und die entsprechenden Arbeiten ausüben. Es kann aber auch heissen, dass Alltagsbetreuung nur eine Aufgabe unter vielen ist und entsprechend gar nicht oder nur punktuell, z. B. durch gelegentlich stattfindende Spaziergänge, vereinzelte Gespräche bei einem Café oder eine einmalige Unterstützung beim Ausfüllen eines Formulars, geleistet wird.

## 3) Betreuung von Betagten als Berufsfeld ohne Praxisrelevanz?

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die «Betreuung von Betagten» als Berufsfeld in der Praxis erst zaghafte Fuss fassen konnte. Dies hat teilweise damit zu tun, dass Ausbildungen wie beispielsweise «Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung FA» erst vor kurzem eingeführt worden sind und sich zunächst als eigentliche Arbeitsgebiete etablieren müssen. Dasselbe gilt bis zu einem gewissen Grad auch für die Ausbildung FaBe, die wie die beiden anderen beruflichen Grundbildungen – AGS und FaGe – erst seit wenigen Jahren absolviert werden kann. Die im Vergleich zu den AGSs und vor allem FaGes geringe Zahl der jährlich abgeschlossenen Lehrverträge FaBe mit Fachrichtung «Betreu-

ung von Betagten» (vgl. Tab. 2) deutet jedoch darauf hin, dass die relativ kurze Zeit seit Inkrafttreten der FaBe-Ausbildung als Erklärung für das geringe Interesse nicht ausreicht. Möglicherweise sind die Zahlen als Zeichen des oben skizzierten beruflichen Differenzierungs- und Professionalisierungsprozesses zu deuten, in dem sich neue Berufsrichtungen erst etablieren müssen. Unter Umständen ist die geringe Resonanz aber auch Ausdruck dafür, dass das Berufsfeld «Betreuung von Betagten» als spezialisiertes Arbeitsgebiet für die Praxis wenig relevant ist, weil die entsprechenden Betreuungsaufgaben von PHs-SRK und AGSs sowie die pflegerisch-betreuerischen und medizinaltechnischen Verrichtungen durch FaGes übernommen werden können. Mit der FaBe Fachrichtung «Betreuung von Betagten» ist damit möglicherweise eine Ausbildung konzipiert worden, die in Konkurrenz zu anderen Ausbildungsrichtungen steht. Für die FaBes mit Schwerpunkt Betagtenbetreuung scheint sich daraus zumindest vorläufig die Konsequenz zu ergeben, dass sie eine unklare berufliche Stellung einnehmen und bis jetzt in der Praxis kaum Fuss fassen konnten.

### **3.3 Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals**

Die folgenden Kapitel haben zum Ziel, anhand von Berichten und Untersuchungen einen Überblick über wichtige Merkmale der Arbeitsbedingungen zu geben, die den Berufsalltag des Betreuungs- und Pflegepersonals prägen.

Die Ausführungen zeigen, dass sich die enge Verbundenheit und verwobene Darstellung von Betreuung und Pflege fortsetzt, die bei der Analyse der Ausbildungsformen ersichtlich geworden ist (vgl. Abb.15): Pflege wird in den Studien immer auch als Betreuung verstanden und nur selten erfolgt eine ausschliessliche Referenz auf spezifische Betreuungsaufgaben wie z. B. Hausarbeiten oder Begleitung im Alltag. Des Weiteren wird in den Berichten und Studien kaum zwischen den einzelnen Berufsgruppen oder verschiedenen Qualifikations- und Leitungsstufen differenziert: AGS, FaBe, FaGe werden meist ebenso als «Pflegepersonal» beschrieben wie Angestellte mit höheren Bildungsabschlüssen, also z. B. «diplomierte Pflegefachperson HF». Vereinzelt finden sich allerdings Unterscheidungen zwischen «Pflegepersonal» und «Pflegefachpersonal», insbesondere, wenn von Ausbildungen auf Tertiärstufe B die Rede ist. Eine einheitliche Regelung der Bezeichnungen ist aber nicht festzustellen. Auffallend ist darüber hinaus, dass in den Studien vor allem die *Arbeitszufriedenheit* des Personals im Fokus steht. Der Berufsalltag in der Pflege und Betreuung, der hier besonders interessiert, kann damit nicht direkt, sondern nur über die Zufriedenheit mit der Arbeit erfasst werden.

In den folgenden Abschnitten stehen zunächst stationäre Einrichtungen im Vordergrund. Dabei wird wenn immer möglich spezifisch auf die Situation in Alters- und Pflegeheimen verwiesen. In einem zweiten Teil wird der Berufsalltag des Betreuungs- und Pflegepersonals in der öffentlichen und privaten Spitex beschrieben. Ebenso werden kurz die Arbeitsbedingungen von Care-Migrantin-

nen und Migranten in Privathaushaltungen beleuchtet. Auf die Arbeitssituation des Betreuungspersonals in Tagesstätten oder sonstigen intermediären Einrichtungen für ältere Menschen wird aufgrund fehlender Studien, die spezifisch das Personal im Fokus haben, nicht eingegangen (zu den verschiedenen Formen intermediärer Einrichtungen Werner et al. 2016; vgl. auch Kapitel 2).

### 3.3.1 Betreuen und Pflegen: Ein Frauenberuf in Teilzeit- und Schichtarbeit

Die Arbeitssituation des Pflege- und Betreuungspersonals weist unabhängig von der Art der Einrichtung drei relevante Gemeinsamkeiten auf. Es handelt sich erstens um ein Berufsfeld, in dem fast ausschliesslich Frauen tätig sind. Rund 90 Prozent der Arbeiten in der informell und professionell geleiteten Pflegearbeit wird von weiblichem Personal verrichtet (Imhof et al., 2010b, S. 22; Lobsiger & Kägi, 2016, S. 23 und Abb. 3.1., S. 24), dies gilt auch für das Personal, das in der Langzeitpflege in der Schweiz arbeitet (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 10; Prey et al., 2004, S. 36 ff.). 2006 betrug der Anteil der weiblichen Angestellten im Spital laut Obsan-Untersuchung «Aging workforce» 78 Prozent (Jaccard Ruedin & Weaver, 2009, S. 4). In den Alters- und Pflegeheimen war er mit 92 Prozent nochmals deutlich höher (ebd.). 2014 arbeiteten insgesamt 124'618 Frauen und Männer in Alters- und Pflegeheimen (Bundesamt für Statistik, 2016m, Fragebogen 5A), davon waren 20'327 Männer (16%) und 104'291 Frauen (84%) (vgl. Curaviva Schweiz 2014, S 16).

Mit dieser Geschlechterverteilung eng verbunden ist ein zweites charakteristisches Merkmal, das den Arbeitsalltag des Personals bestimmt: Professionelle Betreuungs- und Pflegearbeiten werden zu einem überwiegenden Teil in Teilzeitarbeit erbracht. Gesamtschweizerisch liegt der Beschäftigungsgrad des Pflegefachpersonals ähnlich wie dasjenige der Hebammen sowie der Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten bei ca. 77 Prozent (Lobsiger & Kägi, 2016, S. 29). Diese Werte liegen unter dem gesamtwirtschaftlichen Wert von rund 82 Prozent (ebd.). In der nachfolgend näher beschriebenen SHURP-Studie (Zúñiga et al., 2013, S. 25), in der u. a. die Arbeitssituation des Pflege- und Betreuungspersonals in Schweizer Alters- und Pflegeheimen untersucht wurde, wiesen die beteiligten Institutionen für die Angestellten in den Bereichen Betreuung und Pflege einen durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 60 Prozent aus. Rund ein Viertel des Personals arbeitete 100 Prozent, ein weiteres Viertel kam auf weniger als 50 Prozent, die übrigen waren mit einem Pensum zwischen 51–90 Prozent angestellt. Diese Angaben bestätigen sich auch in früheren Untersuchungen: In der 2012 von Curaviva Schweiz in Auftrag gegebenen Studie «Demenzbetreuung in stationären Alterseinrichtungen» (Saldutto et al., 2013, S. 10) betrug der Beschäftigungsgrad des Betreuungs- und Pflegepersonals in den beteiligten Institutionen im Mittel ca. 65 Prozent, eine Zahl, die auch für die Mitarbeitenden insgesamt zutrif. Und

in der Studie von Höpflinger und Hugentobler (2005, S. 10) zur Situation der Pflege älterer Menschen in der Schweiz sind in der Spitex nur 15 Prozent und im stationären Bereich nur 26 Prozent der Beschäftigten in einem Vollzeit-Arbeitsverhältnis angestellt.

Als drittes gemeinsames Merkmal stehen die Dienstleistungen der Pflege- und Betreuungseinrichtungen zu einem überwiegenden Teil während 24 Stunden zur Verfügung, d.h. entsprechende Anstellungen sind durch Schichtarbeit, Abend- und Nachtdienste sowie Einsätze am Wochenende und Feiertag gekennzeichnet. Mit dem seit 2010 in Kraft getretenen revidierten Arbeitsgesetz (ArGV2) sind in Spitälern, Kliniken und Heimen unter bestimmten Bedingungen z. B. Einsatzzeiten von sieben aufeinanderfolgenden Tagen möglich (Schürer, 2009, S. 2; Curaviva Schweiz, 2011b, S. 29). Dies gilt – unter Einhaltung besonderer Regelungen – auch für die Nachtarbeit (Schürer, 2009). Laut Curaviva gehören Fragen zur Nachtarbeit zu den «wiederkehrenden Themen» (Curaviva Schweiz, 2011b, S. 29): Die vorgeschriebenen Ruhezeiten und die Frequenz der Nachtwachen werden verschiedentlich nicht eingehalten, teilweise auch auf Wunsch der Pflegenden, die z. B. gerne mehr als sieben Nächte hintereinander arbeiten würden (ebd.). Klärungsbedarf gibt es insbesondere auch beim Pikettdienst (ebd.). Er wird von den Pflege- und Betreuungseinrichtungen offenbar nicht immer vollumfänglich als Arbeitszeit vergütet, wenn er in der Institution verrichtet wird. Nur beim Pikettdienst zu Hause gelten lediglich der effektiv geleistete Einsatz und der Arbeitsweg als Arbeitszeit. Zu Problemen führen gemäss Ausführung von Curaviva auch Nachtdienste, die alleine oder durch ungenügend ausgebildetes Personal geleistet werden, da viele Akutsituationen nachts auftreten (ebd.).

### **3.3.2 Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals in stationären Einrichtungen: zwischen Zufriedenheit und Belastung**

Basis der weiteren Ausführungen bildet eine Auswahl an neueren Forschungsprojekten, die auf nationaler und internationaler Ebene die Berufslaufbahn, Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals allgemein, insbesondere aber in stationären Einrichtungen untersuchen. Ergänzend werden weitere Untersuchungen und Berichte hinzugezogen. Bei den Projekten handelt es sich um folgende fünf Studien:

- 1) Arbeitsbedingungen und Kontinuität der Erwerbstätigkeit in der Altenpflege im Ländervergleich Deutschland-Schweden (Theobald et al., 2013)

Ziel des 2010 durchgeführten Ländervergleichs war es, Einblick in die Berufssituation von Pflegekräften im ambulanten und stationären Bereich der Betagtenpflege zu erhalten. In Schweden nahmen 1'200 zufällig ausgewählte Pflegekräfte an der Umfrage teil, in Deutschland beteiligten sich 637 (ebd., S. 56f.).

## 2) NEXT (Nurses Early Exit Study; Simon et al., 2005)

Die europäische, interdisziplinär ausgerichtete Untersuchung zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf wurde in zehn Ländern Europas (ohne Schweiz) durchgeführt und 2005 abgeschlossen. Ziel war es, Erkenntnisse zum vorzeitigen Berufsausstieg des Pflegepersonals zu gewinnen. Ausserdem sollten die Ursachen und Umstände des Ausstiegs erforscht sowie die Folgen für die betroffenen Pflegefachkräfte und die Pflegeeinrichtungen analysiert werden.

## 3) Nurses at Work (Addor et al., 2016)

Ziel der Studie ist es, die Berufslaufbahnen von Pflegefachpersonen zu analysieren, die in der Schweiz seit 1970 einen Abschluss in Pflege erworben haben. Insgesamt nahmen 15'301 Pflegefachpersonen an der Untersuchung teil, dies entspricht 11.7 Prozent von 99'778 Personen, die seit 1970 ein Pflegediplom erworben haben (Addor et al., 2016, S. 4). Es handelt sich um die bisher grösste in der Schweiz durchgeführte Studie, in der Laufbahnen im Pflegeberuf untersucht wurden.

## 4) RN4CAST (Registered Nurse Forecasting Human Resources Planning in Nursing; Aiken et al., 2013; Schwendimann et al., 2014)

Die Untersuchung wurde zwischen 2009–2011 in 12 europäischen Ländern, darunter der Schweiz, durchgeführt. Die noch laufende Studie hat u. a. zum Ziel, die Prognosemodelle der Pflegepersonalbedarfsplanung zu verfeinern. Dazu sollen bisher wenig berücksichtigte Merkmale in die Analyse einbezogen werden, so beispielsweise die Arbeitsumgebung, der Ausbildungsgrad des Personals oder die Personalrekrutierung. Im Schweizer Teil der Untersuchung wurden in einer repräsentativen Auswahl von 35 Akutspitälern aus den drei Sprachregionen der Schweiz mehr als 1'600 Pflegefachpersonen und 900 Patientinnen und Patienten befragt (Schwendimann et al., 2014).

## 5) SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project; Zúñiga et al., 2013)

Die Studie untersucht anhand einer stratifizierten Zufallsstichprobe die Situation des Pflege- und Betreuungspersonals sowie der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz. An der Untersuchung beteiligten sich 163 Alters- und Pflegeheime. Sie sind repräsentativ für die drei Sprachregionen sowie die Betriebsgrösse der Alters- und Pflegeinstitutionen in der Schweiz (Zúñiga et al., 2013, S. 9).

In diesen und weiteren Publikationen zur Arbeitssituation des Pflege- und Betreuungspersonals, die den folgenden Teilkapiteln zugrunde liegen, zeigt sich, dass die Arbeitsrealität der Angestellten im Pflege- und Betreuungsbereich einerseits durch eine grosse Zufriedenheit mit dem Beruf und dem gegenwärtigen Arbeitsplatz bestimmt ist. Andererseits beschreibt das Personal die Arbeitssituation und den Berufsalltag aber zugleich als sehr belastend. Diese zwei gegensätzlichen Merkmale werden in den folgenden Abschnitten detaillierter beschrieben.

## Hohe Zufriedenheit ...

Generell weisen verschiedene Studien auf eine hohe Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals hin, und zwar unabhängig davon, in welcher Einrichtung das Personal beschäftigt ist. Diese grundsätzliche Zufriedenheit ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen, die sich in zwei übergeordneten Kategorien zusammenfassen lassen.

### *Intrinsische Faktoren: professionelle Bindung und Identifikation mit der Betreuungs- und Pflegearbeit*

In den Untersuchungen fällt die hohe Identifikation des Personals mit seinem Beruf auf, die – wie die Studie «Nurses at Work» (Addor et al., 2016, S. 4 f.) für die Schweiz aufzeigt – selbst dann erhalten bleibt, wenn die befragten Personen nicht mehr im Gesundheitsbereich arbeiten. Bereits Käppeli (2004) verwies in ihrem historischen Überblick über das Mit-Leiden im Pflegeberuf auf das Phänomen der Berufung in den Selbstdarstellungen von jungen und älteren Krankenschwestern in den 1990er Jahren. Die 62 Interviewpartnerinnen konzipierten die Pflegearbeit weder als «selbstloses Dienen» oder «Aufopfern», noch als blosses «Jobben» (Käppeli, 2004, S. 369<sup>18</sup>). Sie war für die Befragten vielmehr eine persönliche Herzensangelegenheit und grundsätzliche Lebensentscheidung, mit der sie eine Verpflichtung gegenüber den Patienten und deren Wohlbefinden eingingen (ebd., S. 369 f.).

Die hohe persönliche Identifikation mit dem erlernten Beruf beziehungsweise der Arbeit in der Pflege und Betreuung bestätigt sich auch in jüngeren Untersuchungen. In der SHURP-Studie (Zúñiga et al., 2013, S. 33) stimmten über 86 Prozent des Personals in Alters- und Pflegeheimen der Frage zu, dass ihnen ihre jetzige Tätigkeit Spass mache und es für sie von grosser Bedeutung sei «gerade in diesem Beruf zu arbeiten» (ebd. und S. 68, Frage 24 und 25). Über 88 Prozent gaben an, dass ihre jetzige Tätigkeit gut zu ihnen passen würde (ebd., S. 68, Frage 26). Die hohe professionelle Bindung lässt sich auch für weitere Pflegeeinrichtungen und Länder nachweisen, wie die Pflegepersonalstudie RN4CAST zeigt: Mit Ausnahme von Griechenland und Irland ist weniger als eine von vier Pflegefachpersonen in den 12 teilnehmenden Ländern mit ihrer Berufswahl unzufrieden (Schweiz: 11%, vgl. Aiken et al., 2012, S. 247, Tab 2; Schwendimann et al., 2014, S. 4). Gleichwohl gaben aber z. B. in der Schweiz 28 Prozent der Befragten an, dass sie innerhalb des nächsten Jahres ihre Stelle verlassen wollten. Davon beabsichtigten 24 Prozent, eine Stelle ausserhalb der Pflege und Betreuung zu suchen (Aiken et al., 2012, S. 247).

Die hohe intrinsische Arbeitsmotivation des Pflege- und Betreuungspersonals deckt sich auch mit der Studie von Theobald et al. (2013, S. 80), die in einem

---

18 Die Darstellungen von Käppeli basieren auf der Studie von Dätwyler & Baillod (1995). Mit-Leidenschaft. Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf. Bern: Huber.

Vergleich zwischen Schweden und Deutschland die Arbeitsbedingungen des Personals in der Altenpflege untersuchten. Fast 88 Prozent der Pflege- und Betreuungspersonen, die in Deutschland im ambulanten und stationären Bereich arbeiten, sowie 72 Prozent in Schweden, empfinden ihre Arbeit als interessant und bedeutungsvoll. Dabei ist bemerkenswert, dass das Personal den Pflege- und Betreuungsaufgaben die Idee zugrunde legt, eine gesellschaftlich wichtige Arbeit zu leisten. Durch die Betreuungsarbeit würde, so ein Zitat aus einem Experteninterview der Studie, der «Respekt der Gesellschaft gegenüber der Lebensleistung und dem gesellschaftlichen Beitrag älterer Menschen [ausgedrückt]» (Interview zit. nach Theobald et al., 2013, S. 81). Für die Interviewees waren es also bezeichnenderweise nicht einzelne Aufgaben und Verrichtungen, die sie als bedeutungsvoll ansahen, sondern ein darin enthaltener gesamtgesellschaftlicher Sinn, mit dem sie sich identifizieren.

Höpflinger und Hugentobler verweisen in diesem Zusammenhang bereits in einer früheren Untersuchung auf die «altruistische Berufshaltung» (2005, S. 10) und die «stark ausgeprägte helfende Komponente» (ebd.) des Pflege- und Betreuungspersonals. Sie bringen beide Eigenschaften mit dem Umstand in Verbindung, dass Betreuungs- und Pflegearbeiten hauptsächlich von Frauen geleistet werden. Es wäre m.E. allerdings zu einfach, die hohe professionelle Bindung des Personals als lediglich idealistisch-altruistische und genderspezifische Phänomene zu beschreiben. Zum einen zeigen vereinzelte Studien beispielsweise, dass diese grundsätzliche Berufsidentifikation beeinflussbar und z. B. abhängig ist von der Dauer der beruflichen Tätigkeit und dem Bildungsgrad des Personals. In der NEXT-Studie, in der auf europäischer Ebene der vorzeitige Ausstieg aus dem Pflegeberuf untersucht wurde, wird beispielsweise deutlich, dass die emotionale Bindung an den Beruf unabhängig vom Organisationstyp der Einrichtung oder dem Fachgebiet einen U-förmigen Verlauf nimmt (Simon et al., 2005, S. 30): Sie ist besonders im ersten Jahr nach der Ausbildung hoch und sinkt danach bis zum 15. Jahr ab. Anschliessend steigt das Gefühl der Berufszugehörigkeit wieder an, allerdings nicht mehr auf das Anfangsniveau. Die Berufsanfängerinnen und die erfahrenen Pflegepersonen haben demnach die höchste professionelle Bindung. Besonders bemerkenswert in dieser Untersuchung ist des Weiteren der Hinweis, dass das berufliche Zugehörigkeitsgefühl mit steigender Ausbildung abnimmt. D.h. je höher die berufliche Qualifikation in der Pflege desto niedriger ist die emotionale Bindung (ebd., S. 31): Die befragten Krankenschwestern und -pfleger mit Fachweiterbildung<sup>19</sup> geben mit knapp 70 Prozent die niedrigste berufliche Zugehörigkeit an, die Altenpflegehelfer und -helferinnen mit etwas über 80 Prozent die höchste professionelle Bindung. Dieses Resultat deckt sich bis zu einem gewissen Grad mit den Aussagen von Theobald et al. (2013, S. 81): Schwedische Pflegekräfte über 45 Jahre, die über weniger umfassende oder keine Berufsqualifikationen verfügten, beurteilten ihre Arbeit als viel interessanter als diejenigen, die eine Ausbildung als Krankenpflegeassistenten hatten.

---

19 Es wird die Berufsbezeichnung der Studie verwendet.

Zum anderen drückt sich in der hohen Identifikation mit dem Beruf in gewisser Weise auch eine professionelle Haltung und nicht einfach ein idealistisch-altruistisches und genderspezifisches Verhalten aus. Dem betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen soll auf möglichst optimale Weise geholfen werden, was ein Verständnis für die betreute Person und ihre Situation voraussetzt. Dieser Qualitätsanspruch der persönlichen, umfassenden Wahrnehmung und Unterstützung des betreuungsbedürftigen Menschen könnte ohne innere Überzeugung über das eigene Arbeitshandeln (Madörin, 2007, S. 155) und die zu leistende Arbeitsqualität, die ja gerade an der adäquat erbrachten, individuell ausgerichteten Hilfeleistung gemessen wird, nicht eingelöst werden. Diesem professionellen Qualitätsanspruch entsprechend wurde beispielsweise in der SHURP-Studie ersichtlich, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz in erster Linie vom Gefühl des Pflege- und Betreuungspersonal abhing, die Betreuungs- und Pflegearbeiten gut durchgeführt zu haben (Zúñiga et al., 2013, S. 32f.). Als weiteren entscheidenden Zufriedenheitsfaktor nannten die Befragten, dass sie das Gefühl haben mussten, dem betreuungsbedürftigen Menschen tatsächlich zu helfen (ebd., S. 33). Diese Resultate bedeuten umgekehrt aber auch, dass sich die hohe Identifikation des Personals mit der Pflege- und Betreuungsarbeit abschwächen kann, wenn sich der Qualitätsanspruch, die Betreuungs- und Pflegearbeiten gut durchgeführt und dadurch adäquate Hilfe geleistet zu haben, nicht erfüllen lässt. Altruistische Motive und hohe Ansprüche, «[p]flegerische Aufgaben gut ausführen zu können» (Prey et al., 2004, S. 45 Item 1, vgl. auch S. 46) oder «hilfsbedürftigen Menschen zu helfen, Not lindern zu können» (ebd., Item 2), werden ausserdem als Risikofaktoren für Burnout und Erschöpfungszustände beschrieben und als eine Ursache für den Ausstieg aus dem Pflege- und Berufsberuf angesehen (Curaviva, 2013a, S. 17).

### *Extrinsische Faktoren: Anerkennung, Team und Vorgesetzte*

Die organisationale Bindung fällt gegenüber der professionellen Bindung in einigen Studien geringer aus, ist aber immer noch hoch. So empfinden z. B. ca. 68 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals, das an der SHURP-Umfrage teilnahm, gegenüber dem Arbeitsort ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit und fast 63 Prozent äusserten sich stolz darüber, dass sie für die Organisation arbeiten können (Zúñiga et al., 2013, Tabelle 2, S. 68). Gemäss Studie liegt das Betreuungs- und Pflegepersonal damit im Trend mit der allgemein hohen Arbeitsplatzzufriedenheit der Angestellten in der Schweiz, die laut Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) 2012 im Mittel bei 91 Prozent lag (Zúñiga et al., 2013, S. 38).

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang eine Feststellung in der NEXT-Studie, in der für Deutschland aufgezeigt werden konnte, dass die Bindung an die Organisation von der Grösse der Institution abhängt: Je kleiner die Organisationseinheit desto grösser ist die emotionale Bindung der Angestellten. Sie lag z. B. für den ambulanten Pflegedienst (Spitex) bei über 69 Prozent, bei grösseren Lehrkrankenhäusern hingegen lediglich bei etwas mehr als 52 Prozent

(Simon et al., 2005, S. 30). Für die Schweiz stehen keine entsprechenden Zahlen zur Verfügung, da sie am Forschungsprojekt nicht beteiligt war. Aufgrund der SHURP-Studie (Zúñiga et al., 2013, S. 38) liegen jedoch Daten für die Arbeitsplatzzufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals in den Alters- und Pflegeheimen im Vergleich zu den Spitälern vor: Sie liegt bei den Heimen mit 87 Prozent höher als in den Schweizer Spitälern, für die der Zufriedenheitswert des Pflegepersonals laut Erkenntnissen der RN4CAST-Untersuchung im Mittel bei 79 Prozent lag, wie Zúñiga et al. (2013, S. 38) bemerken. Gemäss SHURP-Untersuchung würden ausserdem durchschnittlich 87 Prozent der Befragten den Arbeitsplatz als guten Arbeitsort an Bekannte weiterempfehlen (ebd., S. 32).

Neben der hohen professionellen Bindung und der grossen Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz wird der Arbeitsalltag des Pflege- und Betreuungspersonals durch zwei weitere extrinsische Merkmale geprägt, die zur Zufriedenheit beitragen können:

#### 1) Anerkennung der Pflege- und Betreuungsperson und ihrer Arbeit

In der Untersuchung «Nurses at Work» (Addor et al., S. 4) wird ersichtlich, dass die Wertschätzung durch Patientinnen und deren Angehörige sowie die Anerkennung durch die Teamkollegen und Vorgesetzten ein bedeutender Faktor für die Zufriedenheit des Pflegepersonals ist. Dieses Resultat bestätigt auch eine Untersuchung, die 2011 im Auftrag von Curaviva Schweiz durchgeführt wurde (QualisEvaluation, 2011): Für Mitarbeitende, die in Institutionen der Langzeitpflege arbeiten und keine Führungsaufgaben inne haben, gehören die «Aufgeschlossenheit der Vorgesetzten für neue Ideen», «das Ernstnehmen von Vorschlägen durch die Arbeitskollegen» und «das respektvolle Verhältnis zwischen Heimleitung und Mitarbeitenden» neben Faktoren wie z. B. Arbeitszeit, Ferien, Erholungsmöglichkeiten und weiteren Arbeitsbedingungen zu den wichtigsten Voraussetzungen eines attraktiven Arbeitsplatzes (ebd., S. 6 und 8f.)<sup>20</sup>. Für Angestellte mit Führungserfahrung sind die «Förderung eigener Qualitäten durch direkte Vorgesetzte», «Respekt und Achtung durch den direkten Vorgesetzten» und «Ernstnehmen von Lohnfragen durch Vorgesetzte» (ebd., S. 8f.) entscheidende Einflussgrössen. In der Studie «Nurses at Work» (Addor et al., 2016) stufen über 80 Prozent aller Befragten die Wertschätzung ihrer Arbeit durch Drittpersonen als hoch ein (ebd., S. 4 und Abb. 2, S. 5). In der Studie von Theobald et al. (2013, S. 81) zeigt der Ländervergleich Schweden-Deutschland für die Altenpflege ein etwas kritisches Bild: Nur 46 Prozent des Personals in Deutschland, das im stationären Sektor

---

20 Zu beachten ist, dass in dieser Studie das Personal insgesamt befragt wurde, d. h. neben dem Pflege- und Betreuungspersonal waren z. B. auch Mitarbeitende der Verwaltung oder der Hauswirtschaft vertreten. Die Studie untersucht u. a., welche Faktoren die Attraktivität von Arbeitgebern in der Langzeitpflege am stärksten beeinflussen. Gefragt wird auch, inwiefern sich die Faktoren bei Mitarbeitenden unterscheiden, die in einer Führungsposition sind beziehungsweise keine Führungsaufgaben haben. Datengrundlage bilden 22 Alters- und Pflegeheime in acht Deutschschweizer Kantonen. Die Grösse der Institutionen variiert zwischen 33 und 229 Betten. Die Stichprobe betrug 1'491 Angestellte (alle Angaben QualisEvaluation, 2011, S. 3f.).

tätig ist, gab an, durch die Pflegebedürftigen «eine Menge zurückzubekommen» (ebd., Tab. 4.7), in Schweden waren es 52 Prozent. Mit ca. 30 Prozent wesentlich tiefer lag der Wert für beide Länder bei der Frage nach der Wertschätzung durch die Angehörigen.

## 2) Teamarbeit und Partizipation

Äusserst relevant für die Gestaltung des Arbeitsalltags ist die Zusammenarbeit mit den Teamkolleginnen und -kollegen sowie den vielfältigen weiteren Diensten, die in die Betreuungsarbeit direkt oder indirekt einbezogen sind. Die SHRUP-Studie zeigt hier für die Arbeit in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz eine hohe Zufriedenheit von über 85 Prozent des Personals, das die Zusammenarbeit als «eher gut» und «sehr gut» bewertet (Zúñiga et al., 2013, S. 27). Auch partizipative Elemente schätzen die Befragten als hoch ein: Über 80 Prozent meinten, dass ihre Vorschläge und Ideen zur Arbeitsorganisation oder zu Pflegearbeiten auf den Abteilungen willkommen seien (ebd., S. 29). In Bezug auf die Zusammenarbeit im Team und die interne beziehungsweise fachübergreifende Kommunikation mit Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie Vorgesetzten und dem ärztlichen Dienst kommt die Untersuchung «Nurses at Work» zu ähnlichen Ergebnissen (Addor et al., S. 4). Im Vergleich zu den Resultaten der SHRUP-Untersuchung für die Alters- und Pflegeheime äusserte sich das Pflegepersonal in der Studie «Nurses at Work» hingegen deutlich negativer zu den Partizipationsmöglichkeiten am Arbeitsplatz: Nur 38 Prozent der Befragten, die noch in einem Gesundheitsberuf tätig sind, waren mit den Mitsprachemöglichkeiten zufrieden, mit 30 Prozent noch unzufriedener äusserten sich diejenigen, die ihren erlernten Pflegeberuf verlassen hatten (ebd.).

## ... und grosse Belastung

Im Gegensatz zu der hohen Arbeitszufriedenheit verweisen die Untersuchungen auf einen umfangreichen Katalog an Faktoren, die den Arbeitsalltag der Pflege- und Betreuungspersonen erheblich erschweren. Wie in den nächsten Abschnitten ausgeführt wird, erweisen sich die grosse Fremdbestimmung im Arbeitsalltag sowie die fehlende Zeit für Pflege- und Betreuungsarbeiten als besonders gravierend. Beide bringen Konsequenzen mit sich, die belastend wirken können, wie z. B. eine sinkende professionelle Bindung und Identifikation mit dem Beruf, gesundheitliche Probleme durch zunehmenden Stress sowie Qualitätseinbussen bei der Pflege- und Betreuungsarbeit. Zu den weiteren Belastungen gehören schliesslich die mangelnde Anerkennung der geleisteten Arbeit – nicht zuletzt durch den geringen Lohn – sowie Probleme mit den Betreuten und deren Angehörigen oder Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den unregelmässigen Arbeitszeiten und der körperlich schweren Arbeit.

### *Fremdbestimmung und fehlende Zeit für Betreuungs- und Pflegearbeiten*

Das grundlegende Verständnis professioneller Pflege- und Betreuungsarbeit als einer individuell auf die Bedürfnisse des betreuten Menschen ausgerichteten Arbeit (vgl. Kapitel 3.2.4, Abb. 15) gerät im Berufsalltag in Konflikt mit Arbeitsbedingungen, welche die für die Betreuung notwendigen situativ-autonomen Handlungsmöglichkeiten des Personals stark limitieren (Theobald et al., 2013, S. 76f.). Betreuungs- und Pflegearbeiten sind durch die Ausrichtung auf den betreuten Menschen naturgemäss komplex, dynamisch und letztlich wenig planbar, ausserdem auch sehr zeitintensiv. Eine Studie im Rahmen des SRK-Projekts «Horizonte»<sup>21</sup> (Liewald, 2012) verdeutlicht dies eindrücklich am Beispiel eines Bewohners, der sich morgens nicht waschen wollte. Die Pflegeperson fand heraus, dass er sich zu Hause immer draussen am Brunnen wusch und gab ihm seither jeweils kaltes Wasser zum Waschen. Durch die gezielte Berücksichtigung und sorgfältige Erhebung des biografischen Hintergrunds der betreuten Person konnte die potenziell konfliktträchtige Pflegesituation entschärft werden (ebd., S. 180). Die Anwendung der Biografiearbeit als wichtiges Instrument der Pflege und Betreuung setzt aber entsprechendes Wissen voraus und benötigt Zeit, um individuell auf die Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen und dabei ihre aktuelle und frühere Lebenssituation zu berücksichtigen.

Diese Komplexität wird gerade in der Langzeitpflege und -betreuung zusätzlich gesteigert, da die Zusammensetzung der betreuten Personen in stationären Einrichtungen immer stärker durch eine hohe Diversität der betagten Menschen geprägt ist: Menschen mit Migrationshintergrund gelangen ins Rentenalter und verbleiben im Alter in der Schweiz, Personen mit Suchterkrankung werden alt, teilweise sind spezifische psychiatrische Einrichtungen für ältere Menschen geschlossen worden, sodass Betroffene in Pflegeheimen betreut werden, wie Liewald (2012, S. 175) ausführt. Diese Diversität stellt ihre ganz eigenen Herausforderungen an die Betreuung, wie dies auch in der Untersuchung des BFS «Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen» (Kaeser, 2012, S. 36) festgestellt wird: «Es ist (...) wichtig festzuhalten, dass in Alters- und Pflegeheimen Personen, deren körperliche, psychische und funktionale Gesundheit stark beeinträchtigt ist, mit relativ selbstständigen Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenleben. Dies stellt für die Institutionen, das Pflege- und Betreuungspersonal und auch für die Bewohnerinnen und Bewohner selbst eine grosse Herausforderung dar» (ebd., S. 38).

Um dieser Heterogenität betreuungsbedürftiger Menschen sowie der Dynamik und Komplexität der Betreuungssituationen adäquat begegnen zu können, benötigt das Personal Handlungsspielräume (Theobald et al., 2013, S. 77). Im Berufsalltag werden diese jedoch oft durch äussere Faktoren beschränkt. Die

---

21 Der vollständige Titel des Projekts lautet: «HORIZONTE – Gesundheitliche Chancengleichheit im stationären Alterspflegebereich. Ressourcen und Risiken im Umgang mit vulnerablen Gruppen und Ansätze zur Sensibilisierung am Fallbeispiel einer Institution» (Liewald, 2012, S. 177 ff.).

feststellbare hochgradige Fremdbestimmung in den Pflege- und Betreuungsarbeiten wird durch verschiedene Faktoren verursacht. Als besonders gravierend erweisen sich folgende Punkte:

#### a) Pflege- und Betreuung als Teamarbeit

Das Gelingen einer Betreuungssituation hängt meist von einer Vielzahl von Akteuren ab, die in die Betreuung involviert sind beziehungsweise werden. Allen voran die betreuungsbedürftige Person und ihre Angehörigen, aber auch Fachkolleginnen und -kollegen, die Ärzteschaft oder das therapeutische und administrative Personal. Auf die Konsequenzen, die diese Teamarbeit für das Pflege- und Betreuungspersonal mit sich bringt, weist Markus Notter, Ausbildungsverantwortlicher in einer Stiftung für geistig und mehrfach behinderte Erwachsene, in der «Gazette» von Curaviva Schweiz (Curaviva Bildung 2013a, S. 4) hin. In Bezug auf die Lernenden, die in seiner Organisation als Quereinsteigerinnen und -einsteiger im Alter von 30 bis 40 Jahren eine FaGe oder FaBe-Ausbildung absolvieren wollen, meint er:

*Bei ihnen erlebe ich oft eine Art Sozialromantik. Sie haben die Vorstellung, in Sozialberufen herrsche Gemütlichkeit. Diese Ideale brechen bisweilen heftig ein. Denn auch bei uns ist nicht jeder Tag Sonntag. Abläufe und Zeitrahmen müssen eingehalten werden.*

Notter wird ergänzt durch Bernadette Baumeler, diplomierte Pflegefachfrau und Praxislehrerin:

*Die Schwierigkeiten entstehen am häufigsten bei der Teamarbeit. Im Team muss ich verbindlich arbeiten. Nur lieb sein und viel Zeit haben, geht auf die Kosten der Kolleginnen. In diesem Beruf bestehen Verbindlichkeiten; ich muss Arbeiten nach Vorgaben erledigen. (Curaviva Bildung, 2013a, S. 4)*

#### b) Personalressourcen

Wie auf internationaler Ebene (vgl. Aiken et al., 2013; Schwendimann et al., 2014; Simon et al., 2005) ist der Mangel an Betreuungs- und Pflegepersonal auch in der Schweiz eine der zentralen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen und prägend für den Arbeitsalltag des Pflege- und Betreuungspersonals. In einer Untersuchung von 2015 im Auftrag von Curaviva Schweiz, in der eine bereits 2009 durchgeführte Umfrage von Kaderpersonen in Altersinstitutionen der gesamten Schweiz wiederholt wurde, stand mit 75 Prozent das Problem, «genügend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal zu finden», an erster Stelle der «grossen Herausforderungen» (QualisEvaluation, 2015, S. 8). 2009 lag die Zustimmung mit 81 Prozent noch höher. Mit fast 100 Prozent Zustimmung als besonders schwierig erweist sich gemäss SHURP-Studie die Rekrutierungssituation in den Alters- und Pflegeheimen beim Pflegefach-

personal<sup>22</sup> (Zúniga et al., 2013, S. 14; vgl. auch ebd., S. 26f.). Fast 92 Prozent der teilnehmenden Institutionen stimmten zu, Probleme mit der Rekrutierung des Pflegefachpersonals zu haben, beim zertifizierten Personal mit EFZ waren es 64 Prozent der Betriebe (ebd.). Im Vergleich äusserten nur 14 Prozent der Heime Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Assistenz- und Hilfspersonal, wobei kleinere Betriebe auch hier angaben, Mühe bei der Personalrekrutierung zu haben (ebd.). Diesem grundsätzlichen Problem entsprechend erlebte das in der SHURP-Untersuchung befragte Pflege- und Betreuungspersonal die mangelnden Personalressourcen und den unter anderem damit im Zusammenhang stehenden hohen Arbeitsanfall als stärkste Stressfaktoren in ihrem Berufsalltag (ebd., S. 28).

### c) Leistungserfassung und «Minütele»

Fremdbestimmung und die Diskrepanz zwischen Arbeitsalltag und einem professionellen, auf das Individuum ausgerichteten Pflege- und Betreuungsverständnis werden weiter erhöht durch die «Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystems» (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 10). Die elektronische Leistungserfassung teilt Pflege- und Betreuungsarbeiten in vordefinierte, mess- und auswertbare Zeiteinheiten, was einerseits den Pflegeaufwand sichtbar macht, ihn aber andererseits nach festgelegten Kriterien definiert und so eine ganz eigene Realität von Pflege- und Betreuungsrichtungen schafft (Bowker & Star, 2000; Potter & Wetherell, 2007). Der Gerontologe Heinz Rügger beschreibt das Problem in der Fachzeitschrift von Curaviva Schweiz folgendermassen: «Wenn ich fast im Minutentakt «abhäkeln» muss, was ich mache, kippt es irgendwann und ich werde der Einzigartigkeit des Menschen und der konkreten Situation nicht mehr gerecht. Menschen sind nicht Produkte wie Haribo-Gummibärchen. Diese werden alle gleich produziert. Im Pflegeberuf bedeutet Qualität aber nicht Gleichmass, sondern Eingehen auf die Individualität» (Curaviva, 2010a, S. 7).

«Minütele» (Unia, 2016, S. 3) – die Verrichtung der Arbeit in der vorgegebenen Zeit – wird entsprechend zu einem stehenden Ausdruck des Pflege- und Betreuungspersonals und verweist auf den geringen Spielraum, den sich das Personal in einem an sich durch Dynamik und Komplexität gekennzeichneten Betreuungsprozess zugestehen kann. Ähnlich zeigt auch die Vergleichsstudie zwischen Schweden und Deutschland, dass umfangreiche Administrativarbeiten und die Dokumentation von erbrachten Leistungen sowie Standardisierungen der Arbeitsabläufe, knappe Zeitvorgaben und immer stärkere Differenzierungen der Pflege- und Betreuungsstätigkeiten in einzelne durch Leistungserfassungssysteme vordefinierte Arbeitseinheiten für das Personal zu entscheidenden stressauslösenden Faktoren geworden sind (Theobald et al., 2013, S. 40f.).

---

22 HF und weiterführende Ausbildungsstufen.

#### d) Diversität des Pflege- und Betreuungspersonals

Neben der einleitend skizzierten Diversität der betreuten Personen ist auch eine grosse Diversität in den Pflege- und Betreuungsteams zu beobachten, die zur Ursache von Fremdbestimmung und eingeschränkten Handlungsoptionen werden kann (Liewald, 2012, S. 176). Diese Diversität stellt einerseits eine nicht zu unterschätzende Ressource im Pflege- und Betreuungsalltag dar. Sie bedingt andererseits aber auch eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Personals. So beispielsweise wenn sich Teams aufgrund des allgemeinen Personalmangels immer wieder neu zusammensetzen, etwa durch kurzfristige Einsätze von abteilungsfremdem Personal, Neueintritte und Kündigungen. Des Weiteren machen die vielen Teilzeitarbeitenden, Lernenden und Angestellten mit unterschiedlichsten Fachkompetenzen und Zuständigkeitsbereichen (vgl. Kapitel 3.2) Diskussionen über den optimalen Skill- und Grademix erforderlich, also die kompetenzgerechte Aufteilung der Pflege- und Betreuungsarbeiten auf den Abteilungen sowie die Gewährleistung einer Pflege und Betreuungsqualität, die mit professionellen Ansprüchen vereinbar ist (Liewald, 2012, S. 177). In den Teams finden sich ausserdem oft Angestellte aus verschiedenen Nationen. Hier bedarf es unter Umständen einer erhöhten teaminternen Kommunikation, z. B. über das Pflege- und Betreuungsverständnis, das möglicherweise in den jeweiligen Herkunftsländern des Personals unterschiedlich ist (ebd., S. 176). Die Pflegedienstleitungen schätzen entsprechend die Heterogenität der Pflegeteams auch in der bereits erwähnten, von Curaviva in Auftrag gegebenen Umfrage von 2015 (Quali-Evaluation, 2015, S. 12, vgl. oben Punkt 2) neben dem Personalmangel als eines der zentralen Probleme ihrer Organisation ein.

#### *Fehlende Berufsmotivation, gesundheitliche Probleme und Qualitätseinbussen als Folge*

Der Widerspruch zwischen der hohen intrinsischen Berufsmotivation und dem professionellen Verständnis von Pflege und Betreuung einerseits und der durch strukturelle Bedingungen eingegangenen Handlungsmöglichkeiten andererseits bringt Konsequenzen für die Arbeitsmotivation des Personals mit sich. In der Vergleichsuntersuchung der Altenpflege in Schweden und Deutschland beschreiben Theobald et al. (2013, S. 78f.) die Unzufriedenheit des Pflegepersonals, wenn es den Bedürfnissen der betreuungsbedürftigen Menschen nicht gerecht werden kann. So waren in Deutschland z. B. fast 27 Prozent der Befragten im stationären Bereich meistens unzufrieden mit der Hilfe, die sie leisten konnten, im ambulanten Bereich (Spitex) waren es etwas mehr als 13 Prozent (ebd., S. 78 und Tabelle 4.6, S. 77). Die markanten Unterschiede zwischen den beiden Sektoren, die sich in Bezug auf die subjektive Zufriedenheit des Personals mit seinen Leistungen zeigt, erklärt sich das Autorenteam mit der unterschiedlichen, auch gesellschaftlich bedingten Wahrnehmung der Bereiche: Im stationären Sektor ist das Personal seiner Wahrnehmung nach zuständig für eine individuell ausgerichtete Pflege und

umfassende Betreuung. Dem ambulanten Sektor in Deutschland wird hingegen ähnlich wie in der Schweiz eine eher ergänzende Rolle zugesprochen (vgl. z. B. Höpflinger & Hugentobler, 2005). Die umfassende Unterstützung wird hier – so die implizite Erwartung der Befragten in Schweden und Deutschland – durch die Familie und nicht das Betreuungs- und Pflegepersonal geleistet (Theobald et al., 2013, S. 79).

In der SHURP-Untersuchung zeigte sich, dass Teile des Personals bedingt durch die fehlenden Personalressourcen und den hohen Arbeitsanfall, den Ein- druck hatten, «dass nicht alles gut gemacht werden konnte» (Zúñiga et al., 2013, S. 28). Diese Konfliktsituation stellte gleichzeitig den grössten Stressfaktor für das Personal dar (ebd.). Personalmangel und fehlende Zeit waren auch in einer 2015 durch die Gewerkschaft Unia durchgeführten Umfrage bei Auszubilden- den der Pflege die Hauptgründe, weshalb sie nicht nach ihren Wünschen und Vorstellungen einer guten Pflege und Betreuung arbeiten konnten. Auch unter Berücksichtigung der erheblichen methodischen Mängel der Studie<sup>23</sup> ist es den- noch aufschlussreich, dass gerade die angehenden «Pflegefachpersonen HF» mit 63 Prozent angaben, aufgrund des Personal mangels (28%), fehlender Zeit (20%) oder einer Kombination von beidem (12%), nicht nach ihren Vorstellungen pfle- gen zu können (Unia, 2015, S. 8). Die Erklärung der Studienleitung zu diesem Ergebnis ist durchaus schlüssig: Die HF-Lernenden verfügen von den Teilneh- menden über das grösste Fachwissen und haben eine entsprechend umfassende Vorstellung davon, wie eine gute, professionelle Betreuung und Pflege sein sollten.

Neben diesen Motivations- und stressbedingten Gesundheitsproblemen des Personals bringen Zeitmangel und hohe Arbeitsbelastung auch Konsequen- zen für die Betreuten selbst mit. In der SHURP-Studie gaben ca. 74 Prozent der Befragten an, dass sie sich als Bewohner und Bewohnerinnen des Heims sicher und gut betreut fühlen würden (Zúñiga et al., 2013, S. 29). Sie sagten aber gleich- zeitig auch, dass sie wegen Zeit mangels oder Arbeitsüberlastung in den letzten sieben Tagen gewisse «Aktivitäten des täglichen Lebens»<sup>24</sup> nicht oder nur teilweise durchgeführt hatten (ebd., S. 31): Über 14 Prozent beschränkten die Ganz- oder Teilwäsche und/oder die Hautpflege gefolgt von der Zahnpflege (12.7%). Über 6 Prozent meinten, dass sie den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Schwierig- keiten bei der Nahrungsaufnahme hatten, manchmal oder häufig nicht die not- wendige Hilfe zukommen lassen konnten. Mit fast 22 Prozent deutlich höher lag der Prozentsatz des Pflege- und Betreuungspersonals, das bei der Befragung angab, den Bewohnerinnen und Bewohnern aus Zeitgründen emotional nicht beistehen zu können (ebd.). Zu den Rationierungsmassnahmen gehörten auch

---

23 Die Umfrage beruht auf einem Fragebogen, den 1'084 Lernende aus Deutschschweizer Kan- tonen ausfüllten. Auf die Frage «Kannst du deine Arbeit entsprechend deiner Vorstellungen verrichten? Wenn nein, warum?» waren abgesehen von «ja» oder «andere» nur folgende Antwor- ten möglich: a) «zu wenig Selbstkompetenz», b) «zu wenig Zeit», c) «Personalmangel» oder eine Kombination von a) bis c). Die Antwortkategorien legten also bereits vordefiniert ein insgesamt starkes Gewicht auf die Faktoren Zeit- und Personal mangel.

24 Entspricht im weitesten Sinne grundpflegerischen Tätigkeiten.

freiheitseinschränkende Massnahmen (z. B. Bettgitter, Fixation) oder der Einsatz von beruhigenden Medikamenten z. B. bei verwirrten Betagten (Zúñiga et al., 2013, S. 21 und 41). Zwischen 17 und 29 Prozent des befragten Personals weisen ausserdem darauf, dass es aus Zeitmangel oder Arbeitsüberlastung zu Einschränkungen bei sozio-kulturellen Aktivitäten kommt (ebd., S. 41). Damit wird ein Bereich limitiert, der erheblich zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in einem Alters- und Pflegeheim beiträgt, wie z. B. ein Obsan-Bericht von 2012 (Zimmermann-Sloutski et al., 2012, S. 24; vgl. Zúñiga et al., 2013, S. 41) für die stationäre Langzeitpflege- und Betreuung zeigt. Für die Bewertung der Zahlen ist allerdings der Hinweis wichtig, dass in verschiedenen Alters- und Pflegeheimen mittlerweile eigene Abteilungseinheiten mit spezialisierten Fachpersonen wie z. B. «Aktivierungsfachfrauen und -männer HF» (vgl. Abb. 14) für die Aktivierung und Alltagsgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner zuständig sind und nicht das Pflege- und Betreuungspersonal (Zúñiga et al., 2013, S. 32). Trotzdem ist bemerkenswert, dass im Sinne einer Triage innerhalb der engen zeitlichen Rahmenbedingungen gerade die sozialen und kulturellen Betreuungsarbeiten gekürzt oder ganz aufgehoben werden, um Zeit für grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten zu schaffen.

Zu ähnlichen Schlüssen kommt auch die RN4CAST-Studie (Schwendimann et al., 2014): Die Untersuchung belegt für die Schweizer Spitäler eine allgemein hohe Patientenzufriedenheit und gute Pflegequalität. Es wurde jedoch auch deutlich, dass in der Schweiz ähnlich wie in anderen europäischen Akutspitälern (ebd., S. 3) aufgrund des Zeit- und Spardrucks am ehesten Gespräche mit Patientinnen und Patienten oder das praktische Anleiten der Angehörigen und Patienten ebenso wie die Dokumentation oder Pflegeplanung ausgelassen werden. Behandlungspflegerische und vorbeugende Massnahmen wie das pünktliche Verabreichen von Medikamenten oder das Umlagern von Patientinnen zur Dekubitusprophylaxe<sup>25</sup> werden hingegen weniger oft weggelassen (vgl. ähnlich auch Schubert et al., 2013).

Als weiteres Phänomen zeigen andere Studien, dass bei tieferer Ausbildungsstufe die Wahrscheinlichkeit steigt, Kompetenzüberschreitungen zu begehen. In der oben erwähnten Umfrage der Unia bei den Auszubildenden der Pflege nannten 40 Prozent der FaBes/FaGes und 48 Prozent der AGSs das Problem der Kompetenzüberschreitung. Bei den Pflegenden auf HF-Stufe waren es 36 Prozent. Gemäss Studie scheint es vor allem in der Langzeitpflege (43% der Befragten) und der Spitex (44% der befragten Lernenden) eine Tendenz zu geben, dass Lernende Arbeiten verrichten, die über ihrem Kompetenzbereich liegen (Unia, 2015, S. 13). Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch die bereits erwähnte Untersuchung der Berner Fachhochschule (Hahn et al., 2013a), die im Auftrag der Schweizerischen Interessengemeinschaft der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer eine Umfrage bei über 1'500 PHs-SRK durchgeführt hat: Dort werden beim befragten Pflegehilfspersonal vor allem bei der Verabreichung von Medikamenten

---

25 Massnahmen gegen Wundliegen, z. B. durch Umlagerung von bettlägerigen Patienten.

sowie der Anwendung von Prophylaxen Kompetenzüberschreitungen festgestellt (ebd., S. 36).

In der NEXT-Studie wird neben der Kompetenzüberschreitung auch das Phänomen der Kompetenz*unterschreitung* als belastender Faktor genannt (Simon et al., 2005, S. 40). Auch in der SHRUP-Studie schätzen 9.2 Prozent der Befragten die Schwierigkeit, «nicht alle Fähigkeiten bei der Arbeit anwenden zu können» (Zúñiga et al., 2013, S. 28), als wesentlichen Stressfaktor ein. Das fehlende Zugeständnis an Kompetenzen werteten sie offenbar als mangelnde Anerkennung ihrer Arbeit. Kompetenz*unterschreitungen* können also ähnlich wie der Einsatz für Arbeiten, die über dem Qualifikationsniveau der Betroffenen liegen, zur Belastung führen.

### *Physische und psychische Belastung, unregelmässige Arbeitszeiten, fehlende Anerkennung*

Neben den geschilderten Belastungen, ausgelöst durch einen insgesamt hohen Grad an Fremdbestimmung, Personalmangel, enge Zeitvorgaben und der Diskrepanz zwischen der Arbeitsrealität und dem Qualitätsanspruch an eine gute Betreuung, können Pflege- und Betreuungsarbeiten auch aus einer Vielzahl weiterer Gründe physisch und psychisch ermüdend bis belastend sein und zu eigentlichen Erschöpfungsgefühlen führen (z. B. Addor et al., 2016, S. 4; Curaviva Schweiz, 2010b; Zúñiga et al., 2013, S. 28, 33 und 35): Die Arbeit ist beispielsweise körperlich anstrengend oder kann zu psychischen Belastungen führen, z. B. durch Mobbing, aggressive Bewohnerinnen und Bewohner oder sexuelle Belästigungen. Aber auch Gerüche, beispielsweise von Inkontinenzeinlagen, können manche Pflegenden irgendwann nicht mehr ertragen: die «Ausscheidungen, das Stöhnen, das Klagen, «und immer wieder dieselben Fragen» (Curaviva Schweiz, 2010b, S. 27), wie es eine Pflegerin schildert, die seit vielen Jahren in der Langzeitpflege arbeitet und an sich mit ihrer Arbeitsstelle, den Vorgesetzten und dem gesamten Team sehr zufrieden ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass gerade die Nähe und Intimität, die durch die notwendige Beziehungsarbeit (Betreuung I, vgl. Abb.15), vor allem aber auch durch die Unterstützung im täglichen Leben, insbesondere der Körperpflege, entsteht, ihrerseits zu einer Belastung und letztlich zu einem Grund werden kann, den Beruf aufzugeben: «Man ist den Menschen so nahe. Ich ertrage diese Nähe nicht mehr. Ich mag nicht mehr so viel alte Haut sehen. Ich möchte mehr Lebendigkeit um mich herum» (ebd.), beschreibt die Pflegerin ihren Entschluss, sich nach einer Weiterbildung umzusehen. Sie will zwar im Gesundheitsbereich bleiben, aber eine beratende Tätigkeit ausüben «weit weg von Urin, Stuhl und Gerüchen» (ebd., S. 27).

Immer wieder werden auch die Arbeitszeiten als problematischer Faktor thematisiert, dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Langzeitpflege sowohl im stationären Bereich als auch in der Spitex so genannte «geteilte Dienste», also Einsätze bis mittags und – nach einer längeren Mittagspause – am Abend, immer noch häufig sind. So kompatibel die Pflege- und Betreuungsarbeiten auf-

grund der vielen Teilzeitstellen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sein mögen, stellen Schichtarbeiten, Wochenendeinsätze und Abend- beziehungsweise Nachtdienste diese Vereinbarkeit letztlich wieder in Frage. Die unregelmässigen Dienstzeiten können insbesondere auch zu gesundheitlichen Belastungen führen, wie die oben bereits mehrfach zitierte Pflegerin zeigt: «Frühmorgens arbeiten, eine lange Pause, danach nochmals arbeiten bis nach 21 Uhr abends, am nächsten Tag wieder zeitig auf der Matte stehen. «Ich schlafe zu wenig und ernähre mich schlecht» (Curaviva Schweiz, 2010b, S. 26; zu den Arbeitszeiten z. B. auch Addor et al., 2016, S. 4; Zúñiga et al., 2013, S. 30).

Wie bereits festgestellt wurde, hängt die Zufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals nicht zuletzt massgeblich vom «Betriebsklima» (Becker et al., 2013, S. 37) und einer «Kultur der Wertschätzung» (Curaviva, 2013b, S. 11) ab. Die Anerkennung kann dabei direkt geäussert werden, beispielsweise in Form von positiven Rückmeldungen durch Angehörige, die betreuten Personen, Teamkolleginnen und -kollegen oder Vorgesetzte. Aber auch indirekte Formen der Bestätigung, «die Sorge zum Team», wie sich eine Leiterin im Bereich Hauswirtschaft eines Seniorenzentrums in einem Gespräch ausdrückte, z. B. durch angenehme Arbeitsbedingungen, die Berücksichtigung von Personalwünschen, Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten oder das Einhalten von Arbeitszeiten sind entscheidend (Becker et al., 2013; Curaviva, 2013b; QualisEvaluation, 2011). In diesem Zusammenhang bedeutsam sind die Resultate der SHRUP-Untersuchung, die zeigen, dass nicht nur fehlende positive Rückmeldungen, sondern auch ein ungenügender Lohn als Zeichen mangelnder Anerkennung der Arbeit gewertet und als Stressfaktor wahrgenommen wird (Zúñiga et al., 2013, S. 28). Aus der Studie «Nurses at Work» geht hervor, dass nur 51 Prozent der Befragten, die noch im Gesundheitsbereich arbeiten, mit ihrem Lohn zufrieden sind. Im Gegensatz dazu äusserten sich 62 Prozent der Personen, die den Pflegeberuf aufgegeben haben und in einem neuen Arbeitsgebiet tätig sind, mit ihrem aktuellen Lohn zufrieden (Addor et al., 2016, S. 4). Die hohe Bedeutung von attraktiven Arbeitsbedingungen in Form von Lohn, Sozialleistungen und Arbeitsplatzsicherheit bestätigt sich auch in der Studie zu den «Bedingungen und Einflussfaktoren für einen attraktiven Arbeitsplatz in Institutionen der Langzeitpflege» (QualisEvaluation, 2011, S. 6f.). Auch wenn sich diese Untersuchung sowohl auf Pflege- und Betreuungspersonal als auch Angestellte aus anderen Arbeitsbereichen der Langzeitpflege bezieht, ist das Resultat für die Pflege und Betreuung dennoch bemerkenswert. Es zeigt, dass die Attraktivität eines Berufes, der massgeblich mit intrinsischen Motivationsfaktoren, einer hohen professionellen Bindung, persönlichen Identifikation und nicht zuletzt einer altruistischen Grundhaltung in Verbindung gebracht wird, in erheblichem Mass durch extrinsische Einflüsse geprägt wird: attraktive Arbeitszeiten, ausreichende Erholungsmöglichkeiten, einen angemessenen Lohn, Weiterbildungsangebote sowie die Wertschätzung und Anerkennung u. a. durch Mitarbeitende, Arbeitgeber, und Vorgesetzte (vgl. auch Becker et al., 2013; Curaviva, 2013b).

## **Zwischenfazit: Betreuungs- und Pflegepersonal im stationären Arbeitsalltag**

Die Ausführungen verweisen auf eine Arbeitssituation des Pflege- und Betreuungspersonals im stationären Bereich, die sich einerseits durch hohe Arbeitsmotivation, Identifikation mit der Arbeit sowie einer allgemein grossen Zufriedenheit mit dem Arbeitgeber auszeichnet. Und die andererseits geprägt ist durch multiple Belastungen, die diese an sich guten Arbeitsvoraussetzungen immer wieder grundlegend in Frage stellen. Entscheidend ist dabei die Dauerhaftigkeit der Faktoren: Die Belastung entsteht nicht, weil es kurzfristig zu Engpässen oder einem erhöhten Arbeitsanfall kommt, sondern weil Personalmangel, unregelmässige Arbeitszeiten, Teams, die sich immer wieder neu zusammensetzen, aber auch die psychischen Anforderungen an das Pflege- und Betreuungspersonal, letztlich kontinuierlicher Bestandteil der Arbeit sind.

In Bezug auf die hier interessierende «Betreuung» ist insbesondere festzuhalten, dass die Diskrepanz zwischen der an sich zur Pflege- und Betreuungsarbeit gehörenden individuellen Unterstützung und der hohen Fremdbestimmung nicht nur die Beziehungsarbeit begrenzt, die für die Qualität der Betreuung notwendig ist. Mit der Limitierung dieser grundlegenden Betreuungsform (Betreuung I, vgl. Abb. 15) wird auch das Qualitätsverständnis einer «guten» Pflege und Betreuung in Frage gestellt. Wie aus den Studien ersichtlich geworden ist, ist das subjektive Gefühl, den betreuten Menschen durch die Arbeit tatsächlich zu helfen, massgeblicher Grund für die Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals. Kann der Anspruch, die Betreuungs- und Pflegearbeiten gut durchgeführt und dadurch adäquate Hilfe geleistet zu haben, nicht eingelöst werden, fehlt entsprechend ein entscheidender Faktor, um sich mit dem Beruf zu identifizieren.

### **3.3.3 Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals in Privathaushaltungen**

Die mobilen Pflege- und Betreuungseinrichtungen erbringen neben den stationären und ambulanten Institutionen grundlegende Leistungen in der Pflege und Betreuung von älteren Menschen (vgl. Kapitel 1 und 2). In erster Linie sind hier die öffentlich-gemeinnützigen Spitex-Organisationen (auch Non-Profit-Spitex genannt; Reck, 2015; S. 40), sowie die privatwirtschaftlich organisierten, gewinnorientierten Spitex-Anbieter zu nennen (vgl. im Detail Kapitel 2). Beide Spitexformen stehen in den nachfolgenden Kapiteln im Mittelpunkt. Darüber hinaus ist eine wachsende Anzahl an freischaffenden Pflege- und Betreuungspersonen zu verzeichnen, die in Privathaushaltungen angestellt sind (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2015, S. 15 ff.; Ringger, 2012) oder als so genannte Live-Ins und Care-Migrantinnen (Ringger, 2012, S. 19) für einige Zeit im Haushalt der betreuten Personen leben. Auf sie wird vergleichsweise kurz in einem abschliessenden Kapitel eingegangen.

## Betreuen und Pflegen in der öffentlichen und privaten Spitex

Im Vergleich zu den stationären Einrichtungen fällt auf, dass die Spitex insgesamt weit weniger stark im Fokus von Berichten und Untersuchungen steht. Vor allem die Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals sind selbst in nationalen Studien kaum Gegenstand von Untersuchungen. Auf gesamtschweizerischer Ebene hat Markus Reck (2015), Direktor der «Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land AG»<sup>26</sup>, erstmals ein Übersichtswerk über die Spitex in der Schweiz geschaffen. Im Vordergrund stehen hier vergleichende Zahlen und Fakten zur öffentlich-gemeinnützigen und privaten Spitex. Eine Untersuchung von Wächter et al. (2015) gibt eine Standortbestimmung zur Zukunft hauswirtschaftlicher Leistungen der Spitex in der Schweiz. Auch das Forschungsprojekt «Swiss-AgeCare-2010» (Perrig-Chiello et al., 2010) beschäftigt sich eher am Rande mit dem Betreuungs- und Pflegepersonal. Im Fokus stehen hier in erster Linie die Erwartungen, die die betreuten Personen und ihre Angehörigen gegenüber der Spitex haben. Angaben zu den Arbeitsbedingungen des Personals können so vor allem indirekt abgeleitet werden. Ähnlich wird auch in der Studie von Fluder et al. (2012) die Situation der unterstützungsbedürftigen Betagten beschrieben und nicht der Arbeitsalltag des Spitex-Personals.

Untersuchungen auf nationaler Ebene sind aufgrund der kantonal und gemeindespezifisch unterschiedlichen Regelungen und Organisationsformen der Spitex naturgemäss schwierig. Darüberhinaus verzeichnet die Spitex im Vergleich zu den stationären Einrichtungen weit weniger Personal, was zusätzlich zum bisher eher geringen Interesse an nationalen Überblicksstudien zur Situation der Angestellten in der Spitex beitragen dürfte: Gemäss neuesten Zahlen des Bundesamtes für Statistik (Bundesamt für Statistik, 2015d, S. 1) sind rund 43'500 Personen in der Spitex beschäftigt, was – bei einer Vollzeitäquivalenz von 18'782 – ca. 4.4 Prozent der Erwerbstätigen entspricht, die im schweizerischen Gesundheits- und Sozialwesen tätig sind.<sup>27</sup> Mit der privaten Spitex ist ausserdem ein noch junger Anbieter in den Gesundheitsmarkt eingetreten, sodass sich entsprechende Forschungsvorhaben erst entwickeln müssen. Ähnlich wie die Care-Migrantinnen, über die in jüngster Zeit verstärkt Publikationen entstanden sind (vgl. 3.3.2), dürften auch diese kommerziellen Anbieter, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsbedingungen des Personals und die Diskussion um öffentlich oder privat finanzierte Spitexleistungen in Zukunft vermehrt Gegenstand von Untersuchungen werden.

---

26 Die «Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land AG» in Bern ist die grösste private Spitex-Organisation der Schweiz. Reck ist ausserdem Vorstandsmitglied des Schweizer Verbands der privaten Spitex-Organisationen (ASPS) (Medienmitteilung, 2015).

27 Die Spitex-Statistik umfasst seit 2010 neben den öffentlich-gemeinnützigen auch die gewinnorientierten Spitexorganisationen (Bundesamt für Statistik, 2015d).

## *Arbeitszufriedenheit und -belastung*

Wie eine Studie des SpitexVerbandes Schweiz, dem Fachverband für die Non-Profit-Spitex, in einer öffentlich zugänglichen Zusammenfassung (SpitexVerband, 2015a) zeigt, scheinen auch die Mitarbeitenden der Spitexbetriebe ähnlich wie das Pflege- und Betreuungspersonal in den stationären Einrichtungen mit ihrer Arbeit mehrheitlich zufrieden zu sein. Die Arbeit wird gemäss dieser Übersicht als «sinnvoll» (ebd.) und «befriedigend» (ebd.) erlebt. Ähnlich positiv äussert sich das Personal auch in Bezug auf die interne Teamarbeit sowie die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, den Sozialdienststellen oder den Spitälern.

Diese allgemein positive Einschätzung, die derjenigen in den stationären Einrichtungen ähnlich ist, wird durch organisationsspezifische Merkmale ergänzt. So wird betont, dass in der Spitex im Kontrast zu den Alters- und Pflegeheimen oder sonstigen Institutionen die «Entwicklung der betreuten Klientinnen und Klienten (...) oft über längere Zeit verfolgt werden [kann]» (ebd.), sodass Beziehungen aufgebaut werden können. Hervorgehoben wird vor allem auch, dass die Zeit bei den Klientinnen und Klienten exklusiv ihnen gehört, da es im Gegensatz zum stationären Bereich nicht ständig Unterbrüche gebe.

Auch Schwaller (2013, S. 20f.) betont in ihrer Arbeit über die öffentliche Spitex, dass es gerade die «Intensität der persönlichen Beziehungen» (S. 20) zu den Klientinnen und Klienten ist, die vom Spitex-Personal als besonders bereichernd wahrgenommen wird. Die Wünsche und Bedürfnisse können viel umfassender erkannt und in die Betreuungsarbeit einbezogen werden, als dies im stationären Umfeld möglich ist. Zentral für diesen Unterschied ist, dass die Betreuung in der Wohnung der Klientel stattfindet und nicht im als anonymisiert und institutionalisiert wahrgenommenen Umfeld eines Spitals oder Pflegeheims. In der Wohnung trifft das Personal – so die Studie – auf Familienangehörige, aber auch auf Alltagsgegenstände, Fotos und Möbel und wird so «automatisch mit sehr persönlichen Ereignissen und Informationen konfrontiert» (ebd., S. 20). Diese Hinweise stehen unter Umständen ausserhalb des eigentlichen Arbeitsauftrages, fliessen aber doch zumindest indirekt in die Betreuungssituation ein und können diese möglicherweise verbessern. Die Intensität der Beziehungen wird zusätzlich erhöht, weil die Betreuung der Spitex oft über Jahre stattfindet (ebd., S. 22). Bemerkenswert für das vorliegende dritte Kapitel ist der Hinweis von Schwaller (ebd., S. 28), dass es gerade im hauswirtschaftlichen Bereich zu engen zwischenmenschlichen Kontakten zwischen Personal und Klientinnen beziehungsweise Klienten kommen kann. Hausarbeiten dauern oft länger als die Arbeiten des diplomierten Personals, das oft nur für relativ kurze behandlungspflegerische Tätigkeiten anwesend ist (vgl. auch Wächter et al. 2015).

Auch die Selbstständigkeit der Arbeit und das breite medizinische Spektrum werden als bereichernd erlebt. Ebenso werden die Mobilität, das Draussen sein und die Bewegung als positive Merkmale des Arbeitsalltags eingeschätzt (SpitexVerband, 2015a). Ein ähnliches Bild ergibt sich auch aus der Studie von Schwaller (2013, S. 34): die Vielseitigkeit an Krankheitsbildern und Lebenssitua-

tionen, eine grosse Abwechslung und hohe Selbstständigkeit, die Verantwortung, die für getroffene Entscheidungen getragen werden muss, sind prägend für den Arbeitsalltag des Personals und machen die Spitex gemäss der Befragten zu einem attraktiven Arbeitsplatz (ebd.).

Die erforderliche körperliche Arbeit und hohe Mobilität, ebenso wie die zu leistende Beziehungsarbeit können aber auch zum Auslöser von eigentlichen Belastungssituationen werden (Schwaller, 2013, S. 36). Das Betreuungspersonal ist gefordert, immer freundlich zu sein und sich immer wieder auf neue individuelle Situationen einzulassen. Wie Schwaller (ebd.) schreibt, besuchen die Spitex-Mitarbeitenden unter Umständen bis zu 15 Klientinnen und Klienten pro Tag, deren persönlichen Zustand sie jeweils innerhalb kurzer Zeit erfassen müssen. Auch die Einbindung der Angehörigen (Ringger, 2012, S. 26) und die Berücksichtigung der bestehenden familialen Betreuungsarrangements (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 66) ist zeitintensiv und bringt für das Personal spezifische Herausforderungen mit: «Speziell bei einer stark verpflichtungsorientierten Familienpflege wird professionelle Pflege unter Umständen als unerwünschte Konkurrenz interpretiert», wie Höpflinger und Hugentobler (ebd.) ausführen.

Als klar negativ beurteilt werden gemäss der bereits zitierten Studie des Spitex-Verbandes Schweiz (2015a, S. 1) die «Unvorhersehbarkeit der Arbeitszeit» sowie die «knappen Zeitvorgaben». Eine Belastung stellt auch der hohe administrative Aufwand dar (ebd.). Insbesondere die Möglichkeit, kassenpflichtige Leistungen direkt mit den Versicherungen abzurechnen, bringt für die Spitex einen erheblichen personellen Mehraufwand mit sich (Spitex Magazin, 2016b, S. 7). Bereits in mittelgrossen Spitex-Betrieben scheint der Verkehr mit den Krankenkassen «fast zum Fulltime-Job» (ebd.) geworden zu sein, da man gleichzeitig mit mehreren Kassen abrechnet und dabei mit unterschiedlichen Ansprechpersonen zu tun hat. In einigen Spitex-Organisationen führte dies schliesslich dazu, dass eine administrative Care-Managerin eingestellt wurde (ebd.).

Als sehr anspruchsvoll werden in diesem Zusammenhang der Einsatz von branchenspezifischen Softwarelösungen beurteilt (Spitex Magazin, 2016b, S. 7). Die diesbezüglichen Ausführungen der Spitex verweisen auf die knappen Zeiteresourcen, die dem Personal bei den Klienten zur Verfügung stehen und letztlich ähnlich wie bei den stationären Angestellten die erforderliche Beziehungsarbeit in Frage stellt: Die Zeit- und Leistungserfassung muss – so die Ausführungen im Spitex Magazin (ebd.) – vor Ort geschehen, damit die Protokollübertragung nicht nach Ende der Arbeitszeit erfolgen muss. Die Leistungserfassungen finden entsprechend noch bei den Klientinnen oder auf dem Weg zu ihnen statt.

Ähnlich wie für den stationären Bereich wird vor diesem Hintergrund auch bei der öffentlichen Spitex das «Minütele» – die vordefinierten und mit Normzeiten versehenen Arbeitseinheiten, die es einzuhalten gilt – als eines der zentralen Probleme angesehen (Ringger, 2012, S. 17). Die Spitex-Angestellten arbeiten in einem Privathaushalt und müssen mit den betreuten Personen und ihren Angehörigen in noch stärkerem Masse kommunizieren und sich mit ihnen arrangieren, als dies im stationären Bereich der Fall ist (Höpflinger & Hugentob-

ler, 2005, S. 66; Ringger, 2012, S. 17). Durch Leistungsstandards, die selbst für hauswirtschaftliche Tätigkeiten definiert sind, wird diese interaktive Ebene und Beziehungsarbeit ähnlich wie in stationären Einrichtungen in Frage gestellt. Diese «Taylorisierung der Spitex» (Ringger, 2012, S. 17) ist gemäss VPOD einer der Hauptgründe für die Zunahme des freischaffenden Pflege- und Betreuungspersonals (ebd., S. 18; vgl. ebd., S. 9f.). Von den 18'782 Stellen in Vollzeitäquivalenz leisten gemäss BFS (2015d) 2 Prozent als freischaffende Pflegefachpersonen Spitex-Dienste. Seit 2013 sind sie im Fachverband «Curacasa» des Schweizerischen Berufsverbands der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) organisiert (Curacasa Schweiz, o.J.; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, o.J.). Sie treten über den SBK einem so genannten «Administrativ-Vertrag» bei und können so Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, o.J.).

Die Untersuchung «SwissAgeCare-2010» (Perrig-Chiello et al., 2010, S. 61 und S. 107) zeigt, dass für 61 Prozent der befragten Spitex-Kundinnen und Kunden «die Konstanz der Spitex-Mitarbeiterin ein wichtiges bis sehr wichtiges Kriterium» (ebd., S. 61) ist, das aber nur nach Meinung von 38 Prozent der Studienteilnehmenden erfüllt wird. Auch der Bericht des VPOD (Ringger, 2012, S. 17) stellt fest, dass die Spitex seitens der Angehörigen und der betreuten Personen in Kritik gerät, «weil das Personal häufig wechsle und kaum Zeit für Zwischenmenschliches bleib[t]». Ebenso hält der Obsan-Bericht von 2013 zur Situation der Care-Migration in der Schweiz fest, dass Angehörige «eine individuelle Betreuung und persönliche Zuwendung» (van Holten et al., 2013, S. 6 und 26) für die betreuungsbedürftige Person wünschten. Darüberhinaus waren Sicherheit und Stabilität in der Versorgung zentrale Bedürfnisse der Angehörigen, die möglichst rund um die Uhr gewährleistet sein müssen (ebd., S. 27). Da die privaten Spitexorganisationen zwar solche individuellen Dienste leisten, aber für die Angehörigen langfristig zu teuer sind, engagieren viele Angehörige die sehr viel kostengünstigeren Migrantinnen und Migranten, die als Live-Ins eine 24h-Betreuung sicherstellen (ebd., S. 29; Ringger, 2012, S. 19).

Inwiefern das Argument, dass private Spitexbetriebe diese sich abzeichnende Lücke der umfassenden und aus einer Hand erfolgten Betreuung tatsächlich zu schliessen vermögen, kann mangels fundierter Untersuchungen nicht beurteilt werden. Susy Greuter weist in ihrem Artikel über «Care-Arbeiterinnen in den ambulanten Pflegediensten» (2013, S. 152) zu Recht darauf hin, dass die postulierte Beziehungsbasis, die die privaten Spitexbetriebe als Unterscheidungsmerkmal gegenüber den öffentlichen Organisationen hervorheben, vor allem «in der Werbung in den Vordergrund gerückt wird» (ebd.). Insbesondere sagt dieser Fokus auf die Beziehungsgestaltung und die persönliche Betreuung nichts darüber aus, inwiefern sich die Arbeitsbedingungen in den kommerziellen Spitexdiensten für das Pflege- und Betreuungspersonal besser gestalten, weil die Angestellten dort laut Werbung jenen Beziehungsaspekt in die Arbeit einbringen können, den sie als Grundlage für ihre Tätigkeiten in der Pflege und Betreuung ansehen (Betreuung I, vgl. Abb.15).

### *Unterbeschäftigung und das Problem sozialer Ungleichheit*

Ähnlich wie dies für die stationären Einrichtungen festgestellt worden ist, sind auch in der Spitex Teilzeitarbeitern vorherrschend. Auffallend ist dabei, dass das Personal im Mittel mit 43 Prozent einen noch geringeren Beschäftigungsgrad aufweist als in den stationären Institutionen (Bundesamt für Statistik 2015d, S. 2; vgl. ähnlich Lobsiger & Kägi, 2016, S. 17). Der VPOD (Ringger, 2012) weist in seinem Bericht darauf hin, dass der durchschnittliche Beschäftigungsgrad in der öffentlichen Spitex in den letzten 15 Jahren zwar gestiegen ist, aber mit 44.6 Prozent immer noch weit unter dem Beschäftigungsgrad in den Akutspitälern liegt, der im Mittel über 70 Prozent beträgt. Mit 32.4 Prozent noch einmal deutlich tiefer ist der Beschäftigungsgrad in der gewinnorientierten Spitex (ebd.).

Während man für den stationären Sektor eher davon ausgehen kann, dass dieser tiefe Beschäftigungsgrad gewollt ist, gibt es bei der öffentlichen Spitex zumindest Hinweise, dass es hier zu Unterbeschäftigungen kommen kann. Vollzeitstellen bedingen, dass auch am Nachmittag eine genügend hohe Auslastung der Mitarbeitenden vorhanden ist, was aufgrund der Arbeitsspitzen am Morgen und Abend oft nicht der Fall ist. Da gesetzlich zwischen Arbeitsende und dem Arbeitsbeginn am anderen Tag eine Pause von 11 Stunden vorgeschrieben ist – die, wenn nötig auf 8 Stunden verkürzt werden kann (Spitex Magazin, 2015b, S. 8) – müsste in einem Vollzeitpensum «am Stück» (ebd.) gearbeitet werden. Aus diesem Grund sind in der Spitex Vollzeitstellungen eher selten, selbst dann, wenn es eigentlich Personal gäbe, das ein höheres Pensum wünscht (ebd.). Wie Beispiele aus der Praxis zeigen, suchen vor allem jüngere Menschen mit einer FaGe-Ausbildung nach Vollzeitstellen. Einige Spitex-Betriebe versuchen deshalb, den Klientinnen und Klienten Nachmittagstermine «schmackhaft zu machen» (ebd., S. 9). Oder den Vollzeitkräften werden zusätzliche Aufgaben übertragen, wie z. B. im Qualitätsmanagement oder in der Berufsbildung.

Diese Zusatzaufgaben, für die ein entsprechendes Fachwissen gefordert ist, machen auf einen weiteren Punkt aufmerksam, der in der «SwissAgeCare»-Studie (Perrig-Chiello et al., 2010, S. 52) besonders deutlich wird: Das Personal in der Untersuchung, das Vollzeit beziehungsweise mit dem höchsten Anstellungsgrad arbeitet, hat einen höheren Bildungsabschluss als die Teilzeitbeschäftigten. Mitarbeitende ohne spezifische Ausbildung haben im Mittel den geringsten Anstellungsgrad (ebd.). Inwiefern der geringe Beschäftigungsgrad des weniger qualifizierten Personals gewollt ist oder möglicherweise – ähnlich wie bei den oben beispielhaft genannten FaGes – auf eine Unterbeschäftigung hinweist, kann nicht gesagt werden. Am Beispiel der FaGes deutet sich zumindest an, dass wenn Vollzeitstellen besetzt werden, eher gut ausgebildetes Personal Anstellungsmöglichkeiten findet, da hier die weniger arbeitsintensiven Nachmittagsstunden mit Managementaufgaben oder Ähnlichem gefüllt werden können.

Das Phänomen einer möglichen Unterbeschäftigung von Spitex-Mitarbeitenden mit geringen beruflichen Qualifikationen bekommt in Bezug auf die privaten Spitexorganisationen eine spezielle Brisanz. Ein Vergleich zwischen der

öffentlichen und privaten Spitex zeigt, dass 2013 von insgesamt 17'572 Mitarbeitenden in Spitexbetrieben 87 Prozent in der öffentlichen und 13 Prozent in der erwerbswirtschaftlichen, privaten Spitex tätig waren (Reck, 2015, S. 60, ebenso die weiteren Zahlen; vgl. auch Bundesamt für Statistik, 2015d, S. 1). Gegenüber 2011 bedeutet dies für die öffentlichen Betriebe eine Abnahme um 2 Prozent (2011: 89%), für die privaten Organisationen eine Zunahme um 2 Prozent (2011: 11%). Ebenfalls auffallend sind die Verschiebungen in den Ausbildungen: In der gemeinnützigen Spitex stieg die Zahl der Pflegenden mit Tertiärausbildung von 32.5 Prozent auf 33.1 Prozent. In der erwerbswirtschaftlichen Spitex sank sie hingegen von 27.1 Prozent auf 26.1 Prozent. Umgekehrt verringerte sich der Anteil des Assistenzpersonals (AGS, PH-SRK) in der öffentlichen Spitex von 37.1 Prozent 2011 auf 36.2 Prozent 2013. In den privaten Betrieben stieg er hingegen von 44.5 auf 45.5 Prozent. Die Anstellungen auf Sekundarstufe II (Fabe, FaGe) blieben sich mit jeweils rund 22.5 Prozent in der öffentlichen und erwerbswirtschaftlichen Spitex ungefähr gleich.

Die Verschiebungen beim Tertiär- und Assistenzpersonal sind geringfügig und Reck (2015, S. 61) führt zu Recht an, dass erst in den nächsten Jahren ersichtlich wird, ob sich in den Zahlen erste Tendenzen zeigen, dass im Privatsektor die Grundpflege übernommen wird und in der öffentlichen Spitex eine Spezialisierung stattfindet, für die vermehrt höher ausgebildetes Personal benötigt wird. Bereits heute zeigt sich gemäss Reck (2015, S. 186), dass die privaten Spitexorganisationen bei der Grundpflege weniger qualifiziertes Personal einsetzen als die öffentlichen Betriebe. Mit Verweis auf die von Ecoplan 2014 durchgeführte Studie «Analyse der Kostendifferenzen in der ambulanten Pflege» meint Reck (ebd.), dass die privaten Spitexorganisationen «den Gradmix<sup>28</sup> [optimieren], indem sie für die Grundversorgung in erster Linie dafür ausgebildetes Assistenzpersonal einsetzen und die Kosten auf diese Weise niedrig halten». Die öffentlichen Betriebe setzen hingegen «höher qualifiziertes Personal für die gleichen Tätigkeiten ein und müssen die dadurch höheren Kosten finanzieren» (ebd.).

Trotz der nur minimalen Verschiebungen sind die Zahlen von Reck (2015) dennoch bemerkenswert und zwar vor allem im Zusammenhang mit den ungleichen Arbeitsbedingungen in der öffentlichen und privaten Spitex: Die Anstellungsbedingungen der gemeinnützigen Spitex orientieren sich laut VPOD (Ringer, 2012, S. 20) hauptsächlich an denjenigen der öffentlichen Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Entsprechend sind Festanstellungen dort eher die Regel, während die privaten mit flexiblen Teilzeitanstellungsverträgen arbeiten, die für die Angestellten ein entsprechend unsicheres Monatseinkommen zur Folge haben.

Fehlende Untersuchungen zur Spitex und der noch junge und wenig übersichtliche Markt an privaten Spitex-Anbietern lassen bisher allerdings keine allgemeingültigen Aussagen über die konkreten Details der jeweiligen Anstellungsbedingungen zu. Ausserdem müssen der hohe Grad an Teilzeitbeschäftigungen in der öffentlichen und privaten Spitex und die in der privaten Spitex flexiblen

---

28 Gemeint ist die Zusammensetzung des Personals nach Ausbildungsstufen.

Anstellungsverhältnisse neben den skizzierten Problembereichen auch unter dem Aspekt des Arguments attraktiver Arbeitszeitmodelle betrachtet werden, das in der Diskussion um fehlende Fachkräfte immer wieder aufgeführt wird (Flügel, 2013, S. 126 f.; Reck, 2015, S. 187 f.; Strahm, 2014): die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Rekrutierung von Wiedereinsteigerinnen nach einer Familienphase oder die niederschweligen Einstiegsmöglichkeiten für Personen ohne formale Bildungsabschlüsse.

Die Anstellungsbedingungen verweisen aber trotz möglicher positiver Merkmale auch auf Phänomene sozialer Ungleichheit. Sollte sich der von Reck (2015, S. 60 f.) beschriebene Verlauf verstärken, ergeben sich mögliche Unterbeschäftigungen und prekäre Arbeitsverhältnisse vor allem bei den wenig qualifizierten Pflege- und Betreuungsberufen, also vor allem beim Assistenzpersonal wie AGS oder PH-SRK oder Personen, die lediglich eine Spitex-interne Einführung in die Betreuungsarbeit erhalten (vgl. Kapitel 3.2.3). Diese Entwicklung würde sich als besonders gravierend erweisen, da laut VPOD (Ringger, 2012, S. 8) 40 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals bei der Spitex über keinen formellen Berufsabschluss verfügen.

Auf Vollzeitstellen hochgerechnet sind bisher mit 86.3 Prozent zu 13.4 Prozent zwar deutlich mehr Angestellte ohne Berufsabschluss bei der öffentlichen Spitex als bei privaten Spitexbetrieben beschäftigt (Ringger, 2012, S. 9). Ein grösserer Teil des weniger qualifizierten Spitexpersonals dürfte derzeit also in Festanstellungen arbeiten. Dies könnte sich jedoch in Zukunft ändern. So zeichnet sich beispielsweise ab, dass die privaten Spitexorganisationen Leistungsaufträge der öffentlichen Hand erhalten (ebd.; 2012, S. 13). Zudem diskutiert das SECO gemäss VPOD (ebd., S. 23), ob Organisationen, die Dienstleistungen in der Hauswirtschaft und Betreuung anbieten – darunter würde auch die öffentliche Spitex fallen – dem Personalverleih zuzuordnen seien. Damit würden die Klientinnen und Klienten der Spitex Arbeitgeberfunktionen mit entsprechenden Weisungsbefugnissen erhalten (ebd.). Des Weiteren sehen sich die gemeinnützigen Spitexorganisationen verstärkt unter Druck, ihre Angebote – und damit unter Umständen auch ihre bisherigen Anstellungsbedingungen – zu ändern, wie eine Äusserung von Vera Nold, Direktorin von Santésuisse, dem Branchenverband der Schweizer Krankenversicherer, vermuten lässt: «Ich rechne fest damit, dass die Nachfrage nach Leistungen, die ausserhalb des heutigen Angebotes liegen, stark zunehmen wird. Was früher als Luxus galt, z. B. die Begleitung an einen Anlass, wird zu einer normalen Serviceleistung. Die NonProfitSpitex sieht sich in diesem Bereich einer erstarkenden Konkurrenz von flexibel agierenden privaten Anbietern ausgesetzt. Die NonProfitSpitex wird sich deshalb organisieren müssen, dass sie gut nachgefragte kommerzielle Dienstleistungen auch anbieten kann» (Spitex Magazin, 2015b, S. 36).

Aufgrund der vorliegenden Studien und Berichte kann im Hinblick auf die Anstellungsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals in der Spitex derzeit nicht von eindeutigen Trends gesprochen werden. Es wird aber deutlich, dass sich hier neben der Frage, wie die Betreuung von Betagten zukünftig gesi-

chert werden soll, auch die gesellschaftspolitisch ebenso relevante Frage stellt, zu welchen Konditionen das Personal diese Betreuung ausüben muss und auszuüben bereit ist.

### Betreuen und Pflegen als Care Migrant/in

Die steigende Zahl betagter Menschen in der Schweiz, der gesundheitspolitische Trend zur ambulanten Versorgung sowie das Bedürfnis vieler älterer Menschen, möglichst lange zu Hause leben zu können, haben auch in der Schweiz zu einem Mehrbedarf an Betreuungsarbeit in Privathaushaltungen geführt. Da Angehörige, Nachbarn oder Bekannte nur beschränkt Möglichkeiten haben, eine entsprechende Betreuung zu Hause zu leisten und nur beschränkt öffentliche Angebote zur Verfügung stehen (vgl. Kapitel 1 und 2), wird die Lücke vermehrt durch Dienstleistungen von zumeist weiblichen Care-Arbeiterinnen geschlossen, die als Pendelmigrantinnen für wenige Wochen Betreuungsarbeiten in einem Privathaushalt der Schweiz leisten und anschliessend wieder in ihre Heimatländer zurückkehren (Flügel, 2013; Heinzmann, 2014; van Holten et al., 2013; Schilliger, 2013a und 2013b; Truong et al. 2012, Wigger et al. 2013). Die Betreuungsarbeiten der Care-Migrantinnen beinhalten hauptsächlich Haushaltsführung und einfache pflegerische Arbeiten, wie beispielsweise die Körperpflege. Entscheidend ist auch die emotionale und soziale Unterstützung der betreuten Menschen, z. B. durch gemeinsames Essen, die Gestaltung des Zusammenlebens, Kommunikation «und schlicht präsent sein» (Schilliger, 2013a, S. 151). Die bereits in Kapitel 2 ausführlich zitierte Untersuchung des Obsan (van Holten et al., 2013, S. 7) zur Care-Migration in der Schweiz verweist zu Recht darauf, dass «beim Thema Care-Migration die strukturellen Unzulänglichkeiten der hiesigen häuslichen Gesundheitsversorgung bei dauerhafter Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wie in einem Brennglas zu Tage [treten].»

Wie die Obsan-Studie zeigt, gibt es für die betroffenen Haushalte eine Reihe von Gründen, eine Care-Migrantin anzustellen (alle Angaben van Holten et al., 2013, S. 6):

- › Wunsch der betreuten Person in der eigenen Wohnung zu bleiben;
- › Sicherheit durch eine Betreuung zu Hause;
- › Personell konstante Betreuung und Zuwendung;
- › Lebensqualität durch ein Gefühl von «Freiheit, Individualität und Autonomie» (ebd.);
- › Finanzierbarkeit und zeitlich unlimitierte Betreuung im Gegensatz zu anderen Betreuungsangeboten;
- › Vorrang einer Betreuung zu Hause gegenüber einer «tendenziell negativ wahrgenommenen institutionellen Pflege im Pflegeheim» (ebd.).

Bei den Migrantinnen und Migranten handelt es sich zu einem grossen Teil um Frauen und Männer aus Mittel- und Osteuropa (van Holten et al., 2013, S. 6). Ihre Anstellungen erfolgen über Personalverleih- und Vermittlungsfirmen, die

laut VPOD (Ringger, 2012, S. 19) im Steigen begriffen sind.<sup>29</sup> Oder die Care-Arbeiterinnen werden direkt über die Privathaushaltungen angestellt (van Holten et al., 2013, S. 6). Da sie statistisch kaum fassbar sind (ebd., S. 8) und auch in bestehenden Datenbanken des damaligen Bundesamtes für Migration (heute Staatssekretariat für Migration SEM) nicht als Care-Migrantinnen identifiziert werden können (ebd., S. 20), bestehen nur grobe Schätzungen über die Zahl der transnationalen Care-Arrangements in der Schweiz (vgl. hierzu auch Kapitel 2).

Bisherige Studien verweisen vor allem auf die oft sehr prekären Arbeitsbedingungen der Care-Arbeiterinnen und -Arbeiter. Hauptproblem ihrer Arbeitssituation ist der grösstenteils nicht regulierte Arbeitsmarkt für privat geleistete Betreuungsarbeiten. Zwar existiert seit 2011 ein nationaler Normalarbeitsvertrag (NAV) für die Hauswirtschaft (Staatssekretariat für Wirtschaft, 2014; Schilliger, 2013a, S. 154). In ihm ist der Mindestlohn für Angestellte ohne entsprechende Ausbildungs- und Berufsqualifikationen auf 18.55 Franken (Staatssekretariat für Wirtschaft, 2014) festgelegt. Ungelernte Angestellte mit vierjähriger Berufserfahrung in Hauswirtschaft sowie Hausangestellte, die ein EBA absolviert haben, erhalten einen Stundenlohn von 20.35 Franken (ebd.)<sup>30</sup>. Zusätzlich können pro Tag bis zu 33 Franken für Kost und Logis abgezogen werden (van Holten et al., 2013; S. 19; Schilliger, 2013a, S. 154). Nicht geregelt sind jedoch beispielsweise die Arbeitszeiten. Der Obsan-Bericht von 2013 spricht in diesem Zusammenhang davon, dass sich «der Arbeitsort Privathaushalt für die Care-Migrantinnen aus arbeits- und sozialversicherungsrechtlicher Sicht als äusserst prekär» (van Holten et al., 2013, S. 19; vgl. auch Frey et al., 2016, S. 31 ff.) erweist: Temporäre Arbeitsverhältnisse, Kündigungszeiten von wenigen Tagen, kein Versicherungsschutz bei einem plötzlichen Todesfall der betreuten Person und vor allem die oft nicht entlohnte Präsenz der Care-Migrantinnen am Abend und in der Nacht gehören zu den gravierenden Merkmalen dieser Betreuungsarbeit (van Holten et al., 2013, S. 19; Schilliger, 2013a, S. 152 ff.; Ringger, 2012, S. 19). Die «unbezahlten Stand-by-Stunden» (Ringger, 2012, S. 19) und kaum geregelten Arbeits- und Ruhezeiten machen den NAV letztlich «wirkungsarm» (ebd.).

---

29 Eine Untersuchung im Auftrag des SECO geht aktuell von 63 Unternehmen aus, die in der Schweiz 24-Stunden-Betreuung anbieten. Davon sind laut Studie 47 Betreuungsunternehmen, die mit Pendelmigrantinnen arbeiten. Bei den anderen Anbietern handelt es sich um Spitex-Betriebe. Die 24-Stunden-Betreuung wird dort auf mehrere Schichten verteilt (z. B. Nachtwache); in der Regel sind dabei Personen beschäftigt, die in der Schweiz niedergelassen sind und nicht bei der betreuten Person wohnen (Frey et al., 2016, S. 6f.).

30 Der NAV Hauswirtschaft wurde im Dezember 2016 um weitere drei Jahre verlängert. Gleichzeitig wurden die Mindestlöhne angepasst und um insgesamt 1.9 Prozent erhöht. Ab 1.1.2017 betragen die Mindestlöhne brutto, ohne Zuschläge für Ferien und bezahlte Feiertage 18.90 Franken für ungelernetes Personal, 20.75 Franken für Personal mit EBA oder für ungelernetes Personal mit mindestens vierjähriger Berufserfahrung in der Hauswirtschaft sowie 22.85 Franken für Personal mit EFZ (Normalarbeitsvertrag, 2016; Staatssekretariat für Wirtschaft, 2016 und 2014).

Für einige Verleihbetriebe gilt der GAV-Personalverleih, d. h. ein Teil der Care-Migrantinnen sind in Bezug auf Lohnausfallentschädigung und maximale Wochenarbeitszeit den entsprechenden GAV-Regelungen unterstellt (Care-Info, o.J.; Frey et al., 2016, S. 24).

In Projekten wie beispielsweise «Zuhause betreut» von Caritas Schweiz (2016; Heinzmann 2014) wird versucht, diesen oft prekären Bedingungen der Care-Migrantinnen und -Migranten durch Verträge mit geregelter Arbeits- und Freizeit zu begegnen. Die Betreuerinnen und Betreuer sind darüber hinaus in ihren Herkunftsländern im Bereich Pflege und Betreuung angestellt und kehren nach ihrem Einsatz in der Schweiz an ihren Arbeitsplatz in Rumänien oder der Slowakei zurück. So soll verhindert werden, dass sie als Fachkräfte in ihren Herkunftsländern fehlen, die gerade im Gesundheitssektor häufig mit ähnlichen Problemen des Fachkräftemangels konfrontiert sind wie die Schweiz. Als grundsätzliches Problem bleibt aber auch in solchen an sich geregelten Betreuungsverhältnissen der Umstand bestehen, dass es sich bei Anstellungen in Privathaushaltungen um Arbeitsverhältnisse handelt, bei denen die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben verwischen. Vertraglich können zwar Arbeits- und Ruhezeiten vereinbart werden. Orientiert sich die Care-Arbeiterin jedoch an den Bedürfnissen der betreuten Person, kann sie die festgehaltenen Ruhezeiten gerade durch die Nähe, die zum betreuungsbedürftigen Menschen entsteht, möglicherweise nicht einfach einfordern (Truong et al., 2012, S. 20 f.). Gesetzlichen oder privatrechtlichen Bestimmungen steht die Beziehung zum Betreuten gegenüber und die Verantwortung, die die Care-Arbeiterin oder der Care-Arbeiter durch die Betreuung übernommen hat. Wie der Obsan-Bericht (van Holten et al., 2013, S. 17) zur Care-Migration in der Schweiz festhält: «Weiter wird aufgezeigt, dass sich der Arbeitsbereich Privathaushalt durch eine unklare Rollendefinition charakterisiert. Die Care-Migrantin ist oft sowohl Arbeitnehmerin wie auch (Ersatz für) Familienangehörige. Diese unklare Rollendefinition wird durch die lebensräumliche Nähe von Care-Migrantin und betreuter Person in Live-in-Verhältnissen verstärkt.»

Wie der Obsan-Bericht festhält (van Holten et al., 2013, S. 18) liegt ein Hauptgewicht bisheriger Studien auf den Care-Migrantinnen. Was fehlt, sind vor allem Untersuchungen zur Nachfrageseite, wobei hier insbesondere die Angehörigen der betreuten Person entscheidend sind. Die spezifische Ausgestaltung der Betreuungsarrangements ist massgeblich für die Arbeitssituation der Care-Arbeiterin verantwortlich und müsste entsprechend vermehrt zum Forschungsgegenstand gemacht werden. Auch die Anbieter und Vermittlungsagenturen und die praktische Umsetzung der jeweiligen Vereinbarungen sind entscheidende Einflussfaktoren, die es verstärkt zu untersuchen gilt, um den Arbeitsalltag und die Zufriedenheit der Care-Migrantinnen und -Migranten mit ihrer Arbeit beurteilen zu können.

### **3.3.4 Fazit: Problembereiche in den Arbeitsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals**

In diesem zweiten Ergebnisteil wurde der Arbeitsalltag des Pflege- und Betreuungspersonals überblicksartig beschrieben. Der Fokus lag dabei hauptsächlich auf der Arbeitssituation im stationären Bereich. Soweit anhand von Studien möglich wurden auch die öffentliche und private Spitex sowie der Berufsalltag von

Care-Migrantinnen und -Migranten erfasst. Dabei zeigte sich, dass die Arbeitszufriedenheit des Pflege- und Betreuungspersonals sowohl in stationären Einrichtungen als auch in der Spitex allgemein gross ist. Gleichzeitig wurde aber auch ersichtlich, dass das Personal den Arbeitsalltag in verschiedener Hinsicht als belastend empfindet. Aus den Resultaten lassen sich zusammenfassend folgende Problembereiche ableiten:

a) Betreuung als Beziehungsarbeit nur eingeschränkt umsetzbar

Die Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die Beziehungsarbeit (Betreuung I, Abb. 15) – also die persönliche, umfassende Wahrnehmung und Unterstützung des betreuungsbedürftigen Menschen – grundlegend für das Berufsverständnis des Betreuungs- und Pflegepersonals ist. Der ganzheitliche Blick ist Voraussetzung dafür, dass eine adäquate, an den persönlichen Bedürfnissen der Betagten ausgerichtete Unterstützung erfolgen kann. Gleichzeitig wird das Personal von aussen an ebendieser umfassenden, individuellen Hilfeleistung bewertet. Das subjektive Gefühl, die «zu erfüllenden Pflege- und Betreuungsarbeiten gut durchführen zu können und (...) den Bewohner/innen helfen zu können» (Zúñiga et al., 2013, S. 32f.), ist entsprechend die Basis für die Zufriedenheit des Personals mit dem Berufsalltag in der Pflege und Betreuung.

Wie ersichtlich geworden ist, wird Betreuung im Sinne dieser Beziehungsarbeit im Arbeitsalltag des Personals durch eine Vielzahl von Faktoren eingeschränkt. Diese einengenden Bedingungen lassen sich symbolhaft im Begriff des «Minütele» zusammenfassen: ein in sich geschlossener und in explizite Kategorien unterteilter Arbeitsablauf, der komplexe, dynamische Betreuungsprozesse in Minutentakte gliedert und verkürzt. Diese Reduktion der Pflege und Betreuung auf ein technisch-medizinisches Verständnis ohne Berücksichtigung des Beziehungsaspekts sowie die fehlende Anerkennung der Beziehungsarbeit als Arbeit und grundlegende Form der Betreuung hat Konsequenzen für das Personal, das genau hier einen seiner Grundpfeiler und damit die Qualität seiner Arbeit in Frage gestellt sieht. Nicht zu überraschen vermag deshalb, dass gerade das fehlende subjektive Gefühl, die Betreuungsarbeit gut zu machen und wirklich Hilfe leisten zu können, für das Personal zum Stressfaktor und zu einer der Ursachen für den Identifikationsverlust mit der Arbeit wird.

b) Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse

Betreuungsarbeit in ihrer spezifischen Form als Alltagsbegleitung und Unterstützung im Haushalt (Betreuung II, vgl. Abb. 15) ist je nach Anstellungsort mit einer Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse verbunden. Vor allem die Anstellungsbedingungen in der Privatspitex und in besonderem Masse bei den Care-Migrantinnen verweisen auf eine sich möglicherweise öffnende Schere zwischen den Anstellungsbedingungen des Personals, das in stationären Betrieben Pflege- und Betreuungsarbeiten leistet, und denjenigen, die in Privathaushaltungen arbeiten. Wie aus den Ausführungen deutlich geworden ist, sieht sich die öffentliche Spitex durch die flexibel agierenden privaten Anbieter unter Druck gesetzt. Das könnte

Konsequenzen auf die Anstellungsverhältnisse der öffentlichen Spitex-Einrichtungen mit sich bringen, die derzeit überwiegend durch Festanstellungen gekennzeichnet sind. Von den prekären Anstellungsbedingungen ist vor allem das weniger gut ausgebildete Personal betroffen, da Betreuungsarbeiten im Sinne einer Alltagsbegleitung und Hilfe im Haushalt zu einem grossen Teil durch Angestellte erbracht werden, die ein Berufsattest oder eine non-formale Ausbildung wie z. B. PH-SRK mitbringen (vgl. Kapitel 3.2.3). Genau dieses Personal verdient darüber hinaus je nach Arbeitsort selbst bei einem Vollzeitpensum nicht mehr als CHF 4000 brutto pro Monat. Entsprechend tief ist der Lohn bei einer Teilzeitarbeit beziehungsweise einem nicht garantierten flexiblen Arbeitspensum. Aufgrund der hohen Zahl von Frauen, die Betreuungs- und Pflegearbeiten leisten, sind diese Prekarisierungsprozesse auch als genderspezifische Phänomene aufzufassen.

Über das Problem sozialer Ungleichheit hinaus erhalten die Anstellungsbedingungen des Betreuungs- und Pflegepersonals vor dem Hintergrund des prognostizierten Mangels an Fach- und Arbeitskräften ein zusätzliches Gewicht. Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung werden bekanntlich für eine Vielzahl von Berufen im Gesundheitswesen beschrieben, zeigt sich aber gemäss Studien für die Langzeitpflege und -betreuung als besonders gravierend (Hahn et al., 2013b, S. 42f.). Gemäss Obsan-Bericht «Gesundheitspersonal in der Schweiz» (Merçay et al., 2016, S. 10) sind in Alters- und Pflegeheimen bis 2030 voraussichtlich rund 28'000 und in den Spitex-Diensten etwa 19'000 zusätzliche Pflegepersonen nötig (vgl. zu den Zahlen z. B. auch Hahn et al., 2013b; Jaccard Ruedin & Weaver, 2009; Lobsiger & Kägi, 2016; Rüeegger & Widmer, 2010). Berechnet man neben den Pflegeheimen und der Spitex auch die Spitäler mit ein, müssen laut Studie von Merçay et al. (2016, S. 10) bis 2030 annähernd 65'000 zusätzliche Pflegepersonen angestellt werden, davon 29'000 Personen auf Tertiärstufe. Gemäss einer weiteren Studie des Obsan (Lobsiger & Kägi, 2016, S. 5 und S. 30f.) weist heute aber gerade das Pflegefachpersonal neben den Hebammen und den medizinisch-technischen Berufen mit 15 Prozent die meisten Personen auf, die nicht mehr erwerbstätig sind. Mit 23 Prozent ist beim Pflegefachpersonal auch der grösste Anteil an Personen zu verzeichnen, die einen Berufswechsel vorgenommen haben, also nicht mehr im erlernten Beruf arbeiten (ebd., S. 5 und 33). Das Problem fehlender Pflegekräfte bezieht sich jedoch nicht nur auf das Pflegefachpersonal. Wie die Untersuchung von Merçay et al. (2016, S. 10) zeigt, entfallen von den 65'000 zusätzlichen Stellen, die gemäss Studie bis 2030 nötig sind, 16'000 auf Personen ohne formale Berufsbildung und 20'000 auf Personal mit einem EBA oder EFZ (also AGS, FaBe und FaGe).

- c) Wunsch nach persönlicher, ganzheitlicher Betreuung «aus einer Hand» seitens der Betroffenen

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Angehörige und Betreute eine persönliche, individuell auf sie abgestimmte Betreuung erwarten. Diese Erwartungshaltung entspricht also dem, was das Pflege- und Betreuungspersonal seinerseits als Grundlage für eine gute Betreuung ansieht (vgl. Betreuung I, Abb. 15): Der indi-

viduelle Kontext des betreuten Menschen soll einbezogen und die Unterstützung als ganzheitlicher Prozess verstanden werden, der nicht in einzelne, untereinander kaum verbundene oder nur schwer zu verbindende Einzelteile zergliedert wird. Die Erwartung der Betroffenen und Angehörigen widerspiegelt sich am umfassendsten in den Care-Arrangements der Live-Ins, die gewissermassen während 24 Stunden einfach «da» sind. Die Betreuung von älteren Menschen gerät damit in ein Dilemma: Mit einem während 24 Stunden erhältlichen Betreuungsangebot, das immer durch dieselbe Person oder zumindest immer durch dieselben *wenigen* Personen geleistet wird, könnte umfassend auf die Bedürfnisse der Betroffenen reagiert und «alles aus einer Hand» angeboten werden. Gerade solche Betreuungsleistungen setzen aber entsprechend flexible Arbeits- und Anstellungsformen voraus und sind für das Betreuungspersonal in besonderem Masse mit prekären Arbeitsbedingungen verbunden. Darüber hinaus sind diese Betreuungsangebote nicht allen betreuungsbedürftigen Betagten zugänglich, da die Kosten für die Dienstleistungen nach heutigen Regelungen oft von den Betroffenen übernommen werden müssen (vgl. Kapitel 1 und 2). Letztlich entscheidet damit das Einkommen darüber, in welcher Form und in welchem Umfang Betroffene die entsprechenden Betreuungsarbeiten in Anspruch nehmen können.

### 3.4 Schlussfolgerungen

Mit der Berufsbildungs- und Fachhochschulreform sind seit den 1990er Jahren eine Vielzahl von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten entstanden, sodass die Betreuung von Betagten fachlich relativ breit und auf vergleichsweise hohem Qualitätsniveau abgestützt ist. Verschiedene Ausbildungsrichtungen haben heute explizit «Betreuung» oder die «Betreuung von Betagten» im Fokus und führen diesen Schwerpunkt auch in ihrem Berufstitel mit. Zu nennen sind hier etwa die «Fachperson Langzeitpflege und -betreuung FA», die «Fachperson Betreuung/ Fachrichtung Betagte» (FaBe) sowie im non-formalen Bereich z. B. die «Helferin Hauswirtschaft und Betreuung SRK». Ergänzend kommen die Ausbildungen hinzu, deren Berufsbezeichnung nicht explizit mit «Betreuung» in Verbindung steht, die aber dennoch Betreuungsarbeiten im Sinne einer Alltagsbegleitung und -gestaltung sowie Hilfe im Haushalt leisten (Betreuung II, vgl. Abb.15), wie etwa die PH-SRKs, die AGSs und, wenn auch in eingeschränktem Umfang, die FaGes. In dieser «Verfachlichung» (Gredig & Goldberg, 2012, S. 413) von Betreuungsarbeiten deutet sich an, dass die Betreuung von Betagten als gesellschaftspolitisches Problem erkannt ist und mit entsprechenden Bildungs- und Ausbildungsangeboten reagiert wird. Im Sinne einer Qualitätssteigerung und notwendigen Aufgabenteilung innerhalb komplexer Betreuungsarrangements sind diese Spezialisierungen folgerichtige Entwicklungen.

Die zunehmende Professionalisierung und Differenzierung der Betreuung bringt jedoch auch Probleme für das Personal und die betreuten Menschen mit sich. Ausserdem können Prozesse beobachtet werden, die der festgestellten

Verberuflichung der Betreuung zuwiderlaufen und ihrerseits spezifische Schwierigkeiten für die Betreuung von Betagten beinhalten. Nachfolgend werden diese Entwicklungen zusammengefasst und zu vier Problemfeldern verdichtet, die die Betreuung von betagten Menschen massgeblich prägen: 1. Fragmentierung von Betreuungsarbeiten; 2. Fehlende Betreuung von Betagten im Alltag; 3. Betreuungsarbeiten als genderspezifische Prekarisierungsprozesse und 4. Fehlende Anerkennung der Beziehungsarbeit als Arbeit.

### Fragmentierung von Betreuungsarbeiten

Zu den grundlegenden Problemen der zu beobachtenden Professionalisierung und Spezialisierung gehört, dass Betreuungsarbeiten durch die vielen spezialisierten Akteurinnen und Akteure fragmentiert werden, die je nach Situation und Ausbildungsgrad in die Betreuung involviert sind. Anstelle einer ganzheitlichen, individuellen Unterstützung der betreuten Person erfolgen einzelne, in sich geschlossene Betreuungsleistungen, die aber zusammengefasst kein sinnvolles, am betreuten Menschen orientiertes Ganzes ergeben. Die Erwartung von betreuungsbedürftigen Betagten und ihren Angehörigen, «alles aus einer Hand» zu erhalten, verweist auf ebendiese Problematik eines in Einzelhandlungen unterteilten Betreuungsprozesses, der nicht mehr überblickt werden kann.

Die Fragmentierung und Differenzierung von Betreuungs-, Pflege- und allgemeinen Gesundheitsleistungen erweist sich aber nicht nur für die betroffenen Betagten und Angehörigen als problematisch, sondern auch im Hinblick auf den prognostizierten Personalmangel in der Pflege und Betreuung. Studien weisen darauf hin, dass ineffiziente und voneinander getrennte Prozesse weiterhin personelle Engpässe verursachen können, selbst wenn genügend Personal vorhanden ist (vgl. zusammenfassend z. B. Hahn et al., 2013b, S. 11; Imhof et al., 2010b, S. 10f.). Darüber hinaus ist in diesem dritten Kapitel mehrfach gezeigt worden, dass eine professionelle Beziehungsarbeit und umfassende, individuelle Wahrnehmung der betreuten Person grundlegender Bestandteil der Berufsmotivation und Identifikation des Personals mit der Arbeit sind. Die fragmentierten Abläufe in der Pflege und Betreuung dürften damit zum postulierten Personalmangel beitragen.

Nicht zuletzt muss auch die Entwicklung von Ausbildungen, die den Schwerpunkt «Betreuung» oder «Betreuung von Betagten» explizit als Berufstitel führen, vor dem Hintergrund der Problematik einer zunehmenden Fragmentierung und Differenzierung von Betreuungsprozessen betrachtet werden. Wie deutlich geworden ist, konnte sich die «Betreuung von Betagten» als eigenes Berufsfeld in der Praxis bisher noch wenig etablieren. Dies kann teilweise damit erklärt werden, dass Ausbildungen wie «Fachfrau/-mann Langzeitpflege und Betreuung FA» oder die «Fachperson Betreuung EFZ» erst vor kurzem eingeführt worden sind und sich die neuen Berufsrichtungen erst etablieren müssen. Unter Umständen ist die geringe Resonanz, die beispielsweise FaBes in der Praxis finden, jedoch auch Ausdruck dafür, dass das Berufsfeld «Betreuung von Betagten» zwar inhaltlich breit abgestützt, aber möglicherweise für die Praxis doch zu spezialisiert ist

und in Konkurrenz zu anderen Berufsgruppen wie AGS oder FaGe steht. Durch die zu beobachtende Differenzierung der Ausbildungen kann sich deshalb für die Angestellten unter Umständen die Konsequenz ergeben, dass sie wie die FaBes mit Fachrichtung Betagtenbetreuung zumindest vorläufig eine unklare berufliche Stellung einnehmen und in der Praxis nur schwer Fuss fassen können.

### **Fehlende Betreuung von Betagten im Alltag**

Eine steigende Professionalisierung und Spezialisierung der Betreuung von Betagten bringt als weiteres Problemfeld mit sich, dass damit nicht notwendigerweise eine Betreuung der betroffenen Person *im Alltag* gewährleistet ist. Wie der Vergleich der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege und Betreuung deutlich gemacht hat, rücken mit zunehmender beruflicher Spezialisierung pflegerisch-medizinische oder punktuell stattfindende aktivierungstherapeutische Arbeiten in den Vordergrund. Je höher also die Qualifikation, desto weniger werden alltagsspezifische Betreuungsarbeiten übernommen. Betreuung im Sinne einer Alltagsgestaltung und -unterstützung oder Hilfe im Haushalt liegt entsprechend vor allem im Aufgabenbereich von PHs-SRK und AGSs sowie teilweise der FaGes oder – falls verfügbar – FaBes. Dieses Personal ist aber seinerseits für eine Vielzahl von Tätigkeiten in der Grund- und Behandlungspflege zuständig. Fehlen koordinierende und integrierende Strukturen, kann Alltagsbetreuung damit zu einer Aufgabe unter vielen werden, die letztlich trotz einer Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren gar nicht oder nur gelegentlich geleistet wird. Vor allem für Betreuungsarbeiten in Privathaushaltungen kommt erschwerend hinzu, dass die professionelle Unterstützung von Betagten im Alltag durch versicherungsrechtliche Bestimmungen zusätzlich eingeschränkt wird, müssen doch entsprechende Leistungen von den Betroffenen selbst bezahlt werden, sofern keine ärztliche Verordnung vorliegt (vgl. Kapitel 1 und 2).

### **Betreuungsarbeiten als genderspezifische Prekarisierungsprozesse**

Konträr zu den Professionalisierungstendenzen in der Betreuung von Betagten steht das Problem einer genderspezifischen sozialen Ungleichheit, die die «Verfachlichung» (Gredig & Goldberg, 2012, S. 413) von Betreuungsarbeiten in ihr Gegenteil verkehrt: Tätigkeiten wie Gespräche, Einkaufen, Alltagsgestaltung, Begleitung zu sozialen Anlässen oder hauswirtschaftliche Arbeiten, die ansonsten dem Privatbereich zugeordnet und entsprechend nicht entlohnt wurden, erhalten in professionellen Betreuungsverhältnissen einen finanziellen Wert. Diese Ökonomisierung von Alltagsarbeiten ist jedoch zugleich mit einer Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse verbunden, die vor allem im Hinblick auf das Personal in der Privatspitex zu beobachten ist. Der Wunsch der Betagten und ihrer Angehörigen nach Dienstleistungen, die «aus einer Hand» kommen, erfordert eine flexible Verfügbarkeit, die sich in ihrer umfassendsten Form bei den Live-Ins und Care-

Migrantinnen zeigt, die quasi 24 Stunden «da» sind. Wie deutlich geworden ist, werden Betreuungsarbeiten im Sinne einer Alltagsbegleitung und Unterstützung im Haushalt zu einem überwiegenden Teil von Personal geleistet, das wie die PHs-SRK einen non-formalen Bildungsabschluss oder wie die AGSs ein Berufsattest besitzt. Von den teilweise prekären Anstellungen vor allem in der marktwirtschaftlich orientierten Privatspitex sind dementsprechend in erster Linie weniger gut ausgebildete Personen betroffen, die je nach Arbeitsort selbst mit einem Vollzeitpensum nicht mehr als 4'000 Franken brutto verdienen. Aufgrund der hohen Zahl von Frauen, die Betreuungs- und Pflegearbeiten leisten, erhalten diese Prekarisierungsprozesse zusätzlich eine genderspezifische Prägung. Die Entwicklungen verweisen darauf, dass Betreuungsarbeiten ganz im Gegensatz zu den Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen, die sich mit der Berufsbildungs- und Fachhochschulreform der 1990er-Jahre abzeichnen, gerade *nicht* als professionelle Tätigkeiten aufgefasst werden, die entsprechend entlohnt werden müssen. Die Fähigkeit, Betreuungsarbeiten zu leisten, wird vielmehr als «Teil des weiblichen Geschlechtscharakters» (Wecker, 2006, S. 22) gewertet und mit quasi-natürlichen, weiblich konnotierten Eigenschaften in Verbindung gebracht, die keiner adäquaten Bezahlung bedürfen.

### Fehlende Anerkennung der Beziehungsarbeit als Arbeit

Schliesslich steht auch die fehlende Anerkennung der Beziehungsarbeit – also die persönliche, umfassende Wahrnehmung und Unterstützung des betreuungsbedürftigen Menschen – als *Arbeit* im Kontrast zu den festgestellten Professionalisierungstendenzen in der Betreuung und Pflege. Wie dieser dritte Teil der Untersuchung gezeigt hat, kennzeichnet sich die Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals gemäss Studien durch eine insgesamt hohe Arbeitsmotivation und Identifikation mit der Arbeit sowie einer allgemein grossen Zufriedenheit mit dem Arbeitgeber. Zugleich ist der Berufsalltag durch multiple Belastungen geprägt: Personalmangel, unregelmässige Arbeitszeiten, Teams, die sich immer wieder neu zusammensetzen, aber auch die physischen und psychischen Anforderungen an das Pflege- und Betreuungspersonal sind kontinuierlicher Bestandteil der Arbeit. Als besonders gravierend erweist sich in diesem Zusammenhang, dass das professionelle, auf das Individuum ausgerichtete Pflege- und Betreuungsverständnis des Personals durch betriebswirtschaftliche Vorgaben eingeschränkt und damit die Qualität der Arbeit in Frage gestellt wird. Die Beziehungsarbeit und der ganzheitliche Blick auf die individuelle Situation der Betagten ist Voraussetzung dafür, dass eine adäquate, an den persönlichen Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Unterstützung erfolgen kann. Ebenso wird die Arbeit des Personals von den Betagten und Angehörigen anhand dieser umfassenden Hilfeleistung bewertet.

Im vorliegenden dritten Kapitel ist deutlich geworden, dass Betreuung im Sinne dieser Beziehungsarbeit durch eine Vielzahl von Faktoren limitiert wird. «Minütele» wird zum symbolhaften Begriff, in dem diese Einschränkungen zusammengefasst sind: Der komplexe, dynamische Betreuungsprozess wird nach verwal-

tungstechnischen Merkmalen in Minutentakte gegliedert und zeitlich begrenzt. Mit dieser Reduktion der Betreuung als Beziehungsarbeit sieht das Personal einen Grundpfeiler und damit die Qualität seiner Arbeit in Frage gestellt. Gerade das subjektive Gefühl, keine wirkliche, nach professionellen Kriterien erfolgte Unterstützungsarbeit leisten zu können, wird für das Personal zum Stressfaktor und zu einer der massgeblichen Ursachen für den Identifikationsverlust mit der Arbeit.

Die beschriebenen konträren Entwicklungen – die Professionalisierung und Spezialisierung einerseits und die gleichzeitige Auflösung dieser Prozesse andererseits – bedeuten zusammenfassend, dass Modelle unterstützt und entwickelt werden müssen, die mit einem integrativen, koordinierenden Ansatz den fragmentierten Abläufen und Einzelaktivitäten in der Pflege und Betreuung von Betagten entgegenwirken (Sigrist et al., 2015, S. 356 f.; vgl. z. B. auch Hahn et al., 2013b, S. 11). Ein Beispiel dazu könnte die holländische Non-Profit-Organisation «Buurtzorg» («Nachbarschaftshilfe», vgl. Lüthi, 2015, S. 1732) sein, die gerade auch bei Pflegenden zu einem eigentlichen Erfolgsmodell wurde (ebd.; vgl. auch Greuter, 2016; Ritter, 2016; Wiederkehr, 2016). In der Schweiz erfolgten erste Versuche zur Umsetzung 2014 durch den Verein «Curarete» im Kanton Aargau (Curarete, o. J.).

Darüber hinaus muss der Alltag der Betagten in den Mittelpunkt rücken, wenn von Betreuung gesprochen wird. D. h. es müssen Ansätze wie beispielsweise die «Integrative Aktivierende Alltagsgestaltung» von Tschan (2010) gefördert werden, in denen betagte Menschen soweit möglich in die aktive Gestaltung ihres *Alltags* und nicht nur in punktuell aktivierende Tätigkeiten einbezogen sind. Dies setzt entsprechende Schulungen des Personals voraus. Dabei müssen neben dem Fachpersonal auch die PHs-SRK, AGSs oder das angelernte Hilfspersonal in die Weiterbildungen einbezogen werden, weil sie zu einem grossen Teil in diese alltagsspezifischen Betreuungsarbeiten involviert sind. Die erfolgreiche Anwendung solcher alltagsgestaltenden Ansätze erfordert zusätzlich, dass das Personal zumindest ein Grundverständnis für die physische und psychische Situation von Betagten und ihre möglichen Krankheitsbilder mitbringt. Im Hinblick auf die Betreuung von Betagten ist deshalb eine gesellschaftspolitische Auseinandersetzung über minimale Qualitätsstandards von Betreuungsarbeiten sowie das erforderliche Mass von eher generalistischen oder eher spezialisierten Ausbildungen im stationär-intermediären Bereich und insbesondere in Privathaushaltungen nötig.

Die Diskussion um adäquate Formen der Betreuung von betagten Menschen macht es aus sozial- und gesellschaftspolitischer Sicht zugleich notwendig, Debatten über die Arbeitsbedingungen des Betreuungspersonals zu führen. Über das Problem genderspezifischer sozialer Ungleichheit hinaus sind adäquate Anstellungsbedingungen auch vor dem Hintergrund des prognostizierten Mangels an Fach- und Arbeitskräften erforderlich, der für eine Vielzahl von Berufen im Gesundheitswesen beschrieben und vor allem für die Langzeitpflege und -betreuung als gravierend erachtet wird (Hahn et al., 2013b, S. 42 f.). Wie in diesem dritten Kapitel deutlich geworden ist, sind Betreuungs- und Pflegeberufe zwar durch ein hohes Mass an intrinsischen Motivationsfaktoren, eine hohe professio-

nelle Bindung und persönliche Identifikation mit dem Beruf gekennzeichnet. Die Attraktivität des Berufes wird aber trotz dieser Faktoren und einer postulierten altruistischen Grundhaltung des Betreuungs- und Pflegepersonals in erheblichem Mass durch extrinsische Einflüsse geprägt. Nicht zuletzt können also Arbeitszeiten, Lohn, Weiterbildungsangebote, Teamkonstellation und Wertschätzung durch Arbeitgeber und Vorgesetzte, aber auch die Möglichkeit, professionelle, ganzheitliche Betreuung und Pflege zu leisten in der konkreten Situation darüber entscheiden, ob das Betreuungs- und Pflegepersonal in der gegenwärtigen Anstellung beziehungsweise im Beruf verbleibt.

Neben den skizzierten Problemfeldern verweisen die verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten in der Betreuung und Pflege darauf, dass nicht von *einer* Art der Betreuung von Betagten gesprochen werden kann. Betreuung ist vielmehr durch verschiedene, mehr oder weniger eng gefasste, direkte und indirekte Betreuungsformen gekennzeichnet und muss als dynamisches Zusammenspiel von verschiedenen Aufgabenbereichen verstanden werden, die sich je nach Betreuungssituation immer wieder neu zusammensetzen. Die Aufgabengebiete können dabei nicht immer klar voneinander getrennt werden. Insbesondere die Grenzziehung zwischen Pflege und Betreuung verläuft diffus und eine genaue Zuordnung ist in vielen Fällen willkürlich: Die Hilfe beim Waschen und Anziehen stellt im Kern sowohl eine betruerische als auch pflegerische Tätigkeit dar, ebenso die Unterstützung beim Essen oder das Führen von Gesprächen und die Notwendigkeit einer professionellen Beziehungsarbeit. In die Diskussion über die Betreuung von Betagten muss entsprechend gerade in politischer Hinsicht auch eine Reflexion darüber stattfinden, inwiefern es überhaupt einen genuin pflegerischen oder genuin betruerischen Bereich gibt.

# Kapitel 4

## Lebensgestaltung im Alter

Riccardo Pardini

Der Alterungsverlauf einer Person gestaltet sich sehr unterschiedlich und mit dem Renteneintritt fängt eine Lebensphase an, die sozialhistorisch neu ist. Dank einer relativ guten wirtschaftlichen Absicherung sind die meisten Leute im Pensionsalter in einer guten gesundheitlichen Verfassung. Die behinderungsfreie Lebensphase dehnt sich aus (vgl. Höpflinger, 2013, S. 7). Das Bedürfnis möglichst selbstständig zu leben, ist ein Bedürfnis, welches bei älteren Menschen nicht mehr wegzudenken ist (vgl. Kwiatkowski & Tenger, 2016; World Health Organisation, 2016; Höpflinger & Van Wezemaal, 2014; Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010). Doch biologische, wirtschaftliche und soziale Faktoren können Personen im Alterungsverlauf funktional einschränken und dadurch deren Selbstständigkeit mindern. Daraus ergibt sich die Frage, welche Strukturen älteren Menschen zur Verfügung stehen, um trotz Einschränkungen selbstbestimmt leben zu können.

Die Einflussnahme auf den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit im Alltag, kann auf zwei Ebenen erfolgen: zum einen auf der individuellen Ebene, indem die Betagten gezielt gesundheitsförderlich leben, zum anderen auf der gesellschaftlichen Ebene, zum Beispiel mit altersgerechten Wohnformen und Wohnumgebungen oder gut ausgestatteten Versorgungsstrukturen (ambulant, intermediär, stationär).

Das folgende Kapitel greift beide Ebenen auf und liefert einen Einblick in die Angebote, die in der Schweiz ein selbstständiges Leben und Wohnen im Alter ermöglichen. Dabei soll die Rolle der Betreuung auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene im Zentrum der Ausführungen stehen. So sollen auf der individuellen Ebene das Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» und die Studie zu erfolgreichen Praktiken der Betreuung in Altersinstitutionen wichtige präventive und gesundheitsförderliche Aspekte der Unterstützung von älteren Menschen zu Hause und in Altersinstitutionen veranschaulichen (4.1). Da die Versorgungsstrukturen im Kapitel 2 bereits eingehend behandelt wurden, fokussieren wir auf wichtige Wohnformen und die Wohnungsumgebung (4.2). Dies gestattet uns, die Unterstützungsmöglichkeiten auf der gesellschaftlichen Ebene näher zu beleuchten. Im Alter wird die Wohnung immer stärker zum Lebensmittelpunkt. Daher muss man sich fragen, welche Wohnangebote und Mittel ältere Menschen im autonomen Wohnen unterstützen. Das Kapitel schliesst mit dem Thema technischer Hilfsmittel im Alter ab (4.3). Heutzutage ist es mit dem Einsatz technischer Entwicklungen möglich geworden, ältere Menschen in ihren Alltagsaktivitäten und im Wohnen zu unterstützen. Ein Überblick soll zeigen, wo mit welchen Hilfstechnologien betreuende und pflegerische

Tätigkeiten ergänzt oder sogar übernommen werden. Zusammenfassend soll im Kapitel (4.4) die Bedeutung der Unterstützung Betagter auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene hervorgehoben werden.

## **4.1 Interventionen auf die Lebenssituation älterer Personen**

Je nach Pflegebedarf und Wohnverhältnissen gestaltet sich das Setting, um älteren Menschen in ihrer Lebensphase zu helfen, unterschiedlich. Eine noch zu Hause lebende, ältere Person mit starken Gehbeschwerden bedarf einer anderen Unterstützung als eine stark demente Person in einem Pflegeheim. Auf der individuellen Ebene können zu Hause lebende Betagte, ihre Selbstständigkeit und Autonomie bewahren und fördern, indem sie gesundheitsförderlich leben und Präventionsangebote wahrnehmen. Im Zuge der veränderten Bedürfnisse älterer Menschen liegt der Handlungsbedarf für eine selbstständige Lebensgestaltung im Alter, gemäss Bundesrat, vor allem im Präventionsbereich. Der Bundesrat verfolgt damit das Ziel, älteren Menschen ein möglichst langes, gesundes und selbstständiges Leben zu ermöglichen (vgl. Bericht des Bundesrates, 2016, S. 52 ff.). Die Prävention versucht die Gesundheit der Bevölkerung, in unserem Fall der älteren Bevölkerung, zu verbessern und die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen zu mindern. Präventive Interventionen richten sich an die gesamte Bevölkerungsgruppe (gesunde, fragile, pflegebedürftige Betagte). Exemplarisch steht das Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» für die Gesundheitsförderung Schweiz. Das Projekt richtet sich an kantonale und kommunale Stellen, welche sich für die Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen einsetzen (vgl. [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch)). Es hat folgendes Ziel: «Ältere Menschen sollen möglichst lange gesund und in ihrem vertrauten soziokulturellen Netz eingebettet bleiben. Heimeinweisungen sollen hinausgezögert oder vermieden werden und der Anstieg von Pflege-, Krankheits- und Infrastrukturkosten soll gedämpft werden» (ebd.).

Präventive Praktiken finden auch im stationären Bereich statt. Dafür stehen vor allem die nicht-pflegerischen Tätigkeiten, welche zur Gesundheitsförderung und zum Wohlbefinden der Betagten beitragen.

### **4.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu Hause**

Das Projekt «Via» sieht sich als geeignetes Mittel, um auf die vom Bundesamt für Statistik vorausgesagte Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppe zu reagieren. Mit dem Anstieg des Anteils der über 65-Jährigen in der Bevölkerung gehen ein zunehmender Pflegebedarf und Wachstum der Langzeitpflegekosten einher. Die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 dürfte um 44 Prozent zunehmen (von 1.5 Mio. auf 2.17 Mio.). In den meisten Fällen handelt es sich um Hochbetagte mit hoher Pflegebedürftigkeit. Daraus ergeben sich 2030 doppelt so hohe Gesundheitskosten und vermehrt Unfallkosten von über 65-jährigen (zum

Beispiel Sturzverletzungen) (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2014, S. 3–4). Gemäss dem Projekt lassen sich die Erkrankungen und die Gesundheitskosten durch Gesundheitsförderung und Prävention senken.

Mit einer Koordinationsstelle unterstützt das Projekt Kantone und Gemeinden, welche die Selbstständigkeit von Älteren stärken, deren Lebensqualität und Wohnsituation verbessern oder erhalten. Nach «Via» müssen folgende Handlungsfelder berücksichtigt werden:

- › Begegnungsmöglichkeiten, um Isolation und Vereinsamung zu vermeiden;
- › Infrastrukturen und Angebote in den Gemeinden, um Bewegung und Begegnung zu ermöglichen;
- › Regelmässige Bewegung, für die Gesundheit und Verhinderung von Stürzen;
- › Informationsangebote zu Gesundheitsthemen und gesundheitsfördernder Lebensstil;
- › Verankerte Unterstützungsdienste in den Gemeinden, um ein langes Leben zu Hause zu ermöglichen;
- › Gute medizinische Versorgung vor Ort.

Das Projekt verfügt über eine regelmässig aktualisierte Produkteübersicht<sup>31</sup> von Studien mit Best Practice Beispielen, welche zur idealen Unterstützung von Betagten dienen. Für unsere Rechercharbeit ist neben der Bewegungsförderung und Sturzprävention die soziale Teilhabe ein wichtiges Thema. Unter der sozialen Teilhabe sind auch betreuerische Aspekte in der Unterstützung von älteren Menschen zu fassen.

Die Förderung der sozialen Teilhabe älterer Menschen gilt als wichtige Aufgabe, weil sie ein Mittel gegen die Vereinsamung und Isolation darstellt. Der negative Einfluss von Einsamkeit auf die psychische Gesundheit im Alter (Depression, Suizid, Demenz) ist gut belegt (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, o. J., 10). Gleichzeitig gibt es Forschungsergebnisse, welche die positiven Auswirkungen von sozialer Unterstützung auf die körperliche Gesundheit und Sterblichkeit nachweisen. Die soziale Teilhabe und somit die Beziehungsarbeit ist für das Wohlbefinden und die Gesundheit älterer Menschen wichtig. Auch als präventive Intervention kann man der sozialen Isolation, Einsamkeit wie auch Krankheiten vorbeugen und mindert zugleich die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten.

#### 4.1.2 Wohlbefinden und Selbstständigkeit in Altersinstitutionen

Selbstständigkeit im Alltag, Lebensqualität und Gesundheit sind auch Themen, welche Altersinstitutionen betreffen. Gerade aus einer gesundheitsfördernden

---

31 Bewegungsförderung, Sturzprävention, Psychische Gesundheit/Soziale Teilhabe/Demenz, Ernährung, Demenzprävention, Diversität und Chancengleichheit, inklusive Partizipation der Zielgruppe, Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte, Beratung, Veranstaltungen und Kurse, Hilfsmittel zur Umsetzung, Strategische Dokumente/Jahresberichte, Kommunikation, Evaluation und Monitoring (vgl. [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch)).

und präventiven Perspektive sind die Angebote diesbezüglich zu optimieren (vgl. Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010; Spitex, 2010; Köppel, Imhof & Koppitz, 2010). Die Hauptaufgabe einer Altersinstitution besteht darin, die einzelnen Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern, zu erhalten und zu fördern.

Der Übertritt in eine Altersinstitution bedeutet für die betroffene Person primär eine Reorganisation des gewohnten Alltags. Der Umzug erfolgt in den meisten Fällen wegen zunehmender Abhängigkeit (im Alltag verstärkt auf andere Personen angewiesen sein). Die Persönlichkeit bleibt jedoch dieselbe. Um den Bewohnerinnen und Bewohner ein besseres Leben im Heim zu ermöglichen, benötigt es mehr als eine standardisierte Alltagsgestaltung (vgl. Koppitz, 2010, S. 57). Für eine angemessene Betreuung in Altersinstitutionen ist eine *empathische Versorgung* nötig. Wünsche, Hoffnungen, Erwartungen und Motivationen der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner müssen dem Personal bekannt sein. Routinemässige Abläufe der Betreuung sind für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner nur begrenzt von Vorteil. Alle involvierten Personen müssen die individuellen Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigen. Das heisst die Einzelnen müssen in die Planung, Ausführung und Evaluation der Betreuung einbezogen werden. Die Studie «Erfolgreiche Praktiken in der Betreuung» entwickelte in sieben Bereichen erfolgreiche Praktiken, die zur Betreuung in Altersinstitutionen eingesetzt werden können (vgl. Köppel, Imhof & Koppitz, 2010).

Bereich:

- 1) Einsamkeit verhindern
- 2) Gewohnheiten der Bewohner erhalten
- 3) Alltag ermöglichen
- 4) Anregende und kontaktfördernde Umgebung
- 5) Betreuen mit den Händen in den Taschen
- 6) Zweckmässiges Betreuungsangebot für verschiedene Bewohner-Segmente
- 7) Organisation der Betreuung bewohnergerecht ausgestalten

Offensichtlich sind die Handlungsgrundlagen für die Betreuung in Altersinstitutionen gegeben. Es bleibt jedoch offen, inwieweit die einzelnen Altersinstitutionen solche Betreuungspraktiken in ihrem Arbeitsalltag tatsächlich verwenden und wie die Finanzierungsmodalitäten aussehen. Im Rahmen dieser Recherchearbeit ist die Beantwortung dieser Frage nicht möglich.

## 4.2 Wohnformen

Für die Pflege und Betreuung von Betagten im Alltag sind die Wohnform und der Wohnungsraum ebenfalls ausschlaggebend. Zum Beispiel benötigt eine ältere Frau, die alleine in einem Bauernhaus, abgeschieden auf dem Land lebt, eine andere Betreuung und Pflege, als ein älteres Paar, in einem Stadtquartier wohnend, die bei haushälterischen Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen ist. Die zentrale

Wunschvorstellung selbstständig zu wohnen und zu leben (auch mit Betreuung und Pflege), hatte in den letzten Jahrzehnten entsprechende Auswirkungen auf die Entwicklung neuer Wohnangebote. Neue Wohnformen ermöglichen das selbstständige Wohnen älterer Personen, trotz funktionaler Gesundheitseinschränkungen. Wohnen mit Services oder in Alterswohnungen in der Nähe eines Alters- und Pflegeheim gestattet ein selbstständiges Wohnen mit Betreuungs- und Pflegeleistungen. Des Weiteren konnte der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen und die Entwicklung verschiedenster Hilfsmittel das Wohnen von gesundheitlich eingeschränkten Betagten in den eigenen vier Wänden verbessern. Parallel dazu veränderten sich auch die Wohnbedingungen im stationären Versorgungsbereich. Der Age Report III konstatiert einen grundlegenden Wandel von Altersinstitutionen, von starren Alterseinrichtungen zu offenen «Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die auf individuelle Bedürfnisse ihrer Bewohner und Bewohnerinnen eingehen» (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 137). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf vielfältiger geworden sind. Abbildung 16 zeigt die Vielfalt gegenwärtiger Wohnformen. Grundsätzlich lassen sich die verschiedenen Wohnformen in individuelle, private gemeinschaftliche und institutionalisierte Wohnformen einteilen. Unter Wohnformen versteht man verschiedene Arten des Zusammenlebens. Die exemplarische Zusammenstellung der Tabelle repräsentiert nicht alle möglichen Wohnformen.

**Abbildung 16: Wohnformen im Alter**

<b>Individuelle Wohnformen</b>	<b>Private gemeinschaftliche Wohnformen</b>	<b>Institutionalisierte Wohnformen</b>
Wohnen zu Hause	Alterswohngemeinschaften	Altersheim
Alterswohnungen	Mehrgenerationenhaus	Altersresidenz
Wohnen mit Service	Altershausgemeinschaft	Pflegeheim/-zentrum Pflegehingruppen Alterszentrum

Quelle: Rügger, 2014; Jann, 2012; eigene Darstellung.

#### **4.2.1 Individuelle Wohnformen**

Die grosse Mehrheit der alten Menschen in der Schweiz lebt bis ins hohe Alter selbstständig in ihren Wohnungen. Das private Wohnen ist in drei unterschiedlichen Formen möglich: Wohnen zu Hause, in Alterswohnung und in Wohnungen mit Services.

##### **Wohnen zu Hause**

Das Wohnen zu Hause im Alter unterscheidet sich grundsätzlich nicht vom Wohnen in anderen Lebensphasen. Der Wohnraum kann jedoch auf die Dauer einen

starken Einfluss auf das Alltagsleben haben (vgl. Jann, 2012, S. 5). Mit dem Alterungsverlauf können gesundheitliche Einschränkungen auftauchen, welche das selbstständige Wohnen verändern. Je mehr ein Wohnraum darauf ausgelegt ist, den Fragilisierungsprozess im Alter zu berücksichtigen, desto eher lässt sich der Verbleib im eigenen zu Hause wesentlich verlängern. Darunter fallen der Einsatz von Aufzügen bei mehreren Stockwerken, schwellenlose Räume, Handläufe, rollstuhlgängige Wege oder eine gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr. Aber auch kleine bauliche Massnahmen wie ein Haltegriff neben der Toilette, eine schwellenlose Dusche, ein Handlauf im Flur oder eine gute Beleuchtung zählen dazu (vgl. Rüeegger, 2014, S. 5). Daneben spielen auch externe Faktoren eine Rolle. Reinigungsdienste, nahe Einkaufsmöglichkeiten, Mahlzeitendienste und Spitex-Dienste ermöglichen es älteren Menschen, in ihrer bisherigen Wohnung zu bleiben. Selbst bei steigender Pflegebedürftigkeit ist die entsprechende Betreuung und Pflege zu Hause durch die Spitex und privater Anstellung von Care-Arbeiterinnen und -Arbeiter möglich.

### **Alterswohnungen**

Alterswohnungen stellen eine Wohnform dar, welche spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet ist. Der Wohnraum muss minimale Standards erfüllen, damit von *altersgerechtem* Wohnraum gesprochen werden kann. Die Richtlinien werden vom Bundesamt für Wohnungswesen (BWO), von der Schweizerischen Fachstelle für behindertengerechtes Bauen und vom Verein Procap entwickelt (vgl. Bohn, 2014). Nach einer Umfrage zufolge sind 16'000 Alterswohnungen gemeldet. Man geht davon aus, dass die Zahl weit höher ist. Über die Verteilung der Alterswohnungen in der Schweiz ist noch wenig bekannt. Die Kantone Basel-Stadt und Zug bedienen im Vergleich zu anderen Kantonen am meisten Alterswohnungen (vgl. Werner et. al., 2016, S. 22).

### **Wohnen mit Service**

Wohnen mit Service ist eine Mischform zwischen Einrichtung und Aufsicht durch Fachpersonal und gleichzeitigem selbstständigem Wohnen. Betreutes Wohnen im Alter verbindet das Angebot einer Alterswohnung, in der ältere Menschen selbstständig leben, mit der Wahl, je nach individuellem Bedarf, professionelle Dienstleistungen in den Bereichen Verpflegung, Haushalt, Betreuung, Pflege, Kultur und Freizeit in Anspruch zu nehmen (vgl. Rüeegger, 2014, S. 6). Im Gegensatz zu gewöhnlichen Wohnungen oder Alterswohnungen sind in dieser Wohnform die einzelnen Unterstützungsformen bereits integriert.

#### **4.2.2 Private gemeinschaftliche Wohnformen**

Neben den individuellen Wohnformen im privaten Bereich bestehen auch solche, die verstärkt Partizipationsmöglichkeiten anbieten. Darunter fallen Wohnge-

meinschaften oder Hausgemeinschaften. Was in allen drei Wohnformen auffällt, dass durch das partizipative Element, die Betreuung im Wohnen mitgedacht wird.

### **Alterswohngemeinschaften**

Alterswohngemeinschaften zielen darauf hin, dass ältere Menschen gemeinsam das alltägliche und häusliche Leben gestalten. In einer Alters-WG besitzen alle Bewohnerinnen und Bewohner private Räume mit Rückzugsmöglichkeiten, teilen gleichzeitig die zentralen Lebensräume wie Küche, Bad, Wohn- und Esszimmer. Im Unterschied zu Wohngemeinschaften in anderen Lebensphasen findet sehr viel im eigenen Wohnraum statt. Zudem ist der Anspruch der Wohnqualität in Alters-WGs sehr hoch (vgl. Rüeegger, 2014, S. 7). Die altersbedingten Risiken im Alltag führen dazu, dass die einzelne Person verstärkt auf die Unterstützung von anderen angewiesen ist. Eine Alters-WG setzt die Bereitschaft der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner voraus, sich aktiv an der Wohngemeinschaft zu beteiligen. Die Betreuungsarbeit liegt bei den einzelnen Mitbewohnerinnen und Mitbewohner selbst. Man aktiviert sich gegenseitig.

### **Mehrgenerationenhaus**

Im Gegensatz zu Deutschland ist in der Schweiz das Wohnen in einem Mehrgenerationenhaus noch wenig verbreitet. Die generationenübergreifende Wohnform beruht auf dem verbindlichen Zusammenleben von Jung und Alt, Alleinstehenden und Familien. Dem Konzept liegt der Gedanke zu Grunde, dass die Mehrheit der älteren Bevölkerung ein generationengemischtes Wohnen einem altershomogenen Wohnen vorzieht (vgl. Höpflinger & Van Wezemael, 2014, S. 130). Ziel ist eine gegenseitige Ergänzung und Unterstützung im Alltag. Die Betreuung von älteren Menschen erfolgt meistens durch jüngere Hausbewohnerinnen und Hausbewohner. Es besteht keine professionelle Betreuung. Sie erfolgt meistens in Form der sozialen Teilhabe und im spontanen Helfen bei alltäglichen Verrichtungen.

### **Altershausgemeinschaften**

Die Wohnform Altershausgemeinschaft verbindet das Zusammenleben mit anderen älteren Personen mit eigenen Wohnungen im selben Haus. Von allen wird jedoch erwartet, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner sich an gemeinsamen Aktivitäten beteiligen und sich gegenseitig unterstützen. Die Hausgemeinschaft verfügt über gemeinsam benutzbare Räume. Altershausgemeinschaften richten sich an ältere Personen, die ihre Privatsphäre selbst bestimmen und sich gleichzeitig für eine gemeinsame Alltagsgestaltung engagieren. Altersbedingte Risiken im Alltag werden durch die gemeinschaftliche Vernetzung, gegenseitige Hilfe und Betreuung vermindert. Für stark pflegebedürftige Betagte bietet diese Wohnform keine Lösung (vgl. Rüeegger, 2014, S. 8).

### 4.2.3 Institutionalisierte Wohnformen

Wurden bisher eher neue Wohnformen vorgestellt, so haben institutionalisierte Wohnformen eine längere Tradition. Die Wurzeln reichen bis ins 18. Jahrhundert zurück. Heute zählen auch Altersheime, Pflegeheime, Alterszentren und Pflegewohngruppen zu den institutionalisierten Wohnformen.

#### Altersheim

Gewöhnlich verfügen Altersheimbewohnerinnen und Altersheimbewohner über ein eigenes Zimmer mit Nasszelle, besitzen aber keine eigene Kochgelegenheit. Die Verpflegung, Wäsche- und Zimmerreinigung, die Beratung, die Nutzung der Gemeinschaftsräume und Veranstaltungsangebote bilden zusammen mit dem Zimmer ein Gesamtpaket. Altersheime haben Ähnlichkeiten mit einem «unbefristeten Hotelaufenthalt» (Rüegger, 2011, S. 9) mit zusätzlichen Dienstleistungen, welche die gesamten Alltagsstrukturen abdecken. Da Altersheime nicht berechtigt sind, Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung zu erbringen, befinden sich fast nicht oder nur leicht pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner in Altersheimen.

Heutzutage bieten ambulante Dienstleistende Angebote im Bereich Haushalt, Betreuung und Pflege an. Weil ältere Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben wollen, verliert das Altersheim immer mehr an Bedeutung (vgl. Credit Suisse, 2013, S. 12).

#### Altersresidenz

Altersresidenzen sind eine Mischung aus Alterswohnungen und Altersheim «auf einer gehobenen Stufe hotelähnlichen Wohnens» (Rüegger, 2014, S. 9). Die Bewohnerinnen und Bewohner haben eine kleine Wohnung, leben jedoch zusammen in einer Institution, welche ein breites Angebot an professionellen Dienstleistungen zur Verfügung stellt. Neben gemeinsamen Räumlichkeiten, Restaurant, zum Teil Schwimmbad oder Fitnessräume, gehören kulturelle Veranstaltungen auch dazu. Seniorenresidenzen sind ein milieuspezifisches und qualitativ hochstehendes Wohnkonzept. Die Wohnform ist eher für wirtschaftlich gut situierte Personen vorgesehen. Viele Residenzen verfügen auch über eine Pflegeabteilung.

#### Pflegeheim/-zentrum

Pflegeheime sind Institutionen für ältere Menschen, welche nicht mehr in ihrem Zuhause leben können und eine relativ umfassende Pflege und Betreuung benötigen. Die Aufenthalte sind in der Regel von längerer Dauer. Gewisse Pflegeheime bieten aber auch Kurz- oder Tagesaufenthalte an. In den meisten Fällen dient das Pflegeheim für ältere Menschen als Sterbeort (vgl. Höpflinger & Van Wezemael, 2014, S. 145). Ähnlich wie Altersheime erbringen Pflegeheime eine «rund

um» Versorgung. Der Unterschied besteht darin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner für kassenpflichtige Pflegeleistungen nicht selbst aufkommen müssen. Pflegeheime erbringen kassenpflichtige Pflegeleistungen und sind daher berechtigt, Leistungen zu Lasten des KVG zu verrechnen. Im Gegensatz zu Altersheimen verfügen Pflegeheime über eine Infrastruktur (Fachpersonal, Räumlichkeiten, Geräte, Pflegestufen usw.), welche die Pflege von Betagten mit mittlerem bis hohem Pflegebedarf ermöglicht.

### **Pflegewohngruppen**

Als Pflegewohngruppen bezeichnet man durch Fachpersonal geleitete Alterswohngemeinschaften mit pflege- und betreuungsbedürftige Betagte. Pflegewohngruppen stellen eine Kombination aus Wohngemeinschaften und Pflegeheim dar. Diese Wohnform eignet sich für Personen, die nicht mehr selbstständig wohnen können, aber gleichzeitig nicht in einem Heim betreut werden wollen. Eine Pflegewohngruppe bietet einen «familienähnlichen Rahmen» (Rüegger, 2014, S. 11). Zum einen werden Bewohnerinnen und Bewohner professionell betreut, zum anderen sind sie in die häuslichen Alltagsaktivitäten eingebunden.

### **Alterszentrum**

Alterszentren sind institutionelle Komplexe, welche verschiedene Wohnformen miteinander verbinden. Der Vorteil liegt darin, dass sie bei zunehmender gesundheitlicher Einschränkung der Bewohnerinnen und Bewohner die nötigen Wechsel in eine andere Wohnform einfacher vollziehen können. Mit dem Wohnungswechsel ändert auch die Betreuungsform. Für die Bewohnerinnen und Bewohner liegt der Vorteil darin, dass sie die Wohnform im Falle zunehmender Gebrechlichkeit innerhalb der bereits vertrauten Umgebung wechseln können.

#### **4.2.4 Zukünftige Wohnungsentwicklungen im Altersbereich**

Berücksichtigen wir die Werte und Bedürfnisse älterer Menschen, ist der Wunsch so lange und so selbstständig wie möglich im eigenen Zuhause zu leben, eines der wichtigsten Aspekte, der zu berücksichtigen ist. Dadurch nimmt die Vielgestaltigkeit des Alterns weiter zu. Auch in Zukunft braucht es deshalb ein Angebot unterschiedlicher Wohnformen, damit allen gleichermaßen ein ideales Wohnumfeld gegeben ist.

Mit der Heterogenität des Alterungsprozesses steigt der Bedarf an massgeschneiderten Dienstleistungen in Pflege und Betreuung (vgl. Kwiatkowski & Tenger, 2016). Wie sich diese Entwicklung auf das Wohnen im Alter auswirkt, ist unter Expertinnen und Experten umstritten. Zum einen geht man davon aus, dass Modelle wie Alterswohnungen oder Wohnen mit Service durch die Verbindung von Autonomie, Sicherheit, Unterstützung und Gemeinschaft in Zukunft an Attraktivität gewinnen werden (Huber, 2008, S. 158 ff.). Zum anderen geht

aus dem Age Report III hervor, dass der Bezug einer Alterswohnung auf unterschiedliche Resonanz stösst (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 140). Die Attraktivität «betreuter» Wohnformen ist eng mit der funktionalen Gesundheit der Person verknüpft. Wer gesundheitlich eingeschränkt ist, befürwortet eher die obigen Wohnformen als eine gesunde ältere Person. Zusätzlich spielt das Einkommen eine weitere Rolle. Die Befragten mit tiefen Einkommen sind mehrheitlich für Alterswohnungen als die Befragten mit höheren Einkommen. Insgesamt ist die Befürwortung von Alterswohnungen knapp ein Drittel.

Das altersgerechte Wohnen lässt sich nicht auf die Beschaffenheit der Wohnung reduzieren. Um die Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu gewähren, ist eine *unterstützte* Selbstständigkeit durch das lokale soziale Netzwerk erforderlich. Deshalb ist neben einer altersgerechten Wohnung auch die Wohnumgebung mit dem Unterstützungsnetzwerk massgebend. «Ageing in place» (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 232) ist nur durch eine Kombination von barrierefreier Wohnung und gut ausgebauten lokalen Serviceleistungen in Form von Hilfe durch Angehörige, Nachbarhilfe, Quartierarbeit, Freiwilligenhilfe aber auch professionelle Pflegestrukturen wie Spitex-Organisationen möglich.

Im Zuge der verstärkten Bedürfnisorientierung in der Altershilfe und Alterspflege müssen stationäre Einrichtungen ihre Dienstleistungen vermehrt auf die private Alltagsgestaltung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner richten, individuelle Wahlmöglichkeiten in die Angebote integrieren und letztlich die eigene Institution zum Leben in der Umgebung (im Quartier) öffnen (vgl. Rüegger, 2014, S. 12).

Die Realisierung des Wunsches «zu Hause alt werden» ist nur möglich, wenn die Autonomie und Verantwortung nicht mit dem gesellschaftlichen Umfeld in Widerspruch gerät. Altersgerechtes Wohnen ist ohne altersgerechtes Umfeld nicht realisierbar. Obschon die Schweiz im europäischen Vergleich ein sehr engmaschiges Angebot an ambulanten, intermediären und stationären Versorgungsstrukturen verfügt, ist die Kombination von Wohn- und Betreuungsformen noch wenig ausgebaut. Dafür benötigt es kommunale und interkommunale alterspolitische Strategien und Netzwerke (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 230).

### **4.3 Wohnwünsche und -bedürfnisse im Alter**

Wie in jeder Lebensphase ändern sich auch im Alter die Wohnbedürfnisse. Der Wegzug der Kinder, der Eintritt in die nachberufliche Lebensphase erzeugen neue Wünsche und Vorstellungen an Lebens- und Wohngestaltung. Allerdings unterscheiden sich die Wohnbedürfnisse der älteren Bevölkerung je nach ökonomischer, sozialer und gesundheitlicher Situation. Alle haben jedoch den Wunsch eines möglichst langen, eigenständigen Lebens zu Hause oder im vertrauten Wohnumfeld (vgl. Michell-Auli, 2011, S. 5; Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 137 ff.). Entsprechend wurden Wohnformen entwickelt, welche das selbststän-

dige Wohnen auch mit Betreuungs- und Pflegeleistungen ermöglichen. Zunächst gilt es jedoch aufzuzeigen, welche Wohnwünsche und -bedürfnisse ältere Menschen in der Schweiz haben. Folgende Ausführungen beruhen auf dem aktuellsten Age Report III (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014). Es fällt auf, dass die Wohnwünsche letztlich mit dem Wunsch selbstständig zu leben einhergehen.

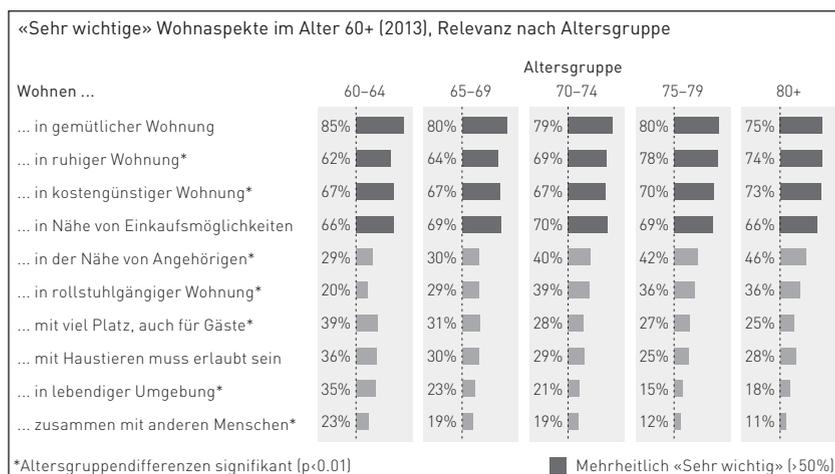
### 4.3.1 Relevante Wohnaspekte im Alter

Wie auch schon in älteren Umfragen stellt die Gemütlichkeit den wichtigsten Wohnaspekt dar und ist von sozialen Merkmalen (zum Beispiel Alter, Geschlecht, Bildungshintergrund, Einkommensklasse) relativ unabhängig. Die Autorinnen und Autoren verstehen darunter «eine gute emotionale Passung von Wohnung und Bewohnerschaft» (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 124). Für die nachberufliche Lebensphase scheint also die gute emotionale Übereinstimmung zwischen Person und Wohnung für die Lebensqualität im Alter entscheidend zu sein.

An zweiter Stelle ist die Ruhe. Eine ruhige Lage der Wohnung hat in den letzten zehn Jahren an Bedeutung gewonnen. Aus der Studie geht hervor, dass nicht nur bei älteren Bevölkerungsgruppen eine ruhige Wohnung wichtig ist. Der Aspekt der Ruhe nimmt aber mit zunehmendem Alter an Bedeutung zu. Ältere Menschen in städtischen Zentren gewichten diesen Aspekt höher als solche in ländlichen Gebieten, da in urbanisierten Regionen das aktuelle Wohnumfeld häufig als lärmig empfunden wird.

Der Kostenfaktor einer Wohnung ist ein weiterer Aspekt, der für ältere Menschen wichtig ist. Im Vergleich zur letzten Studie 2008 gewinnt der Wohn-

**Abbildung 17: Überblick der Bedeutung von Wohnaspekten im Alter nach Altersgruppen**



Quelle: Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 125.

wert in der aktuellen Umfrage an Bedeutung. Im Gegensatz zu den anderen zwei erwähnten Wohnaspekten sind erhebliche Unterschiede je nach Bildungsniveau und Haushaltseinkommen festzustellen. 83 Prozent der Befragten mit einem Haushaltseinkommen unter 4'000 Franken erachten eine kostengünstige Wohnung als sehr wichtig. Hingegen erachten weniger als die Hälfte (45%) der Befragten mit einem hohen Einkommen (mehr als 6'000 Franken) eine günstige Wohnung als sehr wichtig. Die Wohnkosten haben für die wohlhabende Gruppe älterer Menschen an Bedeutung verloren. Hingegen bleibt der Kostenfaktor der Wohnung bei den einkommensschwächeren Gruppen älterer Menschen zentral.

Im Vergleich zu den älteren Umfragen hat sich die Gewichtung der angeführten Wohnaspekte nicht verändert. Daraus schliessen die Autorinnen und Autoren, dass sich der Wohnwunsch im Alter immer noch stark an traditionellen Wohnvorstellungen orientiert. Eine Wohnung muss gemütlich, ruhig und möglichst kostengünstig sein. Was in der Studie auffällt ist die Tatsache, dass soziale Wohnaspekte (Platz für Gäste, Nähe zu Angehörigen) weniger im Zentrum der befragten älteren Menschen stehen. Für ältere Menschen scheint die Beziehung zur eigenen Wohnung im Vordergrund zu stehen. Das ist nicht überraschend, wenn man berücksichtigt, dass die Wohnung in der nachberuflichen Lebensphase immer stärker in den Mittelpunkt rückt (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 77 ff.).

### **Die eigenen vier Wände als Rückzugsort**

Die oben genannten Wohnaspekte verdeutlichen, dass im Alter vor allem die Beziehung zur eigenen Wohnung im Fokus steht. Für die meisten älteren Personen dient die eigene Wohnung primär als Rückzugs- und Erholungsort (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 133). Das aktive Alltagsleben älterer Menschen findet vorwiegend ausserhalb der eigenen vier Wände statt. Alternative und neue Wohnformen, wie Alterswohngemeinschaften oder Hausgemeinschaften werden von den befragten älteren Personen eher negativ beurteilt. Zwar steigt der Anteil an Zustimmung älterer Personen für gemeinschaftliches Wohnen. Doch der Anteil liegt bei knapp einem Fünftel der Befragten. Die Gründe für die tiefe Zustimmung alternativer Wohnformen sind unterschiedlich. Es verdeutlicht aber, wie wichtig der Besitz einer eigenen Wohnung ist.

### **Selbstständiges Wohnen**

Der Wunsch möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu bleiben wird auch im Angebot neuer Wohnformen ersichtlich. Bei den Angeboten fällt auf, dass ein selbstbestimmtes und selbstständiges Wohnen Hilfsmittel und Hilfsangebote nicht ausschliessen. Im Gegenteil: Wohnformen wie Wohnen mit Services, Alterswohnungen in der Nähe eines Alters- und Pflegeheim bieten für ihre Kundinnen und Kunden bestimmte Betreuungs- und Pflegeleistungen an, um ein selbstständiges Wohnen auch bei allfälligen funktionalen Einschränkungen zu ermöglichen

(vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 137). Das entspricht den Wohnwünschen und -bedürfnissen älterer Menschen. In der Umfrage der deutschen Studie «Wohnwünsche im Alter» (TNS Emnid 2011) gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, einem Wohnungswechsel zuzustimmen, sofern sich die Versorgungsmöglichkeiten dadurch verbessern und damit weiterhin selbstständiges Wohnen möglich ist. Auch Hilfsmittel (Alarmanlage, Gegensprechanlage, Notrufknopf) und eine hindernisfreie Wohnung gelten aus Sicht der Befragten als wichtige Voraussetzungen für eigenständiges Wohnen. Das Bedürfnis nach Sicherheit und Selbstständigkeit ist an die Wohnwünsche älterer Menschen geknüpft.

### **Die Bedeutung des Wohnumfelds**

Zwei Wohnformen erhielten in den letzten Jahren erhöhtes mediales und soziales Interesse. Es handelt sich dabei um generationendurchmisches und gemeinschaftliches Wohnen (zum Beispiel Alterswohngemeinschaft, Altershausgemeinschaft) (vgl. Höpflinger & Van Wezemaal, 2014, S. 129).

Aus den Ergebnissen des Age Reports III geht hervor, dass die Mehrheit der Befragten lieber in einem Haus mit verschiedenen Generationen wohnen möchte. Das Bedürfnis nach generationendurchmischem Wohnen ist jedoch stark von der Höhe des Haushaltseinkommens abhängig. Einkommensstarke Gruppen neigen eher dazu altersgetrennte Wohnformen vorzuziehen.

Gemeinschaftliche Wohnprojekte stossen bei älteren Menschen eher auf Abneigung. Das wohngemeinschaftliche Leben wird von den Befragten mehrheitlich negativ beurteilt. Allerdings gewannen haus- und wohngemeinschaftliche Wohnmodelle im Vergleich zu den älteren Studien in allen Alters- und Bildungsgruppen an Zustimmung. Vermutlich hat die Ablehnung der Befragten damit zu tun, dass der Anteil älterer Menschen in gemeinschaftlichen Wohnformen in der Schweiz noch sehr gering ist und in vielen Regionen wenig passende und bezahlbare Wohnobjekte für gemeinschaftliche Wohnprojekte vorhanden sind.

#### **4.3.2 Altersgerechtes Wohnumfeld**

Fassen wir die Wohnwünsche und -bedürfnisse im Alter zusammen, stellen wir fest, dass neben einer privaten Wohnung und einem sozialen Wohnumfeld eine gute Gesundheitsversorgung (darunter fallen Betreuungs- und Pflegeangebote) ein zentraler Aspekt für eigenständiges Wohnen – selbst bei Pflegebedürftigkeit – darstellt. Altersgerechtes Wohnen beinhaltet weitaus mehr als eine hindernis-/barrierefreie Wohnung.

Die Planungsrichtlinien für altersgerechte Wohnbauten beziehen den Sozialraum in den Wohnungsbau ein (vgl. Bohn, 2014). Altersgerechtes Planen und Bauen berücksichtigt auch Menschen, welche nicht bei bester Gesundheit alt werden und dennoch das Interesse eines selbstständigen und sicheren Alltags haben.

## Barrierefreies Wohnen

Die Sicherheit und Selbstständigkeit älterer Menschen muss in die bauliche Planung einbezogen werden, selbst dann, wenn die Personen in ihrem Alltag eingeschränkt sind. Nebst den Anforderungen nach Hindernisfreiheit (stufen- und schwellenlos), minimalen Durchgangsbreiten und Gleitsicherheit sind auch Farb- und Lichtkonzepte Teil altersgerechter Wohngestaltung (vgl. Höpflinger, 2014). Rein bauliche Hindernisse können für ältere Menschen zum Problem werden. Doch deren Beseitigung allein erfüllt noch kein hindernisfreies Wohnumfeld. Altersgerechte Wohnangebote müssen zusätzlich den öffentlichen Raum, die Infrastruktur und Angebote einbeziehen, welche ältere Menschen in Anspruch nehmen (vgl. Imhof, 2014). Neue Ansätze zum altersgerechten Wohnungsbau beruhen auf der Idee, möglichst flexible Lösungen anzubieten, die den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen oder zumindest das Leben im vertrauten Quartier sicherstellen.

Mit dem Begriff des «wandelbaren Wohnraums» (Imhof, 2014, S. 176) bringt Lorenz Imhof einen weiteren Aspekt des Wohnens im Alter ein. Die Idee des wandelbaren Wohnraums geht davon aus, dass die betroffenen Betagten und ambulanten Dienstleistenden für die Umsetzung baulicher Massnahmen aktiv in den Entscheidungsprozess einbezogen werden müssen. Damit wird ein Altern in der eigenen Wohnung ermöglicht. Primär geht es darum, gemeinsam mit Fachpersonen Alltagsstrategien zu entwickeln, die den Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung ermöglichen. Dieses Modell einer gemeinsamen Planung wurde in der *SpitexPlus-Studie* angewendet (Imhof, Naef & Hediger, 2011). Untersucht wurden die Lebensbedingungen von zu Hause lebenden Menschen in hohem Alter und der unterstützende Einsatz von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheit von älteren Personen bis ins hohe Alter positiv beeinflusst werden kann.

## Wohnquartier

Um Betagten ein altersgerechtes Wohnumfeld zu bieten, müssen entsprechende Massnahmen im unmittelbaren Wohnquartier getroffen werden. Die Beseitigung von «Angst-Räumen», die Schaffung von Orientierungsmöglichkeiten, geschützte Aufenthaltsmöglichkeiten, quartierbezogene Dienstleistungsangebote im Bereich Gesundheit und Versorgung (zum Beispiel Hausnotruf-Systeme, Mittagstisch, Mahlzeitendienste, Einkaufs- und Reinigungsservices, Besuchs- und Transportdienste) sind erforderliche Strukturen. Konkrete Umsetzungsvorschläge für die Gestaltung altersgerechter Wohnquartiere sind in der Schweiz bisher nicht bekannt. In Deutschland gibt es das Konzept *WohnQuartier4* (vgl. WohnQuartier 4, 2006). Die Vier steht für vier unterschiedliche Faktoren, welche für eine altersgerechte Quartiergestaltung berücksichtigt werden müssen. Darunter fallen «Wohnen und Wohnumfeld», «Gesundheit, Service und Pflege», «Partizipation und Kommunikation» und «Bildung, Kunst und Kultur» (vgl. WohnQuartier 4,

2006, S. 7 ff.). Anhand der vier Faktoren lässt sich ein Quartier zukunftsorientiert und lebenswert gestalten.

### 4.3.3 Die Bedeutung der Technik im Alter

Um die Bedeutung der Technik im Altersbereich hervorzuheben, unterscheiden wir im folgenden Kapitel zwei Arten von Technik (vgl. Mollenkopf 1994, S. 30). Einerseits gibt es die allgemein verfügbaren technischen Mittel, wie das Telefon, den Fernseher und Haushaltsgeräte. Andererseits gibt es spezifische technische Mittel, welche sich auf ältere und eingeschränkte Menschen ausrichten. Darunter fallen zum Beispiel der Elektro-Rollstuhl oder das Notrufsystem. Die technischen Unterstützungsformen im Alter<sup>32</sup> lassen sich unter zwei Begriffe zusammenfassen. «Smart Home» und altersgerechte Assistenzsysteme «Ambient Assisted Living» (AAL) bezeichnen Vernetzungssysteme zwischen intelligentem Wohnen und sozialer Umwelt (Angehörige, Nachbarn, Vermieterinnen, Vermieter, Ärztinnen, Ärzte, Vereine usw.). Beides sind Systeme, welche Einzelgeräte miteinander verbinden und mit intelligenten, teilweise autonomen Teilsystemen ausgestattet sind (vgl. Schelisch, 2016, S. 76 ff.).

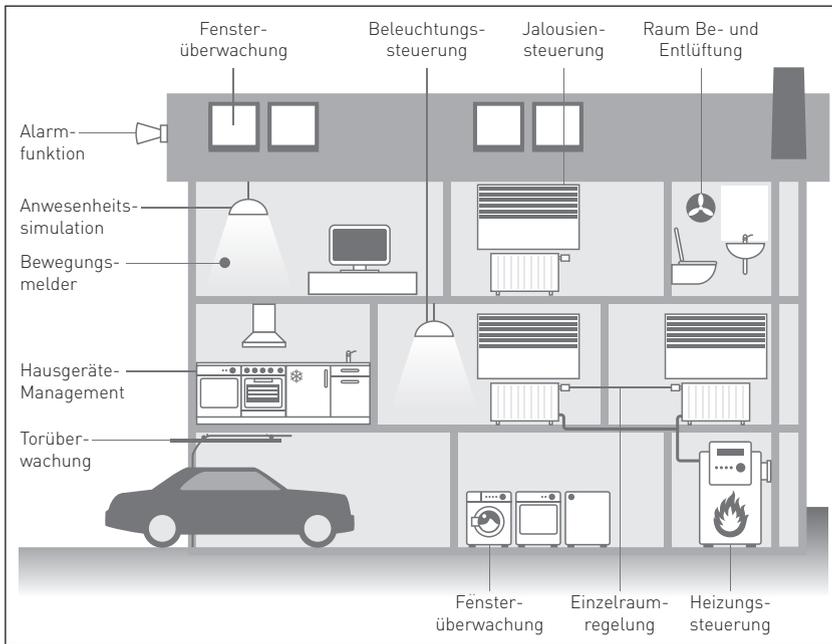
#### Smart-Home-Systeme

Smart Homes sind Systeme, welche Einzelgeräte miteinander verbinden, die zentral steuerbar sind. Anhand solcher Systemen lassen sich relevante Stellen wie zum Beispiel Steckdosen, Licht und Heizungen (fern)steuern (vgl. Schelisch, 2016, S. 77). Das Anwendungsspektrum von Smart Homes ist sehr breit gefächert. Die Technologien reichen von der Energieeinsparung über die Erhöhung von Komfort und Sicherheit bis zur optimalen Alltagsorganisation. Zum Beispiel lässt sich die Heizung je nach Jahreszeit regeln, die Jalousien und Rollläden öffnen und schliessen sich automatisch je nach Sonnenstand, Sicherheitssysteme überprüfen die Gefahrensituation im Haus (zum Beispiel Gas- und Wasseraustritt, Rauchentwicklung oder Einbrüche) und verständigen die Hilfe bei Notfällen. Für Betagte dienen Smart-Home-Systeme vor allem zum Schutz vor Unfällen, Einbrüchen und Gefahren. Im Grunde soll ein Smart-Home-System die Selbstständigkeit älterer Menschen in ihrem Zuhause optimieren und damit ein möglichst langes Leben in den eigenen vier Wänden zulassen (ebd., S. 100). Die meisten Smart-Home-Systeme, welche sich an ältere Bevölkerungsgruppen richten, existieren erst als Proto-Projekte. Welcher Zusammenhang zwischen Smart-Home-Systemen und Betreuungstätigkeiten besteht, ist bisher noch unerforscht. Es liegt jedoch nahe, dass solche Systeme darauf angelegt sind, die Selbstständigkeit einer älteren Person zu verlängern. Daraus könnte eine Verzögerung von bestimmten Betreuungsansprüchen folgen, weil das System bestimmte betreuende Handlungen ersetzt.

---

32 Selbstverständlich steht die technische Hilfe auch jüngeren Menschen zur Verfügung.

**Abbildung 18: Exemplarische Darstellung eines Smart-Home-Systems**



Quelle: Verband der Elektrotechnik, 2010, S. 9.

## Technische Assistenzsysteme

Im Gegensatz zu Smart-Home-Systemen konzentrieren sich AAL-Systeme auf die Bereiche Gesundheit, Kommunikation und soziale Unterstützung. Ein AAL-System zeichnet das Verhalten von Menschen auf: sammelt Daten, übermittelt diese, wertet sie aus, legt Verhaltensmuster fest und vergleicht sie mit registrierten Situationen. Solche Systeme nehmen Einzug in Aufgabenbereiche, welche bisher primär von Pflegefachpersonen oder Angehörigen übernommen wurden (vgl. Bachinger & Fuchs, 2013). Zusammengefasst verbinden sie soziale und organisatorische Prozesse. Sie sind ein «Zusammenwirken von modernen technischen Systemen der Kommunikations- und Gebäudesystematik sowie von Angeboten aus den Bereichen der Sozial- und Gesundheitsberufe als auch des Handwerks und haushaltsnaher Dienstleister zu einem übergreifenden Netzwerk mit einem gemeinsamen Dienstleistungsportfolio» (htw saar, 2014, o. S.).

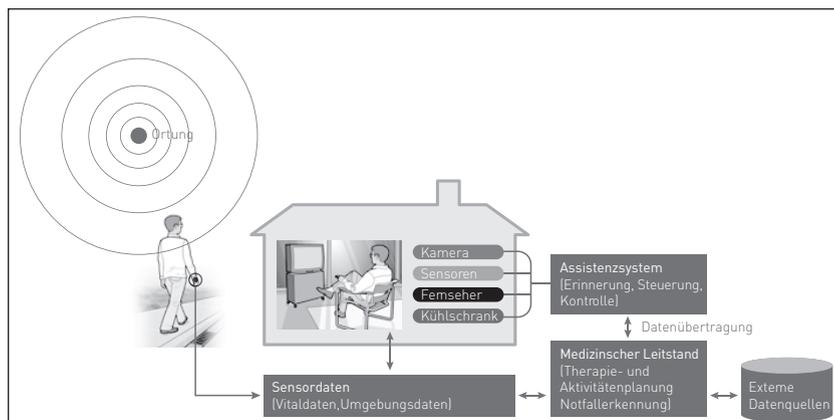
Mit AAL-Systemen lässt sich zum Beispiel ein Rückgang der täglichen Bewegungsdauer oder Abweichungen von Alltagsritualen nachweisen und so eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen. Zusätzlich können mit integrierten Spezialtechniken (SensFloor®Bodenmatte, Armbändern oder Gürtelschnallen mit Sturzerkennung) Stürze erkannt und entsprechende Hilfe verständigt werden (Schelisch, 2016, S. 81). Ergänzt wird das AAL-System durch

Telemonitoring und Telemedizin. Darunter versteht man die Übertragung von medizinischen Daten über beliebige Entfernung. Dabei werden Vitaldaten (Herzfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur, Atemfrequenz usw.) digital registriert und in aufbereiteter Form an Familienangehörige, an Ärzte oder ambulante Pflegedienste gesendet. Damit ist das Umfeld einer älteren Person über deren gesundheitlichen Zustand informiert und Veränderungen des Gesundheitszustands können unmittelbar erkannt werden. Einige der AAL-Systeme übernehmen zusätzlich Erinnerungs- oder Aktivierungsfunktionen, indem sie eine Person an die Medikamenteneinnahme erinnern oder Bewegungs- und Gedächtnistrainings durchführen. Komplexere AAL-Systeme optimieren sich selbst, in dem sie alltägliche Muster der Personen erkennen und in das eigene System integrieren. «Das Programm »lernt« dann etwa, wann NutzerInnen üblicherweise kochen, das Licht an- und ausschalten oder auf die Toilette gehen» (Bachinger & Fuchs, 2013, S. 77).

Die Herausforderung technischer Assistenzsysteme besteht darin, dass für den Schutz und Erhalt der Autonomie alter Menschen, die ständige und umfassende Überwachung notwendig wird. AAL-Systeme funktionieren unmittelbar in der Privat- und Intimsphäre der Betroffenen. Dabei treffen sie automatisierte Entscheidungen, welche das Verhalten der älteren Person anhand bestimmter Schwellenwerte kontrollieren und letztlich definieren, ohne dass sich die pflegebedürftige Person dessen bewusst ist (vgl. Bachinger & Fuchs, 2013).

Der Einsatz neuer technischer Mittel bringt auch neue Problemstellungen und Fragen zu Themen hervor wie Datenschutz, Haftungsfragen bei Fehlalarmen und unterbliebenen Alarmen, Überwachung und Kontrolle, Einwilligung (vgl. Bachinger & Fuchs, 2013).

**Abbildung 19: Zusammensetzung eines AAL-Systems**



Quelle: Verband der Elektrotechnik, 2010, S. 7.

## Anwendungsbereiche technischer Assistenzsysteme

Die Anwendung von AAL-Systemen lassen sich in vier unterschiedliche Bereiche unterteilen (vgl. Abb. 20). Es handelt sich um die Bereiche «Gesundheit und (ambulante) Pflege», «Haushalt und Versorgung», «Sicherheit und Privatsphäre» und «Kommunikation und soziales Umfeld» (vgl. Georgieff, 2008, S. 31 ff.).

### *Gesundheit und (ambulante) Pflege*

AAL-Systeme dienen im Bereich Gesundheit und Pflege zur Unterstützung von Prävention und Rehabilitation im häuslichen Bereich. Darunter fallen Systeme der automatischen Fern- und Selbstüberwachung und Selbstdiagnose. Damit wird versucht die häusliche Pflege und medizinische Versorgung zu verbessern (massgeschneiderte Versorgung). Gleichzeitig wird die Selbstversorgung und unabhängige Lebensführung unterstützt und gefördert (vgl. Schelisch, 2016, S. 190; Georgieff, 2008, S. 32).

Vital- und Bewegungsdaten der älteren Person und deren Umgebung werden mit einem AAL-System überwacht. In Notfallsituationen erfolgt eine Alarmierung und verlangt nach Abschätzung der Situation entsprechende Hilfe. Darüber hinaus lassen sich Assistenzsysteme mit folgenden Anwendungen personalisieren: (vgl. Georgieff, 2008, S. 32)

- › Erinnerungsfunktionen zum Einnehmen von Medikamenten,
- › Aufforderung zu Handlungen bei der Durchführung von Bewegungsprogrammen,
- › Training der kognitiven Fähigkeiten für den Erhalt von geistiger Kapazität,
- › Unterstützung bei der Fortbewegung zu Hause.

### *Haushalt und Versorgung*

Im Feld «Haushalt und Versorgung» soll mit Hilfe der AAL-Systeme eine Optimierung in den Bereichen Sicherheit, Kommunikation, Komfort und Energieeinsparung erzielt werden. Selbstständige Haushaltsführung kann mit Hilfe elektronischer Steuerung und Sensoren verbessert werden. Zu diesem Einsatzbereich zählen auch die Systeme «Smart House».

### *Sicherheit und Privatsphäre*

Mit dem AAL-Ansatz wurden neue Schutzsysteme für die häusliche Infrastruktur ermöglicht. Exemplarisch dafür stehen automatische Rufsysteme mit Alarmfunktion oder Systeme der Zugangsberechtigung (Gesichtserkennung, Fingerabdruck) (Georgieff, 2008, S. 35). Die Systeme dienen jedoch auch der Gefahrenerkennung. Türkameras können zum Beispiel Schutz vor Trickbetrügereien bieten, indem ungebetene Gäste gar nicht erst in das Haus gelassen werden. Es handelt sich auch um die Gefahrenerkennung innerhalb der Wohnung. Die Sicherungs- und Alarm-

systeme können ferngesteuert an ein externes Sicherheitsunternehmen angebunden sein. Fernwartungen und Fehlerdiagnosen können ausserhalb der Wohnung erfolgen. Zwar können AAL-Systeme keinen hundertprozentigen Schutz garantieren, sie vermitteln jedoch das Gefühl der Sicherheit und erhöhen dadurch auch die Bewegungsfreiheit der Betroffenen (vgl. Schelisch, 2016, S. 183).

### *Kommunikation und soziales Umfeld*

Das soziale Netzwerk ist im Alter ein wichtiger Bestandteil für eine selbstbestimmte Lebensführung. Die Stärkung familiärer, nachbarschaftlicher und sozialer Netzwerke ist deshalb von Bedeutung. AAL-Systeme versuchen die soziale Einbindung im Alltag von älteren Menschen zu unterstützen. Mit gezielten Informations- und Kommunikationssystemen wie Videokonferenz, E-Mail, Bildtelefonie, Internet, Soziale Netzwerke, Kalender, Wecker, Notizen, elektronischen Coachings zur Bewegungstrainings, Ernährungsunterstützung usw. versuchen Assistenztechnologien die soziale Teilhabe zu fördern und wahren (vgl. Schelisch, 2016, S. 200; Georgieff, 2008, S. 36).

**Abbildung 20: Technische Assistenzsysteme in den vier Anwendungsbereichen**

Anwendungsbereich	Technische Assistenzsysteme
Gesundheit und (ambulante) Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Technische Unterstützung für schwere körperliche Pflegearbeit (bspw. Kraftunterstützung des Körpers, System zur Übernahme von Hebefunktionen)</li> <li>- Systeme zur Unterstützung der Tagesstrukturierung (bspw. Beleuchtungssysteme (Tag-Nacht-Rhythmus), Systeme zur Erinnerung an Medikamenteneinnahme, Termine)</li> <li>- Systeme zur Erfassung der Beanspruchung von Pflegenden (bspw. Systeme zur Erfassung der emotionalen oder körperlichen Beanspruchung von Pflegenden)</li> <li>- Systeme zur Erfassung von Inkontinenz (bspw. sensorische Erfassung zur Erkennung von Feuchtigkeit am Körper oder im Bett)</li> <li>- Systeme zur Vermeidung von Dekubitus (bspw. intelligente Matratze, Sensorauflage zur Erkennung von Druckpunkten für Rollstühle und Rollbetten)</li> <li>- Systeme zur Unterstützung der Hygiene (bspw. Ganzkörperwaschstation, Toilette mit Intimpflege, Haarwaschroboter)</li> <li>- Ortungs- und Lokalisierungssysteme (bspw. Gegenstands- oder Personenortung)</li> <li>- Fitnessarmbänder</li> <li>- Gesundheitsorientierte Apps</li> <li>- Telemedizinischer Dienst</li> <li>- TeleMonitoring (bspw. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen)</li> <li>- Systeme zur kognitiven Aktivierung (bspw. Softwaretools zur Entwicklung eines digitalen Buchs (insbesondere für Demenzkranke geeignet))</li> <li>- Systeme zur Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens (bspw. Systeme zur Erkennung von Unregelmässigkeiten im Tagesablauf)</li> </ul>

*Fortsetzung der Abbildung 20 auf der folgenden Seite.*

Fortsetzung der Abbildung 20

Anwendungsbereich	Technische Assistenzsysteme
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisierung durch Bewegungstrainer (bspw. persönliches Trainings-Assistenzsystem, System zur Motivation aktiver Bewegung)</li> <li>- Exoskelett für Gehbehinderte</li> <li>- Robotergestützte Orthese</li> <li>- Reha-Roboter</li> <li>- Virtual-Reality-Systeme für ein eigenständiges Trainieren zu Hause</li> <li>- Zahn- und Reinigungssysteme</li> <li>- intelligenter Schuh</li> </ul>
Haushalt und Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Technische Notfall-/Sturzerkennung (bspw. sensorische (visuell, akustisch usw.) Raumüberwachung zur Erkennung von Gefahrensituationen wie Stürze usw., intelligenter Fussboden zur Erkennung von Stürzen oder automatisches Lichtausschalten beim Verlassen eines Raums, tragbare Sensoren zur automatischen Auslösung von Notrufen bei Stürzen)</li> <li>- Sturzvermeidung (bspw. Lichtleitsysteme)</li> <li>- Systeme zur Haushaltsunterstützung (bspw. elektronische Geräte mit Sicherheitsfunktionen, «Alles-aus-Schalter»)</li> <li>- Persönliche elektronische Assistenz in der Haussteuerung (bspw. zentrale Haussteuerung (auch von unterwegs bedienbar), lokale Haus- und Objektsteuerung)</li> <li>- Systeme zur Verbrauchsoptimierung (bspw. Stromverbrauchsmessung)</li> <li>- Serviceroboter für die Hausreinigung</li> <li>- Assistenzroboter</li> <li>- Höhenverstellbare Stühle und Tische</li> </ul>
Sicherheit und Privatsphäre	<p>Personalisierter Zugang zur Wohnung/Haus (ohne Schlüssel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Navigation</li> <li>- Aufstehhilfe</li> <li>- Fahrerassistenzsystem zur Situationserkennung durch Sensorik im Fahrzeuginnern</li> </ul>
Kommunikation und soziales Umfeld	<p>Systeme zur Unterstützung von Schwerhörigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations- und Dokumentationssysteme (bspw. elektronische Dokumentationssysteme, Plattform zur Vernetzung der individuellen Versorgung)</li> <li>- Vernetzungs- und Kommunikationssysteme (bspw. Plattform zur Quartiersvernetzung, soziales Netzwerk, Telepräsenzroboter zur Interaktion mit dem Umfeld)</li> <li>- Emotionale Robotik</li> <li>- Internet (bspw. zur Kommunikation mit Familie oder Gaming)</li> <li>- Mobiltelefone, Computer usw.</li> <li>- Online-Banking, Online-Shopping</li> <li>- Mobilitätshilfen (bspw. der intelligente Rollator iWalker)</li> <li>- Diverse Apps zur Mobilitätsunterstützung (bspw. Taxidienst, COMPAGNO, virtueller Begleiter)</li> </ul>

Quelle: Janett, 2016, S. 97.

## Akzeptanz technischer Hilfsmittel im Alltagsleben älterer Menschen

Mit dem kontinuierlichen Anstieg der älteren Bevölkerung wird der Entwicklung technischer Hilfsmittel für ältere Menschen mehr Beachtung geschenkt (vgl. Mollenkopf, 1994, 34). Gerade die politischen Akteure sehen in der Technisierung

der Pflege und Betreuung eine Möglichkeit, Pflegeengpässe zu bewältigen und Versorgungsdienste zu entlasten (vgl. Bachinger & Fuchs, 2013, S. 75; Pelizäus-Hoffmeister, 2013, S. 386). Fragt man nach der Meinung älterer Personen zur Bedeutung der Technik und deren Vorteile, bleiben die Ansichten gespalten. Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Situation in Deutschland, weil es in der Schweiz keine Untersuchungen dazu gibt (vgl. Bericht des Bundesrates, 2016, S. 28).

Die Technikakzeptanz ist im Vergleich zu früher gestiegen. Die Geräte und Systeme sind benutzerfreundlicher geworden. Deren Anwendungsfunktionen sind besser auf die Zielgruppen zugeschnitten, und es gibt auch immer mehr ältere Personen, welche bereits erste Erfahrungen mit neueren Technologien in ihrem Erwerbs- oder Privatleben gemacht haben. Daraus lässt sich schliessen, dass technische Unterstützung im Alter auch aus Sicht der Zielgruppe an Zustimmung gewinnt. Parallel zur steigenden Akzeptanz geht die Benutzung technischer Hilfsmittel mit der Angst vor Stigmatisierung einher (vgl. Schulze, 2011). Zurückzuführen ist diese unter anderem auf die teilweise fehlenden finanziellen Mittel oder die fehlende öffentliche Akzeptanz gegenüber älteren Menschen (vgl. Frauenhofer IGD, 2009, S. 80). Technische Hilfsmittel, welche auf gefährliche Situationen hinweisen, vor diesen schützen oder in Notfällen für Hilfe sorgen, haben unter der älteren Bevölkerungsgruppe am meisten Akzeptanz. Auch zukünftig darf man davon ausgehen, dass gesundheitsbezogene AAL-Systeme in Privathaushalten mit allfälligen elektronischen Technologien die Versorgung von Älteren zu Hause prägen werden. Für die AAL-System-Anbietenden bleibt die grösste Herausforderung, kostengünstige Mittel anzubieten, welche den Bedürfnissen der älteren Bevölkerung angemessen sind.

#### **4.4 Schlussfolgerungen**

Das Bedürfnis möglichst lange im vertrauten Umfeld zu leben ist ein ständiger Begleiter des Altersverlaufs und durch die verlängerte behinderungsfreie Lebensphase noch stärker akzentuiert worden. Im gleichen Ausmass steht der Wunsch, die Selbstständigkeit möglichst lange behalten zu können. Zu Hause wohnen und den Alltag selbstständig gestalten sind unweigerlich miteinander verbunden und lassen sich nur schwer trennen.

Halten wir allgemein fest, dass Selbstständigkeit nicht mit einer vollkommene Unabhängigkeit gleichzusetzen ist. Ein selbstständiges Leben im Alter zu führen, bedeutet auch situative und spezifische Unterstützung in Kauf zu nehmen, um ein möglichst hoher Grad an Autonomie zu bewahren. Aus dieser Perspektive nehmen betreuende und pflegerische Tätigkeiten Einzug in die selbstständige Gestaltung des Alltagslebens älterer Menschen. Im Rahmen dieses Kapitels wurde die individuelle, strukturelle und technologische Ebene betrachtet.

## **Gesundheitsförderung mit der Pflege von sozialen Kontakten**

Ein wichtiger Faktor für die Selbstständigkeit im Alter ist die Gesundheit. Die Gesundheit im Alter geht über die körperliche Bewegung und ausgewogene Ernährung hinaus. Gesundheitsförderung, so zeigt es das Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter», ist auf das Zusammenspiel vielfältiger Bereiche angewiesen. Die Gesundheit im Alter bezieht sich auf die Wohnverhältnisse, -umgebung, Begegnungsorte, Angebote und Partizipationsmöglichkeiten im Gemeinwesen. Daraus lässt sich schliessen, dass sich die individuelle Einstellung von älteren Menschen bezüglich der eigenen Gesundheit und Selbstständigkeit nur ändern lässt, wenn die Umgebung der betroffenen Person berücksichtigt wird. Daraus ergibt sich ein kombinierter Ansatz der Förderung: Erstens braucht es Massnahmen im Bereich der Information und Kommunikation. Ältere Menschen müssen wissen, was gesundheitsförderlich ist, wo Gefahren liegen und wie die Gesundheit mit der Selbstständigkeit verknüpft ist. Zweitens sind die Angebote effektiv, wenn eine Vernetzung der Angebote vorhanden ist und die Infrastruktur (zum Beispiel gute Gehwege, Ruhemöglichkeiten) attraktiv genug ist, damit sich die Zielgruppen gesundheitsfördernd und gefahrlos bewegen. Genauso wertvoll und wichtig ist die Möglichkeit der sozialen Teilhabe. Die aktive Beteiligung in Gruppen fördert die körperliche und geistige Gesundheit. Die Möglichkeit der Begegnung durch Angebote und öffentliche Orte trägt wesentlich zu einem positiven Alterungsverlauf bei.

## **Partizipative Versorgung in Altersinstitutionen**

Auch in Altersinstitutionen fördert die soziale Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner den eigenen Gesundheitszustand und daher die eigene Selbstständigkeit. Zwar ist man nicht mehr so unabhängig wie in der eigenen Privatwohnung und die Alltagsstrukturen sind bis zu einem gewissen Grad durch die Einrichtung vorgegeben. Doch gerade mit der aktiven Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner in die Alltagsgestaltung können die festen Strukturen in den stationären Einrichtungen aufgeweicht werden. Dafür müssen die Wünsche, Hoffnungen, Erwartungen und Motivationen der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner in die Planung einbezogen werden. Der Betreuungsprozess berücksichtigt somit die Fähigkeiten der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner, und in der Tagesplanung wird auf die individuellen Situationen eingegangen. Damit wird den Bewohnerinnen und Bewohner eine Perspektive gegeben, ihr Leben im Heim möglichst den eigenen Bedürfnissen auszurichten.

## **Technische Unterstützungssysteme im Alter**

Die Frage, welche Bedeutung und welche autonomiefördernde Wirkung technologische Hilfsmittel für ältere Menschen haben, kann noch nicht beantwortet werden. Technische Hilfsmittel und vor allem technische Systeme finden Anwen-

dung in unterschiedlichen Bereichen. Inwieweit sie sich tatsächlich in den einzelnen Anwendungsbereichen durchsetzen, bleibt offen. Bisher gehören die mangelnde Benutzerfreundlichkeit, die hohen Kosten und die geringe Verbreitung zu den grössten Herausforderungen für die Geräte- und Systemherstellenden. Man kann jedoch festhalten, dass gerade im Bereich Gesundheit und Pflege die technische Unterstützung an Bedeutung gewinnt. Dabei handelt es sich um einzelne Geräte oder AAL-Systeme, welche in Form der Fern- und Selbstüberwachung und Selbstdiagnose als präventive und der Rehabilitation dienende Mittel in Privathaushalten eingesetzt werden.

### **Sozialraumorientierung**

So vielfältig sich die Altersverläufe gestalten, so unterschiedlich sind die Wohnbedürfnisse im Alter. In diesem Kapitel wurde das Spektrum an Wohnformen deutlich. Für welche Wohnform sich eine ältere Person entscheidet, ist auch immer von deren finanziellen, gesundheitlichen und sozialen Lage abhängig. Der Wunsch, möglichst lange im eigenen zu Hause zu leben, ist jedoch allen gemein. Im Verlauf des Alterns kann sich diese Vorstellung ändern. Denn je nach Verfassung muss eine ältere Person auf Betreuung und Pflege zurückgreifen, um dafür eine gewisse Selbstständigkeit beizubehalten. Daraus kann eine veränderte Wohnsituation resultieren. Um die Autonomie und Selbstbestimmung von älteren Menschen sicherzustellen, bedarf es altersgerechter Wohnungen aber auch eines geeigneten Wohnumfelds. Letzteres lässt sich auch als Sozialraumorientierung beschreiben. Unter Sozialraumorientierung ist ein Ansatz zu verstehen, welcher sowohl die Wohnsituation von Betagten als auch das soziale Umfeld und den Pflege- und Betreuungsbedarf (inklusive die Versorgungsstrukturen) einbezieht. Indem die Wohnung, öffentliche Begegnungsräume, Quartiertreffs, die Bevölkerungszusammensetzung, Aktivitätsangebote, Angehörige, Nachbarn, Freiwillige, ambulante und stationäre Akteure berücksichtigt werden, lassen sich Wohnsituationen für Ältere entwickeln, welche ein Leben in Privatheit, in Gemeinschaft und in der Öffentlichkeit ermöglichen. Daraus lässt sich folgern, dass die Selbstbestimmung und Autonomie im Alter nicht nur mit der einzelnen biomedizinischen, sozialen und ökonomischen Lebenssituation zusammenhängt. Die Sicherstellung der Autonomie und Selbstbestimmung im Alter ist auch ein quartierplanerisches beziehungsweise städteplanerisches Thema.

# Kapitel 5

## Gute Betreuung – eine Bestandsaufnahme für die Schweiz

Carlo Knöpfel

Kapitel 5 schliesst die Recherchearbeit über die «Betreuung im Alter» ab. Im ersten Teil fassen wir die Ergebnisse der ersten vier Kapitel zusammen und fragen in den verschiedenen Zusammenhängen jeweils nach der Bedeutung und dem Inhalt von Betreuung im Alter. Im zweiten Teil geht es darum, mit drei sich ergänzenden Zugängen das Verständnis und die Begrifflichkeit von Betreuung im Alter enger und genauer zu fassen. Dies führt uns im dritten Teil über die Recherchearbeit hinaus zur normativen Frage nach einer guten Betreuung im Alter. Damit erweitert sich unsere Fragestellung um die Qualität dieser Tätigkeiten. Unsere Überlegungen und Schlussfolgerungen aus der Recherchearbeit fassen wir als Diskussionsanlass zu fünf alterspolitischen Forderungen zusammen. Damit beschreiben wir nicht mehr das Ist von heute, sondern das Soll von morgen. Im abschliessenden vierten Teil skizzieren wir nochmals drei Szenarien, wie sich das alterspolitische Themenfeld «Gute Betreuung im Alter» in den nächsten Jahren in der Schweiz entwickeln könnte. Am Ende bleibt die Frage nach einem Anrecht auf gute Betreuung für alle älteren Menschen in der Schweiz.

### 5.1 Betreuung im Alter – die wichtigsten Resultate aus der Recherchearbeit

Das Kapitel 1 «Gesellschaftliche Organisation der Betreuung im Alter in der Schweiz» beleuchtet die Frage, welche Bedeutung das System der Gesundheitsversorgung der Betreuung beimisst. Dabei werden verschiedene strukturelle Ebenen in den Blick genommen. Im Mittelpunkt stehen die rechtliche, die gesellschaftliche und die sozialpolitische Ebene.

Die Ergebnisse der Recherche zeigen, dass Betreuung auf der rechtlichen Ebene praktisch keine Rolle spielt. Aus wissenschaftlicher Perspektive lässt sich erkennen, dass den betreuenden Tätigkeiten eine verstärkte gesellschaftliche Bedeutung zukommt. Sozialpolitisch bergen diese Ergebnisse ein Konfliktpotenzial. Der steigende Bedarf an betreuenden Leistungen für ältere Menschen lässt sich (auch empirisch) nicht mehr bestreiten. Doch von Seiten der öffentlichen Hand fehlt bisher eine sozialrechtliche Regulierung von Betreuungsleistungen. Darüber hinaus ist die staatliche Unterstützung von Leistungen der Altersbetreuung marginal. Damit wird erstens eine unterstützungsbedürftige Gruppe von Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen und zweitens erfahren Betagte mit Betreuungsbedarf eine einseitige finanzielle Belastung.

Die Ursachen lassen sich eindeutig auf der rechtlichen Ebene finden. Das Recht kennt keine Regulierung der Betreuung. Es beschäftigt sich nur mit der Pflege. Sich mit der Gesundheitsversorgung im Alter auseinanderzusetzen bedeutet deshalb, sich mit der Langzeitpflege zu befassen. In der Schweiz ist die Langzeitpflege von Rentnerinnen und Rentnern Aufgabe der Kantone. Sie sind für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Folglich regeln 26 unterschiedliche Gesetze und Verordnungen die Versorgung von unterstützungsbedürftigen älteren Menschen. Nichtsdestotrotz sind sie an die Bundesverfassung gebunden. Darin sind die Grundlagen der Pflege sowie die wichtigsten Finanzierungsgrundsätze festgehalten. Im Gegensatz zu anderen Ländern verfügt die Schweiz über kein Pflegegesetz. Verschiedene Sozialversicherungen setzen die Rahmenbedingung für die Alterspflege und Altershilfe. In den einzelnen Gesetzgebungen lassen sich Ansätze finden, die den Betreuungsbedarf von Rentnerinnen und Rentnern streifen.

Das Krankenversicherungsgesetz regelt die Krankheits- und Pflegekosten im ambulanten und stationären Bereich. In der ambulanten Versorgung wird zwischen drei verschiedenen Pflegearten unterschieden. Eine davon ist die Grundpflege. Gerade in der Langzeitpflege von älteren Menschen sind grundpflegerische Aufgaben wichtig. Es handelt sich dabei um die Anleitung, Überwachung und Unterstützung bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten. Die Grundpflege stellt eine Grauzone dar, in der die pflegerischen und betreuerischen Tätigkeiten, sobald sie über die krankheitsbedingten Einschränkungen der Grundbedürfnisse hinausgehen, teilweise nicht mehr ganz klar zu unterscheiden sind.

Können Rentnerinnen und Rentner ihre Lebenskosten nicht mehr aus eigener Hand decken, haben sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen. Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV unterstützt zu Hause oder in Heimen lebende Rentnerinnen und Rentner. Es gilt dabei, die Existenz zu sichern. Diesbezüglich sehen die Ergänzungsleistungen zur AHV vor, Krankheits- und Behinderungskosten zu übernehmen. Unter Krankheits- und Behinderungskosten fallen auch Kosten für die Betreuung zu Hause und die Betreuung in Tagesstätten. Ausserdem übernehmen die Ergänzungsleistungen zur AHV hauswirtschaftliche Tätigkeiten für zu Hause lebende Rentnerinnen und Rentner, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung regelt nicht nur den Renteneintritt und die Rentenhöhe. Sie ermöglicht ebenfalls einen Anspruch auf eine Entschädigung bei Hilflosigkeit. Die Entschädigung wird unabhängig vom Einkommen und Vermögen gewährt. Ermittelt wird dabei nicht der Pflegebedarf, sondern der Schweregrad an Hilflosigkeit. Die Hilflosenentschädigung stellt die einzige Geldleistung dar, welche nicht direkt mit der Alterspflege zusammenhängt.

Die rechtlichen Grundlagen sehen keine direkte Unterstützung von Betreuungsleistungen vor. Was unter Betreuung zu verstehen ist, bleibt unklar. Betreuung tritt in Abgrenzung zur Pflege auf. Daraus lässt sich folgern: Betreuung bezeichnet Leistungen ausserhalb der sozialrechtlich regulierten Pflege.

Das Altwerden ist mit einem Fragilisierungsprozess verbunden. Die Fragilisierung bezeichnet eine Lebensphase, in welcher gesundheitliche Beschwerden, funktionale Einschränkungen und soziale Verluste ein autonomes Leben nicht verunmöglichen, aber erschweren können. Menschen in dieser Lebensphase sind für bestimmte Alltagsaktivitäten vermehrt auf externe Hilfe angewiesen. Betreuung und Pflege gewinnen im Fragilisierungsprozess an Bedeutung. Doch welche Unterstützung ist für die Rentnerinnen und Rentner wirklich relevant?

Die Mehrheit der Rentnerinnen und Rentner bedürfen vor allem nicht-pflegerischer Unterstützung. Ältere Menschen, die zu Hause wohnen, haben mehrheitlich keine oder nur leichte Schwierigkeiten bei der Bewältigung von basalen Tätigkeiten. Hingegen ist der Unterstützungsbedarf bei instrumentellen Alltagsaktivitäten bedeutend höher. Nicht nur in der ambulanten Versorgung ist diese Entwicklung feststellbar. Auch viele Heimbewohnerinnen und -bewohner weisen nur einen geringen Pflegebedarf auf. Knapp ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in Altersinstitutionen ist in den basalen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt.

Gesellschaftspolitisch ist der Unterstützungsbedarf an nicht-pflegerischen Leistungen von hoher Bedeutung. Bisher sind die Aktivitäten der öffentlichen Hand in diesem Handlungsfeld gering.

Hauptsächlich leistet das familiäre Umfeld und das zivilgesellschaftliche Netzwerk die nicht-pflegerische Unterstützungsarbeit. Parallel eröffnete sich ein neuer Markt der Senioren-Betreuung. Verstärkt bieten gemeinnützige und vor allem profitorientierte Unternehmen betreuende Dienstleistungen an. Das Angebot ist als Ergänzung zur Unterstützung von Pflegebedürftigen zu verstehen. Es umfasst hauswirtschaftliche Tätigkeiten, sozialen Austausch, die Mitgestaltung der Tagesstrukturen, die Begleitung, die Handreichung für die Körperpflege, die Überwachung und administrative Unterstützung. Allgemein verbindliche Qualitätsstandards fehlen bisher.

Für alle Beteiligten stellen die fehlende sozialrechtliche Regulierung der Betreuung sowie die ebenfalls fehlende begriffliche Schärfung grosse Herausforderungen dar. Indem die Betreuung keine nähere Bestimmung erfährt, eröffnet sich ein Interpretationsspielraum, welcher im Alltag zu grosser Unsicherheit und sozialer Ungleichheit führen kann. Unweigerlich ergeben sich unterschiedliche Spannungen im Bereich der Familie, Arbeitswelt und Politik.

Rentnerinnen und Rentner werden je nach Unterstützungsbedürftigkeit ungleich behandelt. Gerade Rentnerhaushalte mit hohen Betreuungsauslagen aber tiefen Pflegekosten erfahren eine weitaus stärkere finanzielle Belastung als Rentnerhaushalte mit einem hohen Pflegebedarf. Rentnerinnen und Rentner, die nur Betreuung nötig hätten, sind noch stärker betroffen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in der ambulanten und der stationären Versorgung die Betreuungsauslagen von den Betroffenen selbst übernommen werden müssen. Die fehlende Integration von Betreuungsleistungen im System der sozialen Sicherheit schliesst die Gruppe von betreuungsbedürftigen (aber nicht-pflegebedürftigen) Rentnerinnen und Rentner praktisch aus.

Da die Entlastung betreuungsbedürftiger Rentnerinnen und Rentner auf Seiten der öffentlichen Hand fehlt, muss entweder das familiäre Umfeld oder private Betreuungsfirmen einspringen. Stark davon betroffen sind die Familienangehörigen, die Partnerin oder der Partner, Kinder und Enkelkinder. Die Entlastungsangebote sind bisher noch wenig ausgebaut und nur in einzelnen Kantonen besteht ein wirkliches Angebot. Darüber hinaus fehlt die Sensibilisierung der Arbeitgeber. Die Doppelbelastung von erwerbstätigen Angehörigen mit einer zusätzlichen Betreuungsfunktion zu Hause ist in der Arbeitswelt noch stark tabuisiert.

In der alltäglichen Arbeit lassen sich betreuende und pflegerische Aufgaben nicht immer klar unterscheiden. So zum Beispiel die Unterscheidung zwischen Unterstützung bei der Körperpflege und körperliche Handreichung. Die erste Tätigkeit setzt eine pflegerische Ausbildung voraus, die zweite nicht. Die Grenze ist nicht immer klar gegeben. Die Gefahr ist vorhanden, dass Angestellte mit niedriger Qualifizierung ohne entsprechende Entlohnung Mehrleistungen erbringen.

In zweitem Kapitel beschäftigen wir uns mit der Frage «Who cares?». Es geht um die Akteure in der Alterspflege und -betreuung. Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz gliedert sich in drei unterschiedliche Strukturen. Die ambulante Struktur versorgt die Menschen zu Hause. Die benötigten Versorgungsleistungen sind mobil und nicht an einen bestimmten Ort gebunden. In den stationären Strukturen werden bedürftige Menschen in Einrichtungen mit Gesundheitsdienstleistungen versorgt. Im Gegensatz zur ambulanten Versorgung ist der Lebens- und Versorgungsmittelpunkt von Bedürftigen derselbe. Die intermediäre Struktur befindet sich zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Die Versorgung der Bedürftigen erfolgt an einem festen Ort. Um die Angebote intermediärer Versorgungsstrukturen wahrzunehmen, müssen die betroffenen Personen mobil sein.

Innerhalb der ambulanten Versorgungsstruktur bieten unterschiedliche Akteure Betreuungsangebote an. So nehmen Familienangehörige, Spitex-Organisationen, Hilfswerke, Betreuungsunternehmen und Selbstständige (Care-Migrantinnen) verschiedene betreuende Aufgaben wahr. Inhaltlich sind sie teilweise sehr unterschiedlich. Die Unterstützung der Familienangehörigen umfasst die soziale und psychische Betreuung und auch hauswirtschafterische, administrative und organisatorische Tätigkeiten. Ihre Unterstützungstätigkeit wird oft als informelle Hilfeleistung beschrieben. Die öffentliche und gemeinnützige Spitex konzentriert sich verstärkt auf pflegerische Aufgaben. Dagegen liegt die Haupttätigkeit der privaten, profitorientierten Spitex-Unternehmen im Bereich der Hauswirtschaft und der sozialen Betreuung. Diese Tätigkeiten werden von unterschiedlichen privaten Akteuren übernommen. Darunter fallen auch Hilfswerksorganisationen, Betreuungsunternehmen und selbstständige Pflege- und Betreuungsfachangestellte. Was dabei unter sozialer Betreuung zu verstehen ist, bleibt unklar.

Im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung wird die ambulante Versorgung in der Pflege und Betreuung von Betagten an Bedeutung gewinnen. Durch die vielen unterschiedlichen Akteure ist die Versorgung eine lebendige und dyna-

mische Struktur. Allerdings bleibt die Qualität der Betreuungsleistungen offen. Denn nicht alle Akteure müssen sich an die selben Qualitätsstandards halten.

In der Schweiz sind die intermediären Strukturen erst im Aufbau. Noch weiss man wenig über diesen Sektor, zu dem zum Beispiel auch Tagesstätten gehören. Im Gegensatz zu Akteuren im ambulanten Versorgungsbereich besteht Betreuung in solchen Einrichtungen aus aktivierenden und agogischen Elementen. Das Angebotsspektrum umfasst Ausflüge, Werken, Handarbeit, Spazieren, Spiele, Malen und Gestalten, Musik, Singen, Tanz, Rhythmus, Hausarbeit, Kochen, Gespräche, Erzählen, Vorlesen, gesellige Anlässe, Bewegung und Turnen. Betreuung im Kontext der intermediären Strukturen betont damit viel stärker die soziale Dimension in der Unterstützung bedürftiger älterer Menschen als die anderen Versorgungsbereiche.

Die stationären Einrichtungen wie Spital, Altersheim oder Pflegeheim beinhalten eine «rund um»-Versorgung ihrer Klientinnen und Klienten. Die Organisation der Pflege und Betreuung ist stark strukturiert. Damit verbunden ist auch die Aufteilung der Leistungsarten in drei unterschiedliche Kostenträger. Die Pflorgetaxe ist sozialrechtlich geregelt und die Bewohnerinnen und Bewohner werden finanziell nur begrenzt belastet. Hingegen variieren die Pensions- und Betreuungstaxen je nach Komfortwünschen und Pflegestufen. Sie gestalten sich auch je nach Kanton und Gemeinde unterschiedlich. In den stationären Einrichtungen tritt das Thema der Betreuung meist mit Finanzierungsfragen auf. Im Gegensatz zur Zusammensetzung der Pflegekosten, bleibt der Kostenträger Betreuung meist unbestimmt. Bisher ist noch wenig bekannt, aus welchen Inhalten und Tätigkeiten sich die Betreuungskosten zusammensetzen.

Alle drei Versorgungsstrukturen verfügen über Akteure, welche Betreuungsaufgaben wahrnehmen. Allerdings unterscheiden sich die Aufgaben je nach Akteur inhaltlich stark. Eine allgemeinverbindliche Bezeichnung, was unter Betreuung zu verstehen ist, ist nicht vorhanden. In den ambulanten Strukturen übernehmen Spitex-Organisationen verstärkt häusliche Aufgaben. Hingegen unterstützen Angehörige ihre bedürftigen älteren Familienmitglieder beim Einkaufen. Care-Migrantinnen sind oft in 24-Stunden-Betreuungs-Arrangements tätig. Das Spektrum umfasst hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie auch soziale Aktivitäten. Tagesstätten bemühen sich vermehrt auf eine umfängliche Alltagsgestaltung, welche von kreativen Ateliers bis hin zu sportlichen Aktivitäten reichen. Weniger klar sind die Betreuungsleistungen in Altersinstitutionen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Betreuungsangebote je nach Altersinstitution stark unterscheiden.

Auch im zweiten Kapitel wird deutlich, dass der Aspekt der Betreuung in der Gesundheitsversorgung von älteren Menschen Aufgabe der Betroffenen selbst ist. Im ambulanten, intermediären als auch im stationären Bereich müssen die Rentnerinnen und Rentner für Betreuungsleistungen selbst aufkommen. Je nach finanzieller Situation der Betroffenen kann es die Existenzsicherung belasten. Dieser Sachverhalt verweist uns zudem auf eine weitere Eigenheit der Gesundheitsversorgung. In der Schweiz wird Betreuung in ein Problem der Selbstsorge trans-

formiert. Ausser in den stationären Einrichtungen sind Betreuungsaufgaben meist in den Händen von privaten Akteuren. Angehörige, Bekannte und Freunde versuchen in Form informeller Hilfe die Betroffenen zu unterstützen. Im formellen Bereich übernehmen Hilfswerksorganisationen, Betreuungsfirmen, Care-Migrantinnen den Bedarf die Betreuungsaufgaben in den Gemeinden. Betreuung findet auf einem Feld statt, das wenig und unterschiedliche Regulierung erfährt. Daraus ergeben sich intransparente Betreuungsleistungen und keine längerfristigen Qualitätsgarantien. Des Weiteren besteht das Risiko eines Ausschlusses bestimmter vulnerabler Gruppen. Um die nötigen Betreuungsleistungen erhalten zu können, müssen neben den finanziellen Mitteln auch Ressourcen der Dienstleistenden vorhanden sein. Strukturell schwache Regionen sind deshalb der Gefahr ausgesetzt, auch unter dem Aspekt der Betreuung unterversorgt zu sein.

In Kapitel 3 geht es um die Ausbildung und Arbeitssituation des Betreuungspersonals. Dabei wird deutlich, dass die Betreuung von Betagten in der Schweiz durch einen Professionalisierungsprozess gekennzeichnet ist. Mit der Berufsbildungs- und Fachhochschulreform sind seit den 1990er Jahren eine Vielzahl von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten entstanden, sodass die Betreuung von Betagten fachlich relativ breit und auf vergleichsweise hohem Qualitätsniveau abgestützt ist. Verschiedene Ausbildungsrichtungen haben heute explizit «Betreuung» oder die «Betreuung von Betagten» im Fokus und führen diesen Schwerpunkt auch in ihrem Berufstitel mit.

Die zu beobachtenden Professionalisierungs- und Spezialisierungsprozesse bringen jedoch zwei grundlegende Probleme mit sich: Erstens erfolgt durch die vielen spezialisierten Akteurinnen und Akteure, die je nach Situation und Ausbildungsgrad in die Betreuung involviert sind, eine Fragmentierung der Betreuungsarbeiten in einzelne, in sich geschlossene Handlungen. Sie stehen im Gegensatz zum Bedürfnis vieler betagter Menschen nach einer Betreuung «aus einer Hand» und sind auch kaum vereinbar mit dem Pflege- und Betreuungsverständnis des Personals, das gerade in einem ganzheitlichen Ansatz ein wesentliches Qualitätsmerkmal «guter» Betreuung sieht. Zweitens rücken durch die Spezialisierung pflegerisch-medizinische oder punktuell stattfindende aktivierungstherapeutische Arbeiten in den Vordergrund, sodass trotz einer Vielzahl an professionellen Akteuren nicht gewährleistet ist, dass die Betagten in ihrem Alltag unterstützt werden.

Darüber hinaus werden Problembereiche sichtbar, die gewissermassen konträr zu den festgestellten, sich andeutenden Professionalisierungs- und Spezialisierungsprozessen stehen. So kann zum einen beobachtet werden, dass spezialisierte Ausbildungsangebote, die wie die Fachperson Betreuung explizit die Betreuung von Betagten im Fokus haben, in der Praxis noch wenig Resonanz gefunden zu haben scheinen. Zum anderen zeigt sich, dass die Ökonomisierung von Alltagsarbeiten mit einer Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse verbunden ist, die vor allem im Hinblick auf das Personal in der privaten profitorientierten Spitex deutlich wird. Der Wunsch der Betagten und ihrer Angehörigen nach Dienstleistungen, die «aus einer Hand» kommen, erfordert eine flexible Verfügbarkeit, die sich in ihrer umfassendsten Form bei den Live-Ins und Care-Migrantinnen zeigt,

die quasi 24 Stunden «da» sind. Ganz im Gegensatz zu den Akademisierungs- und Professionalisierungsbestrebungen, die sich mit der Berufsbildungs- und Fachhochschulreform der 1990er-Jahre abzeichnen, werden Betreuungsarbeiten in diesem Kontext gerade nicht als professionelle Tätigkeiten aufgefasst, die entsprechend entlohnt werden müssen. Die Fähigkeit, Betreuungsarbeiten zu leisten, wird vielmehr als «Teil des weiblichen Geschlechtscharakters» gewertet und mit quasi-natürlichen, weiblich konnotierten Eigenschaften in Verbindung gebracht, die keiner adäquaten Bezahlung bedürfen.

Schliesslich steht auch die fehlende Anerkennung der Beziehungsarbeit – also die persönliche, umfassende Wahrnehmung und Unterstützung des betreuungsbedürftigen Menschen – als Arbeit im Kontrast zu den festgestellten Professionalisierungstendenzen in der Betreuung und Pflege. Die Arbeitssituation des Betreuungs- und Pflegepersonals ist durch eine insgesamt hohe Arbeitsmotivation und Identifikation mit der Arbeit sowie einer allgemein grossen Zufriedenheit mit dem Arbeitgeber gekennzeichnet. Zugleich ist der Berufsalltag durch multiple Belastungen geprägt: Personalmangel, unregelmässige Arbeitszeiten, Teams, die sich immer wieder neu zusammensetzen, aber auch die physischen und psychischen Anforderungen an das Pflege- und Betreuungspersonal sind kontinuierlicher Bestandteil der Arbeit. Als besonders gravierend erweist sich in diesem Zusammenhang, dass das professionelle, auf das Individuum ausgerichtete Pflege- und Betreuungsverständnis des Personals durch betriebswirtschaftliche Vorgaben eingeschränkt und damit die Qualität der Arbeit in Frage gestellt wird. «Minütele» wird zum symbolhaften Begriff, in dem diese Einschränkungen zusammengefasst sind: Der komplexe, dynamische Betreuungsprozess wird nach verwaltungstechnischen Merkmalen in Minutentakte gegliedert und zeitlich begrenzt. Mit dieser Reduktion der Betreuung als Beziehungsarbeit sieht das Personal einen Grundpfeiler und damit die Qualität seiner Arbeit in Frage gestellt. Gerade das subjektive Gefühl, keine wirkliche, nach professionellen Kriterien erfolgte Unterstützungsarbeit leisten zu können, wird für das Betreuungs- und Pflegepersonal zum Stressfaktor und zu einer der massgeblichen Ursachen für den Identifikationsverlust mit der Arbeit.

In der Schweiz hat die ältere Bevölkerung das Bedürfnis, möglichst lange gesund und selbstständig in den eigenen vier Wänden zu leben. Ein Trend, der auch in Zukunft anhalten wird. Das Kapitel 4 befasste sich mit der Frage nach den bestehenden Möglichkeiten für Betagte, möglichst lange gesund und selbstständig zu leben. Auf die Gesundheit und Selbstständigkeit wird auf zwei Ebenen Einfluss genommen. Zum einen ist das die individuelle Ebene. Jeder Einzelne kann gezielt gesundheitsförderlich leben. Zum anderen fördern altersgerechte Wohnformen und Wohnumgebungen, gut ausgestattete Versorgungsstrukturen (ambulant, intermediär, stationär) und Präventionsmassnahmen ein gesundes und selbstständiges Altern.

Die Selbstständigkeit ist dabei nicht mit einer vollkommenen Unabhängigkeit gleichzusetzen. Ein selbstständiges Leben im Rentenalter zu führen, bedeutet auch situative und spezifische Unterstützung in Pflege und Betreuung

anzunehmen. Biologische, wirtschaftliche und soziale Faktoren wirken unumgänglich auf den Alterungsverlauf ein. Sie beschränken und mindern dadurch die Selbstständigkeit. Dennoch lässt sich durch gezielte Unterstützungsformen ein selbstbestimmtes Leben führen.

Die Gesundheit spielt für die Unabhängigkeit im Alter eine wichtige Rolle. Gesundes Altern geht über die körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung hinaus. Die Gesundheit im Alter ist auf das Zusammenspiel verschiedener Faktoren angewiesen. Das machen unterschiedliche Präventionsprojekte deutlich. Wohnverhältnisse, Begegnungsorte, kulturelle Angebote wie auch Teilhabe am Gemeinwesen zählen ebenso zur gesundheitsfördernden Lebensgestaltung wie die Ernährung und regelmässige Bewegung. Die Herausforderung der Gesundheitsförderung besteht darin, sich auf die individuelle Einstellung älterer Personen zu ihrer Gesundheit und Selbstständigkeit zu fokussieren und zugleich deren Umfeld zu berücksichtigen. Für die Betreuungsangebote lässt sich daraus schliessen, dass in der Entwicklung solcher Angebote auch immer die Vernetzung mit anderen Angeboten und die Infrastruktur der Umgebung berücksichtigt werden müssen.

Ebenso wichtig ist die Möglichkeit der sozialen Teilhabe. Sowohl die aktive Beteiligung in Gruppen als auch die Begegnung durch Betreuungsangebote trägt wesentlich zu einem positiven Alterungsverlauf bei. Der verstärkte Fokus auf soziale Teilhabe muss im Sinne der Bedürfnisse älterer Menschen auch in stationären Einrichtungen berücksichtigt werden. Zwar sind die Alltagsstrukturen in Altersinstitutionen vorgegeben. Doch mit der aktiven Einbindung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner können die starren Alltagsstrukturen aufgeweicht werden. Als Voraussetzung dafür gilt es, Wünsche, Erwartungen und Interessen der Betroffenen in die Planung und Angebote einzubeziehen. Die Angebote wären stärker auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zugeschnitten. Damit erhalten Betreuungsangebote in Altersinstitutionen eine neue Qualität. Dies ermöglicht den Betroffenen ihr Leben innerhalb einer stationären Einrichtung möglichst nach ihren Interessen auszurichten, was sich wiederum positiv auf den Alterungsverlauf auswirkt.

Auch zukünftig lässt sich altersgerechtes Wohnen nicht nur auf die Bausubstanz reduzieren. Um die Selbstständigkeit bis ins hohe Alter zu ermöglichen, ist das soziale Netzwerk unabdingbar. Deshalb ist neben einer altersgerechten Wohnung auch die Wohnumgebung massgebend. «Ageing in place» lässt sich nur effektiv realisieren, wenn die Kombination von barrierefreiem Wohnen und einem gut ausgebauten Versorgungsnetz vorhanden ist. Idealerweise besteht das Versorgungsnetz aus informeller Hilfe durch das soziale Umfeld aber auch aus professionellen Strukturen wie die Spitex-Organisationen und Tagesstätten.

Mit dem Eintritt in die nachberufliche Lebensphase entstehen neue Vorstellungen und Bedürfnisse im Hinblick auf die Lebens- und Wohngestaltung. Zwar sind die Wohnbedürfnisse je nach ökonomischer, sozialer und gesundheitlicher Situation unterschiedlich. Trotzdem bleibt das gesunde und selbstständige Leben zu Hause oder im vertrauten Wohnumfeld allen gemein. In den letzten Jahrzehnten gab es entsprechende Bestrebungen, auf die neuen Wohnbedürfnisse

zu reagieren. Daraus entwickelten sich innovative Wohnformen wie Alterswohngemeinschaften, Mehrgenerationenhäuser, Alterswohnungen, Wohnungen mit Service und anderes mehr. Zwar ist das Angebot in der Schweiz noch überschaubar. Trotzdem führt schon jetzt die Auseinandersetzung mit neuen Wohnformen auch zur Entwicklung neuer Betreuungskonzepte. Das kann partizipativere Formen wie Alterswohngemeinschaften oder passivere, formellere Formen wie Wohnen mit Services umfassen.

Neben einer individuellen und strukturellen gesundheits- und autonomiefördernden Lebensgestaltung gilt es auch die technischen Hilfsmittel einzubeziehen. Gegenwärtig befinden wir uns in einem digitalen Wandel. Die Auswirkungen sind noch kaum überschaubar. Technische Hilfsmittel gab es schon früher. Mit der Digitalisierung ist es möglich geworden, noch mehr Aufgaben und Tätigkeiten zu standardisieren und zu automatisieren. Das gilt auch für die Gesundheitsversorgung von älteren Menschen und folglich auch für Betreuungstätigkeiten. Smart-Home-Systeme und technische Assistenzsysteme skizzieren schon heute die Chancen digitaler Unterstützung von betreuungs- und pflegebedürftigen älteren Menschen. Bisher sind viele Produkte nicht massentauglich und deshalb noch wenig verbreitet. Es lässt sich aber auch nicht abstreiten, dass die technische Unterstützung in der Altersbetreuung und Alterspflege an Bedeutung gewinnen wird. Daraus ergeben sich verschiedene Spannungsfelder, die gesellschafts-, alters- und sozialpolitisch relevant werden.

Die Zusammenfassung der vier Kapitel macht deutlich, dass die Betreuung älterer Menschen zwar immer wichtiger wird, dass Betreuung im Alter aber im Gegensatz zur Pflege bis heute ein diffuser Begriff ist in der Schweiz. Betreuung ist weder rechtlich geregelt noch inhaltlich genau gefasst. Die Betreuung älterer Menschen wird von vielen Akteuren wahrgenommen, aber es bestehen keine Konzepte über eine sinnvolle Arbeitsteilung noch Qualitätsvorstellungen, die über die Güte der Betreuung im Alter Aufschluss geben würden. Die Betreuung älterer Menschen umfasst eine Vielzahl von Tätigkeiten, die von Familienangehörigen, Nachbarn und Freiwilligen ebenso wahrgenommen wird wie von angelernten und ausgebildeten Fachpersonen. Damit ist die Betreuung im Alter auch in einer Grauzone des Arbeitsmarktes angesiedelt, die wenig reguliert und oftmals von prekären Arbeitsverhältnissen gekennzeichnet ist. Schliesslich muss die Betreuung im Alter auch als Teil einer alterspolitischen Strategie interpretiert werden, die darauf abzielt, dass ältere Menschen möglichst lange gesund und selbstbestimmt in ihrem Zuhause leben können.

## **5.2 Betreuung im Alter – drei Zugänge**

Es bleibt die Frage, was unter Betreuung im Alter zu verstehen ist. Wir versuchen uns auf der Basis der Recherchearbeit, die in den vier ersten Kapiteln dokumentiert ist, mit drei Zugängen einer Antwort zu nähern. Zunächst handelt es sich um einen begrifflichen Zugang, dann um einen inhaltlichen und schliesslich um

einen prozessorientierten Zugang. Diese drei Zugänge schliessen einander nicht aus, sondern sind komplementär zu lesen.

### **Begrifflicher Zugang**

Betreuung im Alter ist ein schwer zu fassender Begriff. Alle Akteure – das zeigen die Recherchen zum zweiten Kapitel – haben eigene Vorstellungen, welche Tätigkeiten zur Betreuung älterer Menschen gehören und welche nicht. Der radikalste Zugang wäre es darum, nur noch von Care-Arbeit zu sprechen und darauf zu verzichten, die unterschiedlichen Formen dieser Care-Arbeit zu betonen. Damit würde man dem Wunsch nach einem ganzheitlichen Verständnis der Sorge um ältere Menschen gerecht, der auch im Professionsverständnis, wie im dritten Kapitel gezeigt, zum Ausdruck kommt.

Häufig wird Betreuung auch als Sammelbegriff genutzt, der alles umfasst, was älteren Menschen an Unterstützung gewährt wird und nicht medizinische Pflege ist. Dies ist auch eine Folge der aktuellen sozialrechtlichen Situation, wie im ersten Kapitel aufgezeigt wird. Mit einem differenzierteren Zugang könnte hingegen zwischen Betreuung, Begleitung und Beratung unterschieden werden, wie wir es aus der Sozialen Arbeit kennen. Damit würde sich das Feld jenseits der Pflege besser strukturieren lassen.

Betreuung wird je nach Kontext sehr unterschiedlich umschrieben, insbesondere, wenn von den unterschiedlichen Wohnformen, die im zweiten und vierten Kapitel diskutiert werden, die Rede ist. Betreuung daheim sieht anders aus als Betreuung als intermediäre Leistung, und nochmals anders ist Betreuung im Pflegeheim zu beschreiben. Dazu kommt, dass Betreuung sehr unterschiedliche Ausprägungen haben kann. Zum einen steht Betreuung für sich, kann also für sich alleine erbracht und bezogen werden. Im Zusammenhang mit Pflege gedacht, ist Betreuung hingegen stets Teil der Pflege. Pflege ohne Betreuung ist nicht denkbar, Betreuung ohne Pflege aber sehr wohl.

Manchmal wird Betreuung zudem synonym zu Hilfe für ältere Menschen verwendet, ohne dass Hilfe selber weiter spezifiziert wird. So zumindest ist der entsprechende Auftrag an die Kantone in der Bundesverfassung zu verstehen, auf den im ersten Kapitel verwiesen wird.

Wir halten fest, dass sich in der Fachliteratur keine abschliessende Definition für die Betreuung im Alter finden lässt, die in der überwiegenden Mehrheit der Studien, Texte oder Regelwerke verwendet würde. Eine gewisse begriffliche Unschärfe gilt es darum zu akzeptieren. Betreuung unterliegt zudem einem Alltagsverständnis, das sich deutlich vom professionellen und wissenschaftlichen Verständnis unterscheidet.

Dass heute überhaupt von Betreuung und Pflege gesprochen wird, ist Folge einer Ausdifferenzierung eines einstmals ganzheitlichen Pflegeverständnisses, wie im Kapitel 3 verdeutlicht wird. Die «Aufspaltung» dieser Care-Arbeit hat wesentlich mit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes zu tun,

seitdem nur noch pflegerische Leistungen, nicht aber genuin betreuerische Arbeiten abgegolten werden.

### **Inhaltlicher Zugang**

Betreuung ist Teil einer persönlichen Beziehung. Diese Beziehung gilt es zu gestalten. Betreuung ist darum Beziehungsarbeit. Beziehungen basieren auf Vertrauen und können nur mit Vertrauen auch wachsen. Damit beschränkt sich Betreuung auf wenige vertraute Personen. Darauf gründet auch der Wunsch älterer Menschen, alles «aus einer Hand» zu erhalten, auf den im dritten Kapitel verwiesen wird. In Wirklichkeiten ist Betreuung aber eine sehr fragmentierte soziale Dienstleistung, die von sehr vielen und sehr verschiedenen Organisationen, Unternehmen und Institutionen angeboten wird, wie das zweite Kapitel deutlich macht. Gute Betreuung in diesem Setting zu leisten, ist eine Herausforderung, nicht nur für jene, die diese Betreuungsleistung erbringen, sondern auch für die älteren Menschen, die sich auf eine Vielzahl von ihnen wenig vertrauten Personen einlassen müssen.

Betreuung ist zeitintensiv und damit teuer. Es ist kein Zufall, dass ein grosser Teil der Betreuung durch Familienangehörige und Freiwillige geleistet wird. Betreuung, erbracht durch ausgebildete Fachkräfte, ist darum nicht nur teuer im Vergleich zur «effizienten» Pflege, sondern auch im Vergleich zur gratis erbrachten Care-Arbeit. Vor allem dort, wo es um Betreuung an sich geht, erscheint diese «wertlos», als «Jedermannssache» [sic!], als etwas, das alle (ohne Ausbildung) machen können, wie im dritten Kapitel aufgezeigt wird. So kommt es, dass heute die Betreuungsarbeit zwischen Laienengagement und professioneller Arbeit angesiedelt wird und oft als prekäres Arbeitsverhältnis anzusehen ist.

Betreuung hat eine präventive Wirkung, die kaum diskutiert wird. Betreuung als Beziehung wirkt gegen soziale Isolation, ein bekannter Faktor, der krank macht. Betreuung hat Elemente der Aktivierung und fördert so somatische und kognitive Kompetenzen. Dies sind wichtige Voraussetzungen dafür, dass ältere Menschen lange daheim leben können. Die präventive Wirkung trägt damit auch dazu bei, weniger Gelder in stationären Einrichtungen ausgeben zu müssen. Aber die Betreuung muss selber wieder im Verbund mit anderen Notwendigkeiten gesehen werden, damit sie ihre präventive Wirkung entfalten kann, wie im Kapitel 3 gezeigt wird. Zum einen werden damit die verschiedenen mobilen Hilfsangebote angesprochen, zum zweiten die betreuten Wohnformen, zum dritten die sozialräumliche Gestaltung. Hier kommt die Verantwortung der Gesellschaft ins Spiel. Insbesondere die Gemeinden sind gefordert, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass ältere Menschen möglichst lange daheim leben können.

### **Prozessorientierter Zugang**

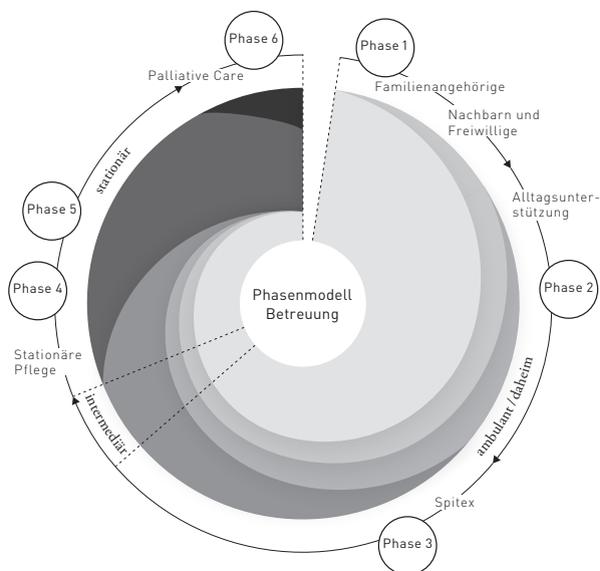
Die Art der Betreuung im Alter verändert sich im Fragilisierungsprozess, von dem im ersten und zweiten Kapitel die Rede ist. Damit ist zunächst nur die Form

der Betreuung älterer Menschen angesprochen. Damit einher geht aber auch die Frage, wer Betreuung in diesem Fragilisierungsprozess leistet, und wie diese Leistungen von wem abgegolten werden.

Wir können diese Wandlung mit einem Phasenmodell skizzieren. Die ersten drei Formen beschreiben Betreuung im ambulanten und intermediären Feld, die weiteren drei Formen sind im stationären Bereich angesiedelt.

Die verschiedenen Phasen sind nicht zeitlich linear zu interpretieren und sollen auch nicht trennscharf voneinander abgegrenzt gedacht werden. Vielmehr ist das Phasenmodell durch fließende Übergänge von einer Betreuungsform zur anderen gekennzeichnet, die sich gut auch überlappen und kumulieren können. In der Fachwelt ist darum häufiger auch von «fluid care» die Rede. Wir verwenden den Terminus «Betreuungsmix». Im Fragilisierungsprozess verändert sich dieser Mix: bestimmte Formen der Betreuung verlieren an Bedeutung, andere gewinnen an Gewicht.

Abbildung 21: Phasenmodell Betreuung im Alter



Quelle: Eigene Darstellung.

In der ersten Phase bedeutet Betreuung Unterstützung bei der Alltags- und Freizeitgestaltung und wirkt gegen soziale Isolation. Trotz Einschränkungen sollen Selbstständigkeit, Autonomie und soziale Teilhabe weiterhin möglich sein. Häufig sind es die Lebenspartner, Familienangehörige, Nachbarn oder Freiwillige, die Betreuungsarbeit leisten. Sie ist impliziter, informeller, alltäglicher, präventiver Art.

In der zweiten Phase geht es um alltägliche Arbeiten wie Einkaufen, Kochen, Putzen oder Waschen, die nicht mehr selber erledigt werden können, oder die Begleitung zu privaten Verabredungen wie auch Arztbesuchen. Häufig

übernehmen dies punktuell angestellte Personen, selten auch Freiwillige, Nachbarn oder Familienangehörige. Betreuung wird darum professioneller, expliziter, von ambulanter Art. Sie muss oft privat bezahlt werden.

In der dritten Phase wird Betreuung zur Versorgungsleistung und hilft, lebensnotwendige Bedürfnisse zu decken wie beispielsweise Essen und Trinken, Körperpflege und Anziehen, Termine einhalten und Ordnung bewahren. Sie nimmt einen ambulanten oder intermediären, professionellen Charakter an. Hier kommt bereits in vielen Fällen neben den Familienangehörigen auch die Spitex zum Einsatz.

In der vierten Phase wird Betreuung im stationären Setting geleistet. Es geht um Alltagsgestaltung sowie um agogische und aktivierende Angebote von Fachpersonen. Betreuung ist dann explizit, formell, programmatisch, therapeutisch. Diese Leistungen sind gemäss KVG nicht zum Abrechnen vorgesehen. Sie werden über die Betreuungstaxe abgerechnet.

In der fünften Phase vermischt sich Betreuung mit der Pflege. Sie wird Teil eines ganzheitlichen Verständnisses von stationärer Pflege. Betreuung findet dann im Kontext der Pflege statt und wird von Pflegefachpersonen erbracht und über die Krankenversicherung finanziert. Auch den Angehörigen kommt eine wichtige Rolle zu. Einige Heime erwarten explizit, dass sie zu Besuch kommen und etwas mit den Betagten unternehmen.

In der sechsten Phase wird Betreuung zur Seelsorge und Teil einer palliativen Care-Arbeit. Sie wird wieder informeller, oft freiwillig erbracht, es geht um Präsenz, um Zuhören, Trostspenden, um Begleitung in der letzten Lebensphase. Neben professionellen Fachkräften leisten auch Freiwillige Einsätze – bei den Betroffenen zu Hause wie auch in stationären Einrichtungen.

Die drei Zugänge zusammengenommen hinterlassen einen paradoxen Eindruck. Auf der einen Seite scheint es notwendig, Betreuung im Alter genauer zu fassen. Nur so könnte auch ein Anrecht auf Betreuung gewährleistet werden. Auf der anderen Seite wird deutlich, wie vielfältig Betreuung im Alter sein kann. Je nachdem wer tätig ist, in welcher Wohnform und Phase des Fragilisierungsprozesses ältere Menschen betreut werden, ergeben sich andere Inhalte von Betreuung im Alter. Dieses Paradoxon gilt es aufzulösen. Wir versuchen dies mit der Formulierung von fünf alterspolitischen Forderungen.

### **5.3 Betreuung im Alter – fünf alterspolitische Forderungen**

Diese Forderungen machen nochmals deutlich, was zu tun ist, damit Betreuung im Alter in der Schweiz jene Bedeutung erlangt, die notwendig ist, damit die Gesundheitsversorgung älterer Menschen gewährleistet werden kann. Wenn wir hier zudem von guter Betreuung reden, verweisen wir damit auch auf die Qualifizierung des Personals und Qualität von Betreuung im Alter hin. Gute Betreuung meint damit eine Betreuung, die zugleich gut ist für die älteren Menschen, die betreut werden, und auch für jene gut ist, die diese Tätigkeiten leisten. Von guter

Betreuung kann weiter gesprochen werden, wenn der Betreuungsmix den jeweiligen Bedürfnissen der älteren Menschen im Fragilisierungsprozess gerecht wird, wenn die Koordination zwischen den unterschiedlichen Akteuren, die Betreuungsleistungen erbringen, gewährleistet ist und die Betreuung selber hohen qualitativen Standards entspricht. Wo diese Bedingungen erfüllt sind, darf auch von guter Betreuung in einem gesellschaftspolitischen Sinn die Rede sein. Wir sind uns bewusst, dass wir uns damit in einen normativen Bereich hineinbegeben, der über die Rechercharbeit hinausführt. In diesem Sinne sind die fünf Forderungen vor allem auch als Diskussionsanstoss zu verstehen.

### **Forderung 1: Gute Betreuung als Anrecht auf ein würdiges Altwerden für alle**

Alt werden wir alle. In Würde alt werden möchten wir alle. Dieses Ansinnen ist aber nicht für alle gewährleistet. Es muss rechtlich besser verankert werden. Wir sehen verschiedene Ansatzpunkte. In Würde alt werden zu dürfen, müsste mindestens als Sozialziel in Artikel 41 der Bundesverfassung Aufnahme finden. Die gesetzliche Grundlage muss darüber hinaus auch (wieder) zu einem ganzheitlichen, erweiterten Begriff finden, in dem alle Leistungen, die ein würdiges Altwerden gewährleisten, Aufnahme finden. Es geht damit nicht nur um medizinische, sondern auch um soziale, kulturelle und seelsorgerische Leistungen. Dabei gilt es aus langer sozialpolitischer Erfahrung heraus, an bestehende Leistungen anzuknüpfen und diese weiterzuentwickeln. Wir plädieren darum für eine Anpassung der Gesetze zur Hilflosenentschädigung, zur Krankenversicherung und zu den Ergänzungsleistungen, und nicht für eine wie auch immer gestaltete neue Betreuungs- und Pflegeversicherung.

Gute Betreuung wird beim Altwerden zunehmend wichtiger, weil der Fragilisierungsprozess immer länger dauert. Noch aber fehlt es in der Öffentlichkeit an der notwendigen Sensibilität gegenüber den betreuenden Personen, seien dies Familienangehörige oder Professionelle.

Wir sprechen uns klar für ein Anrecht auf gute Betreuung aus, im Wissen, dass auf Anfrage viele Hilfswerke gute Arbeit leisten und es auch zahlreiche Angebote von privaten Unternehmen gibt. Ein Anrecht ist trotzdem notwendig, um der sozialen Ungleichheit im Alter begegnen zu können. Das Recht auf ein würdevolles Altwerden soll allen Menschen gleichermaßen zustehen. Mit diesem Plädoyer für ein Verständnis von Betreuung als Teil des *service public* geht die Vorstellung einher, dass Betreuung genau gleich Teil der Grundversorgung im Gesundheitswesen wird wie die Pflege, dass Betreuung bestimmten Qualitätsstandards zu gehorchen hat und dass Betreuung verstärkt Eingang in die berufliche Aus- und Weiterbildung finden muss.

## **Forderung 2: Gute Betreuung als Zeit-Leistung mit grundsätzlich offenem Inhalt**

Betreuung braucht Zeit, Betreuung nimmt sich Zeit. Mit dieser Programmatik sprechen wir uns gegen eine Fragmentierung der Care-Arbeit aus, plädieren für einen generalistischen Teamansatz statt einer weitreichenden Spezialisierung, für eine Aufwertung der Betreuung, wohl wissend, dass sich damit – wie eben schon angesprochen – Fragen der Qualitätssicherung, der Aus- und Weiterbildung und der Finanzierung stellen.

Betreuung nimmt im Fragilisierungsprozess unterschiedliche Formen an. Betreuung wird von einem Mix aus Akteuren geleistet, die unterschiedliche Leistungen erbringen und sehr verschieden für diese Leistungserbringung abgegolten werden. Betreuung ist auch ein dynamisches Zusammenspiel von Aufgabenbereichen, die nicht immer klar voneinander getrennt werden können. Insbesondere die Grenzziehung zwischen Pflege und Betreuung ist diffus und bedarf dringend einer Klärung. Die Kategorisierung einer Hilfeleistung als «Pflege» oder «Betreuung» hat für die Betroffenen heute noch gravierende finanzielle Konsequenzen, die sich inhaltlich kaum rechtfertigen lassen.

Die Abbildung 21 visualisiert das oben skizzierte Phasenmodell. Sie macht deutlich, dass die Bedeutung der Betreuung daheim besonders gross ist und dass die Familienangehörigen dabei nach wie vor eine zentrale Rolle spielen. Diesem Umstand gilt es noch stärker Rechnung zu tragen, indem Familienangehörigen verbindlich in Betreuungs- und Pflegearrangements eingebunden werden.

## **Forderung 3: Gute Betreuung als ein Miteinander aller Akteure**

Betreuung ist eine soziale Tätigkeit, die das Gemeinschaftliche in den Vordergrund stellt. Betreuung ist Ausdruck einer gemeinsamen Alltagsgestaltung, welche die gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen, die alleine und vom sozialen Ausschluss bedroht sind. Betreuung ist auch ein Miteinander von verschiedensten Akteuren. Dabei steht Betreuung im Spannungsverhältnis zwischen einer «Jederaufgabe-Tätigkeit» und einer professionellen Arbeit. Dieses Spannungsverhältnis drückt sich zum einen in der Gefahr der Prekarisierung aus, sobald diese Betreuungsarbeit monetarisiert wird. Zum anderen wird das Spannungsverhältnis auch dort sichtbar, wo betreuende Familienangehörige, Nachbarn und Freiwillige im Setting nicht berücksichtigt, sondern von «Professionellen» an den Rand gedrängt werden, oder umgekehrt, Fachkräfte im familiären Rahmen nicht akzeptiert werden. Hier ist eine Schärfung des Begriffs unumgänglich, damit auseinandergehalten werden kann, wer was macht.

Im notwendigen Miteinander werden zwei Dinge deutlich. Die professionelle Betreuungsarbeit braucht eine Aufwertung, die informelle Betreuungsarbeit braucht mehr Anerkennung.

Im Konkreten heisst dies zum einen, dass professionelle Arbeit «anständig» bezahlt und über eine staatliche Leistung abgegolten wird. Die Anforderungen

an die Ausbildung müssen in einem generalistischen Sinn umformuliert, Qualitätsstandards definiert und die Arbeitsbedingungen (Minimallohn, Arbeitszeit, Sozialversicherungen) geregelt werden.

Im Zentrum steht zudem die Prämisse, dass in der professionellen Betreuung nicht «alles» machbar ist. Professionelle Betreuung, die diese Voraussetzung in den Wind schlägt, ist oft nichts anderes als prekäre Arbeit mit Rund-um-die-Uhr-Einsätzen zu schlechten Lohnbedingungen und mit ungenügendem Sozialversicherungsschutz. Hier droht die Gefahr der Illegalisierung und Schwarzarbeit, etwa in Form einer Care-Migration in private Haushalte ohne Schutz und Anrechten. Oder aber sie wird in einem Team geleistet und ist dann kaum mehr bezahlbar.

Professionelle Betreuung daheim, intermediär oder stationär muss darum immer Teil eines Betreuungsmix sein, der insbesondere auch die Familienangehörigen einbindet. Hier braucht es eine Betreuungs- und Pflegeplanung durch geeignete Sozialberatungsstellen.

Das bedeutet aber auch, dass die informelle Betreuungsarbeit, insbesondere durch die Familienangehörigen, mit Massnahmen im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der Abgeltung und der Entlastung erst möglich gemacht wird. Dabei müssen die Massnahmen für Frauen und Männer gleichermaßen gelten. Vereinbarkeit heisst, dass Unternehmen bereit sind, Arbeitsverhältnisse den akuten Gegebenheiten anzupassen, dass Einkommensverluste als Folge eines reduzierten Pensums kompensiert werden, dass Betreuungsarbeiten in der Altersvorsorge der ersten und zweiten Säule Anerkennung finden und dass betreuenden Angehörigen die von ihnen gewünschte Entlastung gewährt wird, im Wissen wie schwer es diesen oftmals fällt, diese Entlastungsangebote auch anzunehmen.

Betreuung im privaten Kontext ist also ein Mix von «Laien»- und professioneller Arbeit. Diesem Spannungsverhältnis muss die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden, um Überforderungen rechtzeitig begegnen zu können. Diese können sich sonst in gesundheitlichen Einschränkungen und psychischen Belastungen zeigen, oder sich leider auch in häuslicher Gewalt entladen.

#### **Forderung 4: Gute Betreuung als Versicherungsleistung**

Betreuung gewinnt im Fragilisierungsprozess an Professionalität. Mit zunehmender Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit wird professionelle Hilfe wichtiger. Diese muss dann über eine staatliche Institution finanziert werden können. Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit soll nicht per se als Krankheit interpretiert werden, sondern als Ausdruck des «normalen» Alterungsprozesses. Darum sind wir mit Blick auf eine institutionelle Lösung vorsichtig.

Wir plädieren, wie oben erwähnt, für einen dreistufigen Ansatz. Zunächst soll die Hilflosenentschädigung zum Zuge kommen. Dies bedingt, dass Hilflosigkeit als soziale Lebenslage verstanden und entsprechend eingeschätzt wird. Dies erfordert ein neues Beurteilungsraster, das sich nicht nur auf die medizinischen Aspekte der Hilflosigkeit konzentriert, sondern auch Einschränkungen sozialer

und kultureller Art berücksichtigt und sich damit an der notwendigen Betreuung orientiert. Die Art der Leistungen aus der Hilflosenentschädigung sollen weiter unbestimmt sein. Sie sind im Grunde genommen Zeitgutschriften und das ist auch richtig so. Die Höhe der Leistungen aus der Hilflosenentschädigung ist diesem Perspektivenwechsel allerdings entsprechend nach oben anzupassen.

Wo Betreuung dann Teil der medizinischen Pflege wird, gilt es, das Krankenversicherungsgesetz zu revidieren und den Pflegebegriff dort ganzheitlich zu umschreiben. In einem dritten Schritt sind dann diese Veränderungen auch in den entsprechenden Gesetzesartikeln und Verordnungen zu den Ergänzungsleistungen abzubilden.

### **Forderung 5: Gute Betreuung als Gegenstand der Wissenschaft**

Betreuung muss als gesellschaftliche Leistung besser erfasst und dokumentiert werden. Und sie muss Gegenstand der Forschung werden. Einfache Fragen wie: «Wer macht was an Betreuung?», «Wie gross ist der zeitliche und finanzielle Aufwand in der Betreuung?», und «Wer kann sich welche Art an Betreuung leisten?» können noch immer nicht beantwortet, sondern höchstens geschätzt und mit punktuellen Einsichten umschrieben werden. Die soziale Ungleichheit im Alter, die auch zu einer Ungleichheit im Fragilisierungsprozess führt, ist bis heute kaum untersucht. Hier sind wichtige Forschungslücken zu schliessen, weil die Ergebnisse aus solchen Studien einen grossen Einfluss auf die Gestaltung der Betreuung haben können.

Das vorhandene Wissen zur Betreuung in der Schweiz ist zudem schwer greifbar, wie diese Recherchearbeit zeigt. Ein Ort, an dem dieses Wissen gesammelt und dokumentiert wird, wäre sehr hilfreich. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan könnte dafür in Frage kommen. Es gälte, an einem solchen Ort die zahlreichen Studien zusammen zu tragen, thematisch zu ordnen, auszuwerten, eine Topografie der Betreuung in der Schweiz zu beschreiben, rechtliche Grundlagen vorzuschlagen und Handlungsanweisungen im Sinne von lessons learned und best practices zu formulieren.

## **5.4 Betreuung im Alter – drei Szenarien für die Schweiz**

Wir haben die Recherchearbeit in vier Kapiteln dokumentiert. Die Zusammenfassungen zu Beginn des fünften Kapitels bündeln die wesentlichen Suchergebnisse aus rechtlicher, akteurbezogener, professionsorientierter und lebenslagenbasierter Perspektive. Der Recherchearbeit haben wir im einleitenden Teil eine Rahmung gegeben, die einen Bezug zwischen dem gesellschaftlichen Wandel und der zukünftigen Form der Betreuung im Alter herstellt. Daraus haben wir fünf alterspolitische Forderungen abgeleitet, die zumindest eines deutlich machen: Wenn gute Betreuung im Alter für alle gewährleistet werden soll, muss Betreuung neu gedacht und anders organisiert werden. Hier soll nun der Versuch gewagt

werden, abschliessend dazu drei Szenarien zu skizzieren, die sich in der Zuweisung unterscheiden, wer in Zukunft die Betreuung von älteren Menschen gewährleisten und erbringen soll: die Familie, der Sozialstaat oder der Senioren-Markt. Sie bündeln noch einmal die vorangegangenen Ausführungen und kombinieren in unterschiedlicher Weise die eben formulierten Forderungen. Szenarien sind Zuspitzungen, und sind in diesem Sinne kein Abbild der erwartbaren Zukunft. Diese ist immer ein Mix verschiedener Szenarien. Indem diese aber bewusst auf einen bestimmten Punkt hin konzentriert sind, machen die Beschreibungen gewisse Zusammenhänge und Konsequenzen deutlich.

### **Szenario A: Betreuung bleibt eine Aufgabe der Familie**

Szenario A betont die Bedeutung der Familienangehörigen für die Betreuung älterer Menschen. Damit wird die heutige Situation für die nächsten Jahre fortgeschrieben, obwohl allein schon die wachsende Einbindung der Frauen in den Arbeitsmarkt signalisiert, dass dies schwierig werden könnte. Es überrascht darum nicht, dass sich der Bund Gedanken macht, wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert und die betreuenden Angehörigen entlastet werden können. Familien mit entsprechenden Einkommen werden Hilfe von aussen in Anspruch nehmen. Die Beschäftigung in privaten Haushalten wird steigen und ruft nach einer besseren arbeits- und sozialrechtlichen Absicherung, soll einer weiteren Prekarisierung von Arbeitsverhältnissen nicht Vorschub geleistet werden. Älteren Menschen aus Familien mit knappen Ressourcen droht hingegen eine Versorgungslücke. Sie haben nicht genügend Geld, Betreuungsaufgaben von Dritten zu beziehen. Zugleich sind dem Engagement der Familienangehörigen enge Grenzen der Mehrfachbelastung gesetzt.

Wenn in der Logik dieses Szenarios hier nicht der Sozialstaat in die Bresche springt, bleibt nur noch die Bitte an die Nachbarschaft und die Anfrage an Hilfsorganisationen. Diese sind in besonderem Masse gefordert, mit dem Einsatz von Freiwilligen jene Betreuung zu gewährleisten, die von diesen Familien mit knappen Mitteln nicht mehr erbracht werden kann. Eine Alternative zur Vermittlung von Freiwilligen durch entsprechende Einsatzorganisationen aus dem Altersbereich stellen die Zeittauschbörsen dar, die nun auch in der Schweiz langsam Fuss fassen. Diese unterstützen einen intertemporalen Tausch von Betreuungsstunden: wer heute unentgeltlich Betreuung für Dritte leistet, hat im gleichen Umfang Anspruch auf Betreuung, wenn er solche später benötigt.

Pflegeheime können in diesem Szenario zu Armenheimen werden. Ältere Menschen treten in Pflegeheime über, nicht, weil sie in besonderem Masse pflegebedürftig sind, sondern weil sie aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen nicht mehr daheim wohnen können.

Die Betreuung bleibt in diesem Szenario unbestimmt. Die Familienangehörigen und die Freiwilligen machen das, was nötig ist. Erst wenn Betreuung ärztlich verschrieben wird, kommen die Regeln der aktuellen gesetzlichen Gegebenheiten ins Spiel. In diesem Szenario ist nicht davon auszugehen, dass diese

Regeln, etwa im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes oder der Hilflosenentschädigung, geändert würden. Auch die Auflagen in den Heimen werden sich kaum ändern. Im Gegenteil: die Erwartung, dass sich die Familien auch in den Pflegeheimen mehr um ihre Angehörigen kümmern sollen, wird angesichts knapper werdender personeller und finanzieller Ressourcen steigen.

### **Szenario B: Betreuung wird ein Anrecht gegenüber dem Sozialstaat**

Szenario B basiert auf der Vorstellung, dass Betreuung Teil eines *service public* ist und der Sozialstaat gefordert ist, dieses Anrecht allen älteren Menschen mit entsprechender Hilflosigkeit zu gewährleisten. Die Kantone und Gemeinden sind angehalten, Angebote zu entwickeln und auszubauen, die den Wunsch der älteren Menschen, so lange wie möglich daheim zu bleiben, entgegenkommen. Die Palette notwendiger Angebote ist breit. Mit einer Erweiterung des Aufgabenbereichs der Spitex ist es nicht getan. Der Sozialstaat muss auch die Versorgung der älteren Menschen (Mahlzeitendienst, Notruf, Hausarzt, seelsorgerische Unterstützung, ambulante palliative Pflege) und die altersgerechte Gestaltung des nahen Umfelds sicherstellen. Natürlich ist die Betreuung durch Familienangehörige damit nicht ausgeschlossen, aber das Anrecht auf Betreuung bedeutet, dass ältere Menschen sicher sein können, dass jemand da ist, wenn die eigene Familie, warum auch immer, ihren betreuenden Verpflichtungen nicht nachkommen kann. In zahlreichen Gemeinden sind entsprechende Entwicklungen im Gange, nicht zuletzt auch auf Druck von Interessengruppen aus dem Altersbereich.

In diesem Szenario werden Pflegeheime zur *ultimo ratio*. Sie nehmen mehr und mehr den Charakter von Sterbehospizen an und entlasten damit die Spitäler. Die Aufenthaltsdauer ist kurz, der Wechsel der Bewohnerinnen und Bewohner hoch. Betreuung wird zu einer Facette der Palliative Care.

Wenn Betreuung zum *service public* wird, hat dies Konsequenzen. Der Sozialstaat wird dann nicht umhinkommen, Betreuung neben der Pflege als Anrecht und Teil der Grundversorgung im Gesundheitswesen näher zu umschreiben und festzulegen, was zu dieser Form des *service public* gehören soll und was nicht. Betreuung wird dann auch bestimmten Qualitätsstandards gehorchen und in der beruflichen Aus- und Weiterbildung aufgewertet werden müssen. Damit stellt sich auch die Frage der Finanzierung im föderalen Sozialstaat. Verschiedene Optionen werden zu prüfen sein. Diese reichen von einer (weiteren) Erhöhung der Krankenkassenprämien über eine Ausweitung und Erhöhung der Hilflosenentschädigung, die dann über die AHV finanziert werden müsste, bis zur Einrichtung einer neuen Betreuungs- und Pflegeversicherung. Vor einem allfälligen Entscheid wird zu klären sein, wer für diesen *service public* zuständig sein soll.

## Szenario C: Betreuung wird ein Angebot der Seniorenwirtschaft

Szenario C lässt Betreuung zu einem Geschäft der Seniorenwirtschaft werden. Weder Sozialstaat noch Familie gewährleisten die Betreuung älterer Menschen, sondern der privatwirtschaftliche Dienstleistungsmarkt soll jene Angebote hervorbringen, welche für eine gute Betreuung nachgefragt werden. Dem Staat wird höchstens eine regulierende Funktion zugestanden, in dem er für faire Arbeitsbedingungen und eine qualitative Mindestsicherung der Dienstleistungen zuständig erklärt wird. Das Marktangebot entlastet die Familienangehörigen, die sich, wenn möglich, auf jene Facetten der Betreuung beschränken können, die sie auch machen können und vor allem machen wollen. Der Rest wird von privaten Dritten eingekauft.

In diesem Szenario werden Pflegeheime zu Dienstleistungsunternehmen rund um das Alter. Im Sinne einer Rückwärtsintegration bieten sie eine ganze Palette von Angeboten für ältere Menschen daheim an, führen aber auch eine Auswahl von alternativen Wohnformen in ihrem Sortiment. Betreuung wird zu einem Argument im Wettbewerb zwischen den Pflegeheimen.

Schwierig wird es für ältere Menschen und ihre Familien, wenn nicht genügend Mittel vorhanden sind, um das Marktangebot nutzen zu können. In diesem Szenario sind diese auf materielle Hilfe angewiesen. Denkbar ist eine Ausweitung der sozialstaatlichen Bedarfsleistungen, insbesondere der Ergänzungsleistungen.

Betreuung wird in diesem Szenario durch Angebot und Nachfrage bestimmt. Betreuung ist das, was an Dienstleistungen bezahlt wird und bezahlt werden kann. Wo ein Bedarf, aber kein Angebot ist, drohen Versorgungslücken.

*Fazit:* Die Welt wird sich kaum entlang einer der drei hier kurz skizzierten Szenarien entwickeln. Schon heute wird die Betreuung durch eine Vielzahl von Akteuren und Angeboten geprägt. Der gesellschaftliche Wandel wird aber zu einer Akzentverschiebung führen. Die Familien werden nicht mehr im gleichen Ausmass Betreuungsarbeit leisten können. Alles dem Markt zu überlassen, wird aber auch nicht gehen. Dafür ist die wirtschaftliche und soziale Ungleichheit im Alter zu gross. Man wird darum auch über ein neues Anrecht auf Betreuung nachdenken müssen. Und dieses wird zu finanzieren sein. Dies ist nicht unmöglich, wenn die durch die Betonung der ambulanten und mobilen Versorgung älterer Menschen freiwerdenden Mittel im stationären Bereich nicht eingespart, sondern eben in Verbundlösungen und Netzwerke der Betreuung und Pflege vor Ort investiert werden.

Gute Betreuung wird sich aber nicht einfach so ergeben. Ohne politisches Engagement auf kommunaler, kantonaler und nationaler Ebene ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass Betreuung Aufgabe der Familien bleiben wird und durch Angebote der wachsenden Seniorenwirtschaft ergänzt wird. Unter dieser Entwicklung werden vor allem jene leiden, denen die entsprechenden Mittel fehlen, um sich diese Betreuungsleistungen einzukaufen, die sie benötigen, um selbstbestimmt daheim alt werden zu können. Ob die wachsende Zahl an Interessenorganisationen im Altersbereich dem Vorschlag, gute Betreuung als *service public* und

Teil der Grundversorgung im Gesundheitswesen zum politischen Durchbruch verhelfen vermag, muss an dieser Stelle offen bleiben.

# Literaturverzeichnis

- Addor, Véronique, Schwendimann, R., Gauthier, J.-A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). *The 'nurses at work' study: Investigating nurses' career paths over the last 40 years in Switzerland* (Obsan Bulletin Nr. 8). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_bulletin\\_2016-08\\_en.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-08_en.pdf) (Zugriff am 10.7.2016).
- Aiken, Linda H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). *Nurses' reports of working concitions and hospital quality of care in 12 countries in Europe*. *International Journal of Nursing Studies*, (50), S. 143–153.
- Bachinger, Leo Matteo & Fuchs, W. (2013). *Rechtliche Herausforderungen des Technikeinsatzes in der Altenpflege: Ein rechtssoziologische Perspektive auf Ambient Assisted Living*. In: *SWS-Rundschau*, 53, S. 73–94.
- Barth, Anne-Rose & Hanetseder, Ch. (2013). Pflegehelferinnen und Pflegehelfer SRK – ein unverzichtbarer Beitrag ans Gesundheitswesen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) *Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft*, S. 208–215. Zürich: Seismo.
- BASS. (2016). Strategien der Kantone im Bereich Langzeitpflege. [http://www.buerobass.ch/pdf/2016/BAG\\_2016\\_StrategienLangzeitpflege.pdf](http://www.buerobass.ch/pdf/2016/BAG_2016_StrategienLangzeitpflege.pdf) (Zugriff am 13.07.2016).
- Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: edition suhrkamp.
- Becker, Stefanie, Blaser, R., Riedel, M. & Geiser, M. (2013). *Wollen. Wissen. Können. Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze in der Langzeit-, Kurzzeit- und Übergangspflege und Betreuung*. Herausgegeben von Curaviva Schweiz, Fachbereich Alter. Bern: Curaviva Schweiz. <https://www.curaviva.ch/files/JPIS21H/Themenheft-Wollen-Wissen-Koennen-Gestaltung-attraktiver-Arbeitsplatetze.pdf> (Zugriff am 8.7.2016).
- Bericht des Bundesrates (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege*. [https://www.curaviva-zh.ch/files/EQQJSFF/bestandesaufnahme\\_und\\_perspektiven\\_im\\_bereich\\_der\\_langzeitpflege.pdf](https://www.curaviva-zh.ch/files/EQQJSFF/bestandesaufnahme_und_perspektiven_im_bereich_der_langzeitpflege.pdf) (Zugriff am 15.01.2017).
- Bericht des Bundesrates (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz Bericht des Bundesrates*. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/?lang=de> (Zugriff 27.07.2016).
- Bericht des Bundesrates (2005): *Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005*. <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2005/2033.pdf> (Zugriff am 29.04.2016).
- Berner Fachhochschule (2016a). *Armutsrisiken im Alter nehmen zu*: In: *Social Impact* 2/2016.
- Berner Fachhochschule (2016b). *FH-Lohnstudie Gesundheit*. [www.alumni.bfh.ch/karriere/fh\\_lohnstudie/gesundheit.html](http://www.alumni.bfh.ch/karriere/fh_lohnstudie/gesundheit.html) (Zugriff am 9.7.2016).
- Berufsausbildung Soziale Lehre (2003). *Presstext Medienorientierung 15.3.2003. Die Soziale Lehre wird geprüft und für gut befunden*. <http://www.panorama.ch/pdf/bba2047a.pdf> (Zugriff am 13.8.2016).

- Berufsberatung Schweiz (2016a). *Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=8127#> (Zugriff am 5.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2016b). *Fachmann/-frau Betreuung EFZ*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=6196#> (Zugriff am 5.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2015a). *Fachmann/-frau Gesundheit EFZ*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=3270#> (Zugriff am 5.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2015b). *Fachmann/-frau Langzeitpflege und -betreuung (BP)*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=9724#> (Zugriff am 1.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2014a). *Pflegefachmann/-frau HF*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=8467#> (Zugriff am 14.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2014b). *Pflegefachmann/-frau FH BSc*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=6504#> (Zugriff am 15.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2013). *Aktivierungsfachmann/-frau HF*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?lang=de&cid=3819#> (Zugriff am 8.7.2016).
- Berufsberatung Schweiz (2011). *Pflegehelfer/in SRK*. <http://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=3150#> (Zugriff am 5.7.2016).
- Berufsbildungsgesetz(2016). *Bundesgesetz über die Berufsbildung vom 13. Dezember 2002. Stand 1.1.2016*. Bern. <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20001860/index.html> (Zugriff am 1.7.2016).
- Bischofberger, Iren, Jähnke, A., Rudin, M. & Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahme*. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=de> (Zugriff am 22.02.2016).
- Bischoff, Claudia (1984). *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt/M: Campus.
- Bohn, Felix (2014). *Planungsrichtlinien. Der Schweizer Planungsstandard*. Zürich: Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen.
- Bowker, Geoffrey C. & Star, S.L. (2000). *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge (MA): The MIT Press.
- Brandt, M., Haberkern, K. & Szydlik, M. (2009). *Intergenerational Help and Care in Europe*. In: *European Sociological Review*, 25 (5), S. 585–601.
- Braunschweig, Sabine (2004). Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz. In: Ilsemarie Walter, E. Seidl, V. Kozon (Hrsg.), *Wider die Geschichtslosigkeit in der Pflege* (S. 113–122). Wien: Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege.
- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2015). *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen «Aktivierung» mit dem geschützten Titel «dipl. Aktivierungsfachfrau HF», «dipl. Aktivierungsfachmann HF»*. Genehmigt durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie am 18.8.2008. Stand am 18.3.2015. <http://www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?detail=1&typ=rlp&lang=de&item=32&abfragen=Abfrage+durch%C3%BChren> (Zugriff am 1.7.2016).

- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2012). *Verordnung des BBT über die berufliche Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischen Berufstest (EBA) vom 20. Dezember 2010* (Stand am 1. Januar 2012). [http://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche\\_Grundbildung/BiVo\\_86913\\_d-1.pdf](http://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche_Grundbildung/BiVo_86913_d-1.pdf) (Zugriff am 5.7.2016).
- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2011a). *Bildungsplan. Assistentin/Assistent Gesundheit und Soziales*. <http://www.sbf.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?lang=de&detail=1&typ=EBA&item=1351> (Zugriff am 1.7.2016).
- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2011b). *Bildungsplan Fachfrau /Fachmann Gesundheit*. 13. November 2008 mit Änderungen vom 30. Oktober 2009 sowie vom 1. Juli 2011. <http://www.sbf.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?lang=de&detail=1&typ=EFZ&item=1> (Zugriff am 1.7.2016).
- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2011c). *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen «Pflege» mit dem geschützten Titel «dipl. Pflegefachfrau HF», «dipl. Pflegefachmann HF»*. Genehmigt durch das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie am 24.9.2007. Stand am 24.1.2011. <http://www.sbf.admin.ch/bvz/hbb/index.html?detail=1&typ=rlp&lang=de&item=17&abfragen=Abfrage+durchf%C3%BChren> (Zugriff am 2.7.2016).
- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (2010). *Bildungsplan zur Vorordnung über die berufliche Grundbildung Fachfrau Betreuung/Fachmann Betreuung vom 16. Juni 2005 mit Anpassungen vom 2. Dezember 2010*. <http://www.sbf.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?lang=de&detail=1&typ=EFZ&item=283> (Zugriff am 1.7.2016).
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2017): *Broschüre Förderprogramm zur Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-65550.html> (Zugriff am 16.02.2017).
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2015a). *Statistiken zur sozialen Sicherheit. Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2015*. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/el/statistik.html> (Zugriff am 08.02.2017).
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2015b). *Kantonale Regelungen auf dem Gebiet der bundesrechtlichen Ergänzungsleistungen im Jahr 2015*. <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/index/page:1/lang:deu/category:28/sort:LangDoc.title/direction:asc> (Zugriff am 08.02.2017).
- Bundesamt für Statistik (2017a): *Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2017*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2017b). *Haus- und Familienarbeit. Durchschnittlicher Zeitaufwand für Haus- und Familienarbeit, 2016*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/unbezahlte-arbeit/haus-familienarbeit.html> (Zugriff am 23.09.2017).
- Bundesamt für Statistik (2016a) *Aufenthalte in Alters- und Pflegeheime werden immer kürzer*. Medienmitteilung vom 17.11.2016. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2016b). *Betagte Personen. Anzahl Plätze und Dichte pro 1000 Einwohner 2014*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/02/key/01.html> (Zugriff am 07.07.2016).

- Bundesamt für Statistik (2016c). *Beschäftigungsgrad nach Geschlecht, Nationalität, Altersgruppen, Familientyp. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Veröffentlicht am 17.11.2016. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb.assetdetail.1300223.html> (Zugriff am 11.01.2017).
- Bundesamt für Statistik (2016d). *Durchschnittliche Kinderzahl je Frau nach Staatsangehörigkeit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten-fruchtbarkeit.assetdetail.274148.html> (Zugriff am 17.02.2017).
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2016e). *Durchschnittliches Pensionierungsalter*. Neuchâtel. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozial-berichterstattung/indikatoren-altersvorsorge.assetdetail.1520123.html> (Zugriff am 04.10.2017).
- Bundesamt für Statistik (2016f). *Eintritte nach Beruf, Lehrbetriebskanton, Ausbildungstyp, Geschlecht, Ausbildungsform und Jahr. Fachmann/-frau Gesundheit EFZ*. Stand der Datenbank April 2016. <http://www.pxweb.bfs.admin.ch/Table.aspx?layout=tableViewLayout> (Zugriff am 29.7.2016).
- Bundesamt für Statistik (2016g). *Erwerbsquoten nach Geschlecht, Nationalität, Altersgruppen, Familientyp. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Veröffentlicht am 17.11.2016. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnitts-themen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/wirtschaft/erwerbsquote.assetdetail.1300110.html> (Zugriff am 11.01.2017).
- Bundesamt für Statistik (2016h). *Gesundheitsdienste und Personal. Sozialmedizinische Institutionen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/02.html> (Zugriff 07.07.2016).
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2016i). *Haushaltsbudgeterhebung 2014*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2016j). *Lebenserwartung. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung*. Veröffentlicht am 29.09.2016. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/todesfaelle-sterblichkeit-lebenserwartung.assetdetail.104733.html> (Zugriff am 12.01.2017).
- Bundesamt für Statistik (2016k). *Löhne, Erwerbseinkommen. Indikatoren Lohnniveau nach Geschlecht. Monatlicher Bruttolohn nach Alter und Geschlecht 2014*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/04/blank/key> (Zugriff am 29.8.2016).
- Bundesamt für Statistik (2016l). *Spitex: Synthese nach Leistungserbringertyp*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.assetdetail.1240527.html> (Zugriff am 09.01.2017).
- Bundesamt für Statistik (2016m). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2014 – Standardtabellen. Definitive Resultate. BFS Aktuell. Fachbereich 14 Gesundheit*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6963> (Zugriff am 2.7.2016).
- Bundesamt für Statistik (2016n). *Unbezahlte Arbeit – Daten, Indikatoren*. [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/key/sat\\_kont/01.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/06/blank/key/sat_kont/01.html) (Zugriff am 28.07.2016).
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2015a) *Erhebung zu Familie und Generationen (EFG) 2013. Erste Ergebnisse*, Neuchâtel.

- Bundesamt für Statistik (2015b): Indikatoren der Pflegeheime 2013. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/02/dos/01.html> (Zugriff am 07.07.2016)
- Bundesamt für Statistik (2015c). Schweiz Szenarien. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html> (Zugriff am 16.02.2017).
- Bundesamt für Statistik (2015d). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2014: Zahlen und Trends. BFS Aktuell. Fachbereich 14 Gesundheit. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=6822> (Zugriff am 12.7.2016).
- Bundesamt für Statistik (2014a). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.asset.detail.349311.html> (Zugriff am 14.01.2017).
- Bundesamt für Statistik(2014b). Gesundheitsstatistik 2014. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=%205765> (Zugriff am 13.04.2016).
- Bundesamt für Statistik (2011). Spitallandschaft Schweiz 2011. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5196> (Zugriff am 13.07.2016).
- Bundesamt für Statistik (o.J.). Geburten und Todesfälle. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle.html> (Zugriff am 23.09.2017).
- Burla, Leila & Rüfenacht, J. (2013). *Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen* (Obsan Bulletin Nr. 2). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_bulletin\\_2013-02\\_d.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-02_d.pdf) (Zugriff am 21.7.2016).
- Care-Info. (o.J.). Informationsplattform «Care-Migration». <http://care-info.ch> (Zugriff am 12.7.2017).
- Careum Weiterbildung (o.J.). *Modulare Weiterbildungen Pflege und Betreuung*. Aarau. [http://www.careum-weiterbildung.ch/angebot/infomaterial/02\\_PB\\_Modulare\\_Weiterbildung\\_WEB\\_111130.pdf](http://www.careum-weiterbildung.ch/angebot/infomaterial/02_PB_Modulare_Weiterbildung_WEB_111130.pdf) (Zugriff am 14.8.2016).
- Caritas (2016). Zuhause Betreut. <https://www.caritas.ch/de/hilfe-finden/alter-und-betreuung/zuhause-betreut/> (Zugriff am 08.08.2016).
- Caritas (2015). In guten Händen. Von Caritas zu Hause betreut. Richtlinien. [https://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Hilfe\\_finden/Richtlinien2015.pdf](https://www.caritas.ch/fileadmin/media/caritas/Dokumente/Hilfe_finden/Richtlinien2015.pdf) (Zugriff am 08.08.2016).
- Caritas Luzern (o.J.). Begleitung in der letzten Lebensphase. <http://www.caritas-luzern.ch/p81000956.html> (Zugriff am 08.08.2016).
- Conviva-plus (2014). *Fachfrau Betreuung Lohn-Schweiz in und nach der Lehre*. <http://www.conviva-plus.ch/?page=1887> (Zugriff am 8.7.2017).
- Credit Suisse (2015). *Die Zukunft des Pflegeheimmarkts*. <http://publications.credit-suisse.com/index.cfm/publikationen-shop/studien-und-analysen/gesundheitswesen-schweiz-2015/> (Zugriff am 18.01.2018).

- Credit Suisse (2013). Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel. <http://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/index.cfm?fileid=01A96103-DFE6-2978-C06F29A365A58D09> (Zugriff am 14.01.2018).
- Curacasa Schweiz (o. J.). *Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz. Allgemeine Infos*. <http://www.curacasa.ch/deutsch/news/> (Zugriff am 11.8.2016).
- Curarete (o. J.). *Pflegen. Betreuen. Vernetzen*. <http://www.curarete.ch/angebote/abklaerung-und-beratung/> (Zugriff am 7.11.2016).
- Curaviva (2015). Herausforderungen und Erfolgsfaktoren für Altersinstitutionen in naher Zukunft. [http://www.curaviva.ch/files/O7V87PT/2015\\_09\\_10\\_bericht\\_herausforderungen.erfolgsfaktoren\\_2015.pdf](http://www.curaviva.ch/files/O7V87PT/2015_09_10_bericht_herausforderungen.erfolgsfaktoren_2015.pdf) (Zugriff am 11.07.2016).
- Curaviva (2014). Statistik Alters- und Pflegeinstitutionen. [http://www.curaviva-sg.ch/files/X4J5WNN/statistik\\_2012\\_der\\_aph\\_\\_ausgabe\\_2014.pdf](http://www.curaviva-sg.ch/files/X4J5WNN/statistik_2012_der_aph__ausgabe_2014.pdf) (Zugriff am 07.07.2016).
- Curaviva (2012). Integrative Versorgung. Verbundlösungen für integrierte Versorgung und Betreuung im Altersbereich. <http://www.curaviva.ch/files/8MSUJYA/Integrierte-Versorgung.pdf> (Zugriff am 13.07.2016).
- Curaviva Bildung (2013a). FaBe, FaGe: Gewinn für die Institutionen. *Gazette*, (1), S. 1–5. <http://www.moniquewittwer.ch/files/gazettefabefage.pdf> (Zugriff am 8.7.2016).
- Curaviva Bildung (2013b). Wir leisten viel Erziehungsarbeit. *Gazette*, (1), S. 8–9. <http://www.moniquewittwer.ch/files/gazettefabefage.pdf> (Zugriff am 8.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2016). *FAQ zur Anstellung von ausländischem Personal in Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege*. [http://www.curaviva.ch/files/XLRI350/faq\\_anstellung\\_auslaendisches\\_\\_personal\\_neu.pdf](http://www.curaviva.ch/files/XLRI350/faq_anstellung_auslaendisches__personal_neu.pdf) (Zugriff am 29.8.2016).
- Curaviva Schweiz (2015a). *Eidgenössisch reglementierte Berufe (Ausbildungen) im Heim*. Curaviva Schweiz. o.O.: Geschäftsbereich Bildung 31.3.2015. [http://www.curaviva.ch/files/7N38SJ5/eidgenoessisch\\_reglementierte\\_berufe\\_ausbildungen\\_im\\_heim\\_2015.pdf](http://www.curaviva.ch/files/7N38SJ5/eidgenoessisch_reglementierte_berufe_ausbildungen_im_heim_2015.pdf) (Zugriff am 1.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2015b). *Positionierung Fachfrau/Fachmann Langzeitpflege und -betreuung FA*. Curaviva Schweiz. o.O.: Geschäftsbereich Bildung 27.3.2015. <https://www.zigg.ch/files/ZIGG/Newsroom/News/PDF/Positionierung%20BP%20Langzeitpflege%20u.%20betreuung.pdf> (Zugriff am 14.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2014). *Statistik Alters- und Pflegeinstitutionen*. Ausgabe 2014. Bern: Curaviva Schweiz. <http://www.curaviva.ch/files/Q9D6BN5/Statistik-Alters-und-Pflegeinstitutionen-2014.pdf> (Zugriff am 2.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2013a). Hälfte der Fachleute erwägt den Ausstieg. *Fachzeitschrift*, (6), S. 17. [https://www.curaviva.ch/files/66V NKUM/FZ\\_2013\\_Juni\\_Haelfte\\_der\\_Fachleute\\_erwaegt\\_ausstieg.pdf](https://www.curaviva.ch/files/66V NKUM/FZ_2013_Juni_Haelfte_der_Fachleute_erwaegt_ausstieg.pdf) (Zugriff am 8.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2013b). Kultur der Wertschätzung macht Arbeitsplätze attraktiv. *Fachzeitschrift*, (6), S. 11–16. [https://www.curaviva.ch/files/D6ARW05/FZ\\_2013\\_Juni\\_Interview\\_Stefanie\\_Becker.pdf](https://www.curaviva.ch/files/D6ARW05/FZ_2013_Juni_Interview_Stefanie_Becker.pdf) (Zugriff am 8.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2011a). *Für Pflegeassistentinnen und Assistenten SRK. Neue Wege in der beruflichen Entwicklung*. Luzern: Curaviva Schweiz Berufsbildung. <http://www.curaviva.ch/files/TKHUO31/Broschuere-Pflegeassistentinnen.pdf> (Zugriff am 5.7.2016).

- Curaviva Schweiz (2011b). Nacharbeit: das sagt das Gesetz. *Fachzeitschrift*, (9), S. 29. [http://www.curaviva.ch/files/JAI243A/11\\_09-Das-sagt-das-Gesetz.pdf](http://www.curaviva.ch/files/JAI243A/11_09-Das-sagt-das-Gesetz.pdf) (Zugriff am 22.7.2016).
- Curaviva Schweiz (2010a). Wer soll immer mehr Hochbetagte pflegen? *Fachzeitschrift*, (11), S. 4–9. [http://www.curaviva.ch/files/83J83IG/10\\_11-Bitter-noetig-Image-Pflege.pdf](http://www.curaviva.ch/files/83J83IG/10_11-Bitter-noetig-Image-Pflege.pdf) (Zugriff am 22.5.2016).
- Curaviva Schweiz (2010b). «Ich ertrage diese Nähe nicht mehr»: Nach 15 Jahren der Entscheidung zum Ausstieg aus der Alterspflege. *Fachzeitschrift*, (11), S. 26–27.
- Curaviva Schweiz (2009). Wieder Auseinandersetzungen um die Löhne der Pflegenden. *Fachzeitschrift*, (7–8), S. 28–31. [http://www.curaviva.ch/files/UCZ2T7L/09\\_07\\_streit\\_um\\_pflegelohne.pdf](http://www.curaviva.ch/files/UCZ2T7L/09_07_streit_um_pflegelohne.pdf) (Zugriff am 15.7.2016).
- Curaviva Schweiz (o.J.). *Gesamtarbeitsverträge (GAV)*. <http://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Gesamtarbeitsvertraege-GAV/oWDkwelm/PQBbv/> (Zugriff am 19.7.2016).
- Dolder, Peter & Grünig, A. (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Herausgegeben von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté). [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/aktuelles/medienmitteilungen/versorgungsbericht\\_deutsch\\_20091201\\_def.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/aktuelles/medienmitteilungen/versorgungsbericht_deutsch_20091201_def.pdf) (Zugriff am 13.8.2016).
- Ecoplan (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage. [http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/15547/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6I0NTU04212Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCLenx8e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/15547/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6I0NTU04212Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCLenx8e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--). (Zugriff am 11.07.2016).
- Ectaveo (2015). Analyse Revisionsbedarf Grundbildung Fachfrau / Fachmann Betreuung EFZ. Einführung und Zusammenfassung der Ergebnisse. SavoirSocial Schlussbericht. [http://www.curaviva.ch/files/XDMBXPB/schlussbericht\\_verkurzt\\_kapitel\\_1\\_d.pdf](http://www.curaviva.ch/files/XDMBXPB/schlussbericht_verkurzt_kapitel_1_d.pdf) (Zugriff am 5.7.2016).
- Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement (EVD). (2011). *Fachkräfte für die Schweiz. Eine Initiative des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements*. Bern.
- Erziehungsdirektion Bern (2010). *Eidgenössisches Berufsattest Assistent Assistentin Gesundheit und Soziales EBA. Einführung 2011*. Ein Projekt des Mittelschul- und Berufsbildungsamtes in Zusammenarbeit mit den Organisationen der Arbeitswelt und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Vergleich «Assistent/Assistentin Gesundheit und Soziales EBA»/«Fachfrau/Fachmann Betreuung» / «Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ». [http://www.oda-soziales-bern.ch/fileadmin/public/Assistentin\\_Gesundheit\\_Soziales/Vergleich\\_EBA\\_FaBe\\_FaGe.pdf](http://www.oda-soziales-bern.ch/fileadmin/public/Assistentin_Gesundheit_Soziales/Vergleich_EBA_FaBe_FaGe.pdf) (Zugriff am 5.7.2016).
- Felder, Stefan, Meyer, S. & Bieri, D. (2015). Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren. Kurzfassung des Schlussberichts. [http://www.acura-spitex.ch/upload/dokumente/150821\\_Kurzfassung\\_Studie\\_S.\\_Felder\\_PK\\_DE.pdf](http://www.acura-spitex.ch/upload/dokumente/150821_Kurzfassung_Studie_S._Felder_PK_DE.pdf) (Zugriff am 13.07.2016).

- Fluder, Robert, Hahn, S. Bennett, J. Riedel, M & Schwarze, T. (2012). *Ambulante Alterspflege und -betreuung zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*. Zürich: Seismo.
- Flügel, Martin (2013). Der Arbeitsmarkt für Betreuung und Pflege als zentrale politische Herausforderung einer alternden Gesellschaft. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) *Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft* (S. 119–141). Zürich: Seismo.
- Fraunhofer IGD (2009). *Schlussbericht. Marktpotenziale, Entwicklungschancen, Gesellschaftliche, gesundheitliche und ökonomische Effekte der zukünftigen Nutzung von Ambient Assisted Living (AAL)-Technologien*. Rostock/Darmstadt/Berlin: Fraunhofer IGD. [http://publica.fraunhofer.de/eprints/urn\\_nbn\\_de\\_0011-n-1024464.pdf](http://publica.fraunhofer.de/eprints/urn_nbn_de_0011-n-1024464.pdf) (Zugriff am 15.10.2016).
- Frey, Miriam, Meier H., Suri, M., Walthert, L. (2016). *24-Stunden-Betagenbetreuung in Privathaushalten. Regulierungsfolgeabschätzung zu den Auswirkungen der Lösungswege gemäss Bericht zum Postulat Schmid-Federer 12.3266 «Pendelmigration zur Altenpflege»*. Schlussbericht zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO). Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG. <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitnehmerschutz/24-stunden-betagenbetreuung.html> (Zugriff am 12.7.2017).
- Füglister-Dousse, Sylvie Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2016). Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_69\\_rapport\\_0.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_69_rapport_0.pdf) (Zugriff am 18.07.2016).
- Gasser, Nadja, Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil. Studie Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Pro Senectute Schweiz, Zürich.
- Georgieff, Peter (2008). Ambient Assisted Living. Marktpotenziale IT-unterstützter Pflege für ein selbstbestimmtes Altern. Fazit Schriftenreihe Band 17. Stuttgart: MFG Stiftung Baden-Württemberg. <http://aal.htw-saarland.de/aal/res/downloads/Themeninsel/Zukunftsmarkt%20AAL/AAL%20-%20Marktpotenziale%20IT-unterst%C3%BCtzter%20Pflege%20f%C3%BCr%20ein%20selbstbestimmtes%20Altern.pdf> (Zugriff am 26.09.2017).
- Gerfin, Michael & Kaiser, B. (2015). *Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern in der Schweiz. Methodische Grundlagen, Literaturanalysen und Evaluation von bestehenden Studien*. Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG (im Auftrag des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes). [http://www.arbeitgeber.ch/wp-content/uploads/2015/07/20150622\\_Studie-Lohnunterschiede-in-der-Schweiz.pdf](http://www.arbeitgeber.ch/wp-content/uploads/2015/07/20150622_Studie-Lohnunterschiede-in-der-Schweiz.pdf) (Zugriff am 19.7.2016).
- Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich!* [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1\\_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via\\_-\\_Argumentarium\\_Handeln\\_lohnt\\_sich.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Argumentarium_Handeln_lohnt_sich.pdf) (Zugriff am 11.10.2016). <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>. <https://gesundheitsfoerderung.ch/de/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/projekt-via/vision-ziele-zielgruppe.html> (Zugriff am 11.10.2016).

- Gredig, Daniel & Goldberg, D. (2012). Soziale Arbeit in der Schweiz. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 403–423). Wiesbaden: Verlag für Sozialforschung.
- Greiter, Martina (2013). *Steigen die Kosten aufgrund der Alterung?* In: GPI, Nr. 1/2013, S. 6–7. [https://www.alter.bfh.ch/fileadmin/wgs\\_upload/institut\\_alter/news-mitteilungen/www\\_Broschuere\\_GPI\\_2013\\_6\\_pdf\\_-\\_Adobe\\_Acrobat\\_Pro.pdf](https://www.alter.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/institut_alter/news-mitteilungen/www_Broschuere_GPI_2013_6_pdf_-_Adobe_Acrobat_Pro.pdf) (16.02.2017).
- Greuter, Susy (2016). *Buurtzorg: "Nurses don't need management". Ganzheitliche Pflege, made in the Netherlands.* Working Paper Denknetz. Denknetz Fachgruppe Langzeitpflege und -betreuung. Juni 2016. [http://www.denknetz-online.ch/sites/default/files/denknetz\\_working\\_paper\\_burzoorg\\_sg\\_juni\\_16.pdf](http://www.denknetz-online.ch/sites/default/files/denknetz_working_paper_burzoorg_sg_juni_16.pdf) (Zugriff am 21.10.2016).
- Greuter, Susy (2013). Rationalisiert, rationiert und prekariert. Die Situation der Care-Arbeiterinnen in den ambulanten Pflegediensten. In Ruth Gurny & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Arbeit ohne Knechtschaft. Ein Decknetz Buch* (S. 146–161). Zürich: edition 8. [http://www.denknetz-online.ch/sites/default/files/print\\_pdf/arbeits\\_ohne\\_knechtschaft.greuter.pdf](http://www.denknetz-online.ch/sites/default/files/print_pdf/arbeits_ohne_knechtschaft.greuter.pdf) (Zugriff am 27.7.2016).
- Gunti, Patrick (2012). Betreutes Wohnen: mehr als ein Dach über dem Kopf. <http://www.myhandicap.ch/barrierefrei-wohnen/behinderung-wohnen-wohnformen/betreutes-wohnen/betreutes-wohnen-betreuung-senioren/> (Zugriff am 07.07.2016).
- Haberkern, Klaus (2009). *Pflege in Europa*. Heidelberg/Berlin: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hahn, Sabine, Richter, D., Beck, M. & Thilo, F. (2013b). *Panorama Gesundheitsberufe 2030. Projektbericht*. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit.
- Hahn, Sabine, Stäubli, M., Boinay, F., Ziegler, A. & Helfer, T. (2013a). *Pflegehelfer/-innen SRK und ihre Aufgaben in der Gesundheitsversorgung der Schweiz. Schlussbericht*. Bern: Schweizerische Interessengemeinschaft Pflegehelfer/-in SRK und Fachhochschule Bern, Angewandte Forschung und Entwicklung/Dienstleistung, Pflege.
- Heintze, Cornelia (2015). *Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemässen Pflegesystem: ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung*. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11337.pdf> (Zugriff am 06.06.2016).
- Heinzmann, Claudia (2014). *Evaluation des Pilotprojekts «In guten Händen – Von Caritas zuhause Betreut». Modell für faire Care-Migration*. Executive Summary der mit Unterstützung der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit durchgeführten externen Evaluation im Auftrag der Caritas Schweiz. Publiziert am 13. August 2014. [https://issuu.com/caritas\\_schweiz/docs/evaluation\\_ingutenhaenden](https://issuu.com/caritas_schweiz/docs/evaluation_ingutenhaenden) (Zugriff am 26.10.2016).
- Historisches Lexikon der Schweiz (o.J.). Spitex. <http://www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D39805.php> (Zugriff am 29.07.2016).
- Höpflinger, François (2014). *Vorwort*. In: Bohn, Felix (Hrsg.). *Planungsrichtlinien. Der Schweizer Planungsstandard*. Zürich: Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen. S. 3.

- Höpflinger, François (2011). *Demographische Alterung – Trends und Perspektiven*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Demografische-Alterung.pdf> (16.02.2017).
- Höpflinger, François (2003): *Pflegebedürftigkeit und soziale Lebensformen im Alter. Pflegebedürftigkeit gemäss ADL-Kriterien*. [http://www.zfg.uzh.ch/static/2003/hoepflinger\\_pflege.pdf](http://www.zfg.uzh.ch/static/2003/hoepflinger_pflege.pdf). (Zugriff am 20.07.2017).
- Höpflinger, François, Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Verlag Hans Huber: Bern 2003.
- Höpflinger, François & Van Wezemaël, Joris (2014). *Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends*. Zürich/Genf: Seismo Verlag.
- htw saar (2014). *AAL – Im Mittelpunkt steht der Mensch!* <https://www.htwsaar.de/hochschule/organisation/hochschulleitung/Hochschulkommunikation/newsletter/2014/november/aal-im-mittelpunkt-steht-der-mensch> (Zugriff am 25.09.2017).
- Huber, Andreas (2008). *Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte*. Basel: Birkhäuser.
- Huber, Andreas, Hugentobler, M. & Walthert-Galli, R. (2008). *Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte*. Basel: Edition Wohnen, Bd. 2., S. 77–172.
- Huber, Manfred (2009). *Facts and Figures on Long-Term Care: Europe and North America*. Vienna: Austria: European centre for social welfare policy and research.
- Huegli, Eveline & Krafft, M. (2012). Schlussbericht. Subventionierte Altershilfenach Art. 101bis AHVGund kantonale Alterspolitiken. [https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/studien/bericht\\_subventioniertealtershilfenachart101bisahvgundkantonalea.pdf.download.pdf/bericht\\_subventioniertealtershilfe\\_nachart101bisahvgundkantonalea.pdf](https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/studien/bericht_subventioniertealtershilfenachart101bisahvgundkantonalea.pdf.download.pdf/bericht_subventioniertealtershilfe_nachart101bisahvgundkantonalea.pdf). (Zugriff am 15.01.2017).
- Hürlimann, Matthias, Welter, R., Hürlimann-Siebke, K., Zweifel, C. & Van Wezemaël J. (2012). Gestaltungspotenziale in der kommunalen Alterspolitik. Erfolgsfaktoren, Innovationen und Hilfestellungen in Entwicklungs- und Umsetzungsprozessen. [http://age-stiftung.ch/fileadmin/user\\_upload/PDF/Schlussberichte\\_ab\\_2012/2009-00027/Schlussbericht\\_2009\\_00027.pdf](http://age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/PDF/Schlussberichte_ab_2012/2009-00027/Schlussbericht_2009_00027.pdf) (Zugriff 14.07.2016).
- Imhof, Christian (2005). *Schulqualifikationen und Berufsbildung. Wie Geschlecht und nationale Herkunft den Übergang in die Berufsbildung strukturieren*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Imhof, Lorenz (2014). *Gesundheit und Wohnen im Alter – Eine Herausforderung für die professionelle Pflege*. In: Höpflinger, François & Van Wezemaël, J. (Hrsg.). *AgeReport III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends*. Zürich/Genf: Seismo Verlag. S. 169–177.
- Imhof, Lorenz, Köppel, R. & Koppitz, A. (2010a). *Erfolgreiche Praktiken in der Betreuung. Benchmarking-Projekt 2010*. Schlussbericht vom 27. Dezember 2010, Version 2. Bern und Winterthur: Heim Benchmarking Schweiz (HeBeS) und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Departement Gesundheit, Institut für Pflege. [http://www.orgavisit.ch/pdf/110105RK1\\_Bericht%20Betreuung%20Version%202.pdf](http://www.orgavisit.ch/pdf/110105RK1_Bericht%20Betreuung%20Version%202.pdf) (Zugriff am 5.10.2016).

- Imhof, Lorenz, Naef, R. Hediger, H. & Imhof, R. (2011). *SpitexPlus. Pflege alter Menschen (80 Jahre und älter) im ambulanten Bereich*. [https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/projekte/spitexplus/publikationen/111024\\_Kurzbericht\\_p10.pdf](https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/institute-zentren/ipf/projekte/spitexplus/publikationen/111024_Kurzbericht_p10.pdf) (Zugriff am 04.10.2016).
- Imhof, Lorenz, Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A. & Kerker-Specker, C. (2010b). *Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020. Ein Grundlagenbericht*. Winterthur: ZHAW. [http://www.casemanagement-spitex.ch/media/DIR\\_39501/a572e465368c13c3fff84e3a426365.pdf](http://www.casemanagement-spitex.ch/media/DIR_39501/a572e465368c13c3fff84e3a426365.pdf) (Zugriff am 26.4.2016).
- Jaccard Ruedin, Hélène & Weaver, F. (2009). *Ageing workforce in an ageing society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Web-Publikation des Obsan. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/wp\\_ageing-workforce\\_d.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/wp_ageing-workforce_d.pdf) (Zugriff am 21.7.2016).
- Jäggi, Jolanda & Künzi, K. (2014). *Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter. Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz*. Zürich: Age Stiftung.
- Jakobs, Eva-Maria Lehnen, K. & Zieffle, M. (2008). *Alter und Technik. Studie zu Technikkonzepten, Techniknutzung und Technikbewertung älterer Menschen*. Aachen: apriamus-Verlag.
- Janett, Sandra (2016). *Die Bedeutung technikunterstützter sozialer Innovationen für ein selbstbestimmtes und selbstständiges Wohnen im Alter – eine Analyse aus Sicht der Sozialen Arbeit*. Unveröffentlichte Master Thesis an der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Hochschule für Soziale Arbeit, Master of Arts in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovation.
- Jann, Antonia (2013). *Age-Wohnmatrix. Bedürfnisse statt Begriffe ins Zentrum stellen*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 48 (2), S. 164–168.
- Jann, Antonia (2012). *Die Age-Wohn-Matrix. Wohnvielfalt stärken, Begriffsvielfalt bändigen*. In: Age Stiftung (Hrsg.). *Age Dossier 2012. Wohnen im Alter: gestern – heute – morgen*. Zürich: Age Stiftung. S. 30–35.
- Jehle, Katrin (2014). *Ambulante medizinische Versorgung*. Fachbericht des Amtes für Gesundheit und Soziales. [http://www.sz.ch/.../fachbericht\\_ambu\\_med\\_versorgung\\_nov\\_2014.pdf](http://www.sz.ch/.../fachbericht_ambu_med_versorgung_nov_2014.pdf) (Zugriff am 28.07.2019).
- Kaeser, Martine (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.163045.pdf> (Zugriff am 29.7.2016).
- Kanton Zürich (2014). *Bedarfsentwicklung und Steuerung der stationären Pflegeplätze Eckdaten und Zusatzinformationen für die Zürcher Gemeinden zur Obsan-Studie «Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2013–2035 für den Kanton Zürich»*. [http://www.curaviva-zh.ch/files/HKKYVGA/bericht\\_entwicklung\\_stationaere\\_pflegeplaetze\\_und\\_steuerungsmoeglichkeiten\\_der\\_gemeinden\\_mmint.pdf](http://www.curaviva-zh.ch/files/HKKYVGA/bericht_entwicklung_stationaere_pflegeplaetze_und_steuerungsmoeglichkeiten_der_gemeinden_mmint.pdf) (Zugriff am 07.07.2016).
- Käppeli, Silvia (2004). *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege*. Zürich: Hans Huber.
- Kaufmann, Anja (2010). *Wandel der Berufe im Gesundheitswesen. Auswirkungen der Bildungsreformen auf über 50 Gesundheits- und Sozialberufe*. Zürich: Careum.

- Klubschule Migros (2016). *Basiskurs Betreuung*. <http://www.klubschule.ch/Angebote/Bewegung-Gesundheit/Ausbildung> (Zugriff am 14.1.2016).
- Knöpfel, Carlo (2011). *Soziale Sicherheit im Zeitalter der Globalisierung*. In: Stadt Zürich, Beauftragte in Beschwerdesachen, Ombudsfrau (Hrsg.): Ombudsarbeit mit Zukunft. Ausrichtung und Ansprüche. Zürich. S. 69–82.
- Knöpfel, Carlo, Zängl, P. & Madörin, S. (2015). *Abschätzung der Folgen der Umsetzung der Fachkräfteinitiative auf den bezahlten Niedriglohnbereich in privaten Haushalten, insbesondere für niedrigqualifizierte Migrantinnen und Migranten und Sans-Papiers. Schlussbericht. Gutachten im Auftrag der Anlaufstelle für Sans-Papiers*. Basel. [http://www.sans-papiers.ch/fileadmin/user\\_upload/Gutachten\\_Fachkr%C3%A4fteinitiative\\_Sans-Papiers.pdf](http://www.sans-papiers.ch/fileadmin/user_upload/Gutachten_Fachkr%C3%A4fteinitiative_Sans-Papiers.pdf) (16.02.2017).
- Köppel, Ruth (2015). *Erfolgreiche Praktiken von Tagesstätten*. [http://www.age-stiftung.ch/uploads/media/Schlussbericht\\_2013\\_047.pdf](http://www.age-stiftung.ch/uploads/media/Schlussbericht_2013_047.pdf) (Zugriff am 11.07.2016).
- Köppel, Ruth (2011). *Merkblatt Definition Betreuung*. Heim Benchmarking Schweiz (HeBeS). Version 11.8.11. Bern: HeBeS. [http://www.orgavisit.ch/pdf/110811RK1\\_Merkblatt%20Betreuung.pdf](http://www.orgavisit.ch/pdf/110811RK1_Merkblatt%20Betreuung.pdf) (Zugriff am 5.10.2016).
- Köppel, Ruth, Imhof, L. & Koppitz, A. (2010). *Erfolgreiche Praktiken in der Betreuung. Benchlearning-Projekt 2010. Schlussbericht*. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- Koppitz, Andrea (2010). *Anforderungen an den Betreuungsprozess*. In: Köppel, Andrea: *Erfolgreiche Praktiken in der Betreuung. Benchlearning-Projekt 2010. Schlussbericht*. Paul Schiller Stiftung. S. 58–59.
- Krummenacher, Jürg, Hanisch, C. & Egli, H. (2015). *Volkswirtschaftliche Bedeutung der Alters- und Pflegeheime in Obwalden*. [https://www.curaviva-ow.ch/files/4TVAVPO/schlussbericht\\_mai\\_2015\\_definitiv.pdf](https://www.curaviva-ow.ch/files/4TVAVPO/schlussbericht_mai_2015_definitiv.pdf) (Zugriff am 25.09.2017).
- Krummenacher, Jürg & Wächter, M. (2013). *Die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz – Standortbestimmung und Ausblick*. <http://www.spitexsz.ch/upload/B2DBB48B7E/21DDE1C435/E1C61A0431.pdf> (Zugriff am 24.05.2016).
- Kwiatkowski, Marta & Tenger, D. (2016). *Fluid Care. Nachfragemarkt versus Wohlfahrtsstruktur*. <http://www.gdi.ch/de/Think-Tank/Studien/Fluid-Care/723> (Zugriff am 04.08.2016).
- Liewald, Katharina (2012). *Diversität in der stationären Altenpflege – kann die gesundheitliche Chancengleichheit gewährleistet werden?* In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) *Transkulturelle Public Health. Ein Weg zur Chancengleichheit* (S. 169–199). Zürich: Seismo.
- Lobsiger, Michael & Kägi, W. (2016). *Analyse der Strukturhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal* (Obsan Dossier Nr. 53). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_dossier\\_53.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_53.pdf) (Zugriff am 31.7.2016).
- LongTermCare.org (o.J.). *What is Long-Term Care?* <http://longtermcare.gov/the-basics/what-is-long-term-care/> (Zugriff am 06.06.2016).

- Lüscher, Kurt (2010). *Generationenpolitik – eine Perspektive*. In: Lüscher, Kurt & Zürcher, M. (Hrsg.): *Auf dem Weg zu einer Generationenpolitik*, Bern: Schweiz. Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, S. 11–43.
- Lüthi, Daniel (2015). Revolution in der Pflege. «Buurtzorg»: Jos de Blok stellt in Olten sein Erfolgsmodell aus Holland vor. *Bulletin des Médecins Suisse*, 96(47), S. 1732-1733. <https://bullmed.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/saez/fr/bms.2015.04152/BMS-04152.pdf/> (Zugriff am 17.01.2018).
- Madörin, Mascha (2007). Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze. In *Denknetz Jahrbuch* (S. 141–162). <http://www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Madorin.pdf> (Zugriff am 13.8.2016).
- Masterplan Bildung Pflegeberufe (2016). Gesundheitsberufe aktuell und attraktiv. *Newsletter*, (1), Februar, S. 2–3. <http://www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01539/01542/?lang=de> (Zugriff am 2.7.2016).
- Masterplan Bildung Pflegeberufe (2013). Schwerpunkt 2: Umsetzung der Bildungssystematik. *Newsletter*, (1), Januar, S. 3–5. <http://www.sbf.admin.ch/berufsbildung/01539/01542/?lang=de> (Zugriff am 2.7.2016).
- Medienmitteilung (2015). *Die Spitex am Scheideweg zwischen Staat und Markt. Erstes umfassendes Nachschlagewerk über die Spitexbranche erschienen*. 10.11.2015. Bern: Verlag Hofgrete. [http://www.spitexprivce.ch/images/docs/02\\_news/2015/Saldenmitteilung](http://www.spitexprivce.ch/images/docs/02_news/2015/Saldenmitteilung) (Zugriff am 17.7.2016).
- Merçay, Clémence, Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandaufnahme und Prognosen bis 2030* (Obsan Bericht Nr. 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_71\\_bericht.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_71_bericht.pdf) (Zugriff am 13.9.2016).
- Michell-Auli, Peter (2011). *Quartiersentwicklung – Ziele, Verantwortlichkeiten und politischer Handlungsbedarf*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Mollenkopf, Heidrun (1994). *Technik zur Integration älterer Menschen*. In: Mollenkopf, Heidrun & Hampel, J. (Hrsg.). *Technik, Alter, Lebensqualität*. 23. Jg. Stuttgart: Kohlhammer. S. 14–101.
- Näf, Agathe (2000). *Eine «Soziale Lehre» für Sechzehnjährige*. Mediendienst Berufsbildung. Luzern: Deutschschweizerische Berufsbildungsämter-Konferenz DBK. [http://www.edudoc.ch/static/infopartner/periodika\\_fs/2000/Mediendienst\\_Berufsbildung/Nr\\_27\\_September\\_2000/mdb2711.pdf](http://www.edudoc.ch/static/infopartner/periodika_fs/2000/Mediendienst_Berufsbildung/Nr_27_September_2000/mdb2711.pdf) (Zugriff am 13.8.2016).
- Neue Zürcher Zeitung (16.07.2016). *Mehr Wettbewerb. Private Spitex erhöht Druck auf Platzhirsche*. <http://www.nzz.ch/schweiz/aktuelle-themen/mehr-wettbewerb-private-spitex-erhoeht-druck-auf-platzhirsche-ld.106027> (Zugriff am 03.08.2016).
- Neue Zürcher Zeitung (2015). *Hartnäckiger Lohnunterschied zwischen Männern und Frauen. Unerklärter Anteil der Lohn Differenz nach Wirtschaftszweigen*. <http://NZZ-Infografik/tcf>. [http://static.nzz.ch/files/8/6/8/frauen\\_lohn\\_1.18599868.pdf](http://static.nzz.ch/files/8/6/8/frauen_lohn_1.18599868.pdf) (Zugriff am 19.7.2016).
- Neue Zürcher Zeitung (09.12.2015). *Wachstum garantiert. Private drängen in den Pflegemarkt*. <http://www.nzz.ch/schweiz/private-draengen-in-den-pflegemarkt-1.18659883> (Zugriff am 03.08.2016).

- Normalarbeitsvertrag (2016). *Verordnung über den Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Hauswirtschaft*. <http://www.seco.admin.ch/seco/de/home/seco/nsb-news.msg-id-64894.html> (Zugriff am 21.12.2016).
- Oberholzer, Daniel (2009). *Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe*. <http://www.insos.ch/assets/Downloads/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf> (Zugriff am 13.02.2016).
- Oertle, Cornelia & Hiedl, A. (2012). Wenn es an Pflegepersonal mangelt. Bildungs- und gesundheitspolitische Massnahmen in den 1950er- und 60er Jahren. *Traverse Zeitschrift für Geschichte*, Heftschwerpunkt PflegeKrisen, (2), S. 97–109.
- Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (2016a). *Schweizerische Bildungssystematik*. Bern. <http://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/pics/Bildungssystematik/Bildungssystematik-2016.pdf> (Zugriff am 14.5.2016).
- Organisation der Arbeitswelt Gesundheit (2016b). *Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit*. Bern. <https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/pics/Bildungssystematik/Bildungssystematik-2016-Berufe.pdf> (Zugriff am 14.5.2016).
- Organisation der Arbeitswelt Gesundheit & SavoirSocial (2011). *Gegenüberstellung der Ausbildungen Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA (AGS) und Pflegeassistent/in SRK (PA)*. Bern/Olten. [https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche\\_Grundbildung/Gegenueberstellung\\_AGS\\_-\\_PA\\_26.10.11\\_d.pdf](https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante.ch/docs/Berufliche_Grundbildung/Gegenueberstellung_AGS_-_PA_26.10.11_d.pdf) (Zugriff am 5.7.2016).
- Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Aargau (2015). *Lohnempfehlung*. [http://www.oda-gsg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Mitglieder/Empfehlungen/Lohnempfehlungen/Lohnempfehlung\\_ausgebildete\\_AGS\\_FaGe\\_HF.pdf](http://www.oda-gsg.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Mitglieder/Empfehlungen/Lohnempfehlungen/Lohnempfehlung_ausgebildete_AGS_FaGe_HF.pdf) (Zugriff am 1.7.2016).
- Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Zürich (2013). *OdA Gesundheit Zürich zu 10 Jahren FaGe*. [http://www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Download-Dokumente/Spitex\\_allgemein/10\\_Jahre\\_FaGe.pdf](http://www.spitex-zuerich.ch/fileadmin/customer/Download-Dokumente/Spitex_allgemein/10_Jahre_FaGe.pdf) (Zugriff am 8.7.2016).
- Organisation der Arbeitswelt Soziales Bern (2016). *Lohnempfehlungen*. <http://www.oda-soziales-bern.ch/soziale-berufe/fabe-efz/lohnempfehlungen/> (Zugriff am 14.5.2016).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2015): *Health and Glance 2015*. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1470297148&id=id&accname=guest&checksum=E0DB7CF8D15EEA32AB0875fB3f270EFB> (Zugriff 04.08.2016).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en) (Zugriff am 06.06.2016).
- Pelizäus-Hoffmeister, Helga (2013). *Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer. Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS.
- Perrig-Chiello, Pasqualina, Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2011). *Pflegende Angehörige in der lateinischen und deutschsprachigen Schweiz*. <http://boris.unibe.ch/11781/> (Zugriff am 09.03.2016).

- Perrig-Chiello, Pasqualina, Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht zur Swiss Age Care-Studie 2010*. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Zugriff am 09.03.2016).
- Pflege-Berufe (2016a). *FaGe Lohn. Pflegehelferin/Pflegeassistentin Lohn*. <http://pflege-berufe.ch/lohn-fage> (Zugriff am 5.7.2016).
- Pflege-Berufe (2016b). *Lohn Pflegefachfrau*. <http://pflege-berufe.ch/lohn-pflegefachfrau> (Zugriff am 9.7.2016).
- Potter, Jonathan & Wetherell, M. (2007). *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behaviour*. Los Angeles: Sage, (Original: 1987).
- Prey, Hedwig, Schmid, M., Storni, M. & Mühleisen, S. (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*. Nationales Forschungsprogramm 45 Probleme des Sozialstaats. Zürich: Rüegger.
- Pro Senectute Kanton Zürich (o.J. a). *Beratung von Gemeinden und Institutionen*. <http://zh.pro-senectute.ch/de/unserangebot/beratungvongemeindenundorganisationen/> (Zugriff am 08.08.2016).
- Pro Senectute Kanton Zürich (o.J. b). *Perle. Begleitung und Betreuung im Alltag*. <http://zh.pro-senectute.ch/perle/index.php?content=about.html> (Zugriff am 08.08.2016).
- QualisEvaluation (2015). *Herausforderungen und Erfolgsfaktoren für Altersinstitutionen in naher Zukunft. Online-Umfrage im Jahr 2009 und 2015 im Auftrag von Curaviva Schweiz*. Zürich: QualisEvaluation. [http://www.curaviva.ch/files/O7V87PT/2015\\_09\\_10\\_bericht\\_herausforderungen.erfolgsfaktoren\\_2015.pdf](http://www.curaviva.ch/files/O7V87PT/2015_09_10_bericht_herausforderungen.erfolgsfaktoren_2015.pdf) (Zugriff am 14.1.2016).
- QualisEvaluation (2011). *Bedingungen und Einflussfaktoren für einen attraktiven Arbeitsplatz in Institutionen der Langzeitpflege*. Im Auftrag von Curaviva Schweiz, Fachbereich Alter. Zürich: QualisEvaluation. <http://www.curaviva.ch/files/BCEXZGK/Studie-zur-Attraktivitaet-der-Arbeitsplaetze-in-der-Langzeitpflege.pdf> (Zugriff am 12.7.2016).
- Reck, Markus (2015). *Spitex- zwischen Staat und Markt. Eine Branche am Scheideweg zwischen politischer Lenkung, gesellschaftlichen Ansprüchen und künftiger Finanzierbarkeit*. Bern: Hogrefe.
- Ringger, Beat (2012). *Die Spitex in der Schweiz. Eine Auslegeordnung*. [http://respekt-vpod.ch/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/Die-Spitex-in-der-Schweiz\\_vpod2012.pdf](http://respekt-vpod.ch/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/Die-Spitex-in-der-Schweiz_vpod2012.pdf) (Zugriff am 06.07.2016).
- Ritter, Pascal (2016). *Der Nachbar als Pfleger*. *Schweiz am Sonntag*, 16.10.2016, S. 13.
- Rosenkranz, Ruth & Meierhans, S. (2013). *Defizite bei der Umsetzung der Pflegekosten-grenze*. In: *Pflegerecht-Pflegewissenschaften*, 2 (2), S. 76–87.
- Roth, Sabina (2010). *Arbeit am Pflegewissen. Ausbilden, entwickeln und forschen an der Krankenpflegeschule Zürich*. Zürich: Chronos.
- Rüegger, Heinz (2014). *Wohnformen im Alter. Eine terminologische Klärung*. <http://www.curaviva.ch/files/YBEC6GB/Broschuere-Wohnformen-im-Alter.pdf> (Zugriff am 07.07.2016).

- Rüegger, Heinz & Widmer, W. (2010). *Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundäranalyse vorliegender Texte*. Studie für Curaviva Schweiz. Zollikerberg: Institut Neumünster. <http://www.curaviva.ch/files/UOR6Q25/Sekundaeranalyse-zum-Pflegenotstand-in-der-Langzeitpflege.pdf> (Zugriff am 2.7.2016).
- Rudin, Melania & Strub, S. (2014). *Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige*. [http://www.buerobass.ch/studienPopup\\_d.php?projektId=650](http://www.buerobass.ch/studienPopup_d.php?projektId=650) (Zugriff am 28.07.2016).
- Ryter, Elisabeth & Barben M.-L. (2015). *Care-Arbeit unter Druck. Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum*. Manifestgruppe der GrossmütterRevolution (Hsg.). Bern: Grossmüttermanifest.
- Sager, Fritz, Rüefli, C. & Wälti, M. (2010): *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone*. [http://www.ub.uni-bas.ch/digi/a125/sachdok/2014/BAU\\_1\\_6303086.pdf](http://www.ub.uni-bas.ch/digi/a125/sachdok/2014/BAU_1_6303086.pdf) (Zugriff am 13.07.2016).
- Saldutto, Biagio, Becker, St. & Imhof, A. (2013). *Demenzbetreuung in stationären Altersinrichtungen*. Auswertungsbericht der nationalen Umfrage im Auftrag des Fachbereichs Alter. Stand April 2013. Bern: Curaviva Schweiz. <http://www.curaviva.ch/files/NVN4VBO/Nationale-Umfrage-Stationaere-Demenzbetreuung-2012-Bericht.pdf> (Zugriff am 10.7.2016).
- SavoirSocial (2015). *Orientierungshilfe: Eckdaten zu Einstiegslohnen im Sozialbereich*. Aktualisiert 2015. Olten. [http://www.curaviva.ch/files/Z95f9ZY/151110\\_orientierungshilfe\\_einsteigerlohne.pdf](http://www.curaviva.ch/files/Z95f9ZY/151110_orientierungshilfe_einsteigerlohne.pdf) (Zugriff am 9.7.2016).
- SavoirSocial (o.J.). *Statistik berufliche Grundbildung im Sozialbereich*. <http://www.savoirsocial.ch/grundbildung-fachfrau-fachmann-betreuung/zahlen-und-fakten/statistik-fabe-2006-2015.pdf> (Zugriff am 17.7.2016).
- Schäfer, Monika, Scherrer, A. & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit* (Obsan Dossier Nr. 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schelisch, Lynn (2016). *Technisch unterstütztes Wohnen im Stadtquartier. Potentiale, Akzeptanz und Nutzung eines Assistenzsystems für ältere Menschen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Scherrer, Ursula (2005). *Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung*. In: *Soziale Sicherheit*. 5 (6), S. 254–257.
- Schilliger, Sarah (2013a). Transnationale Care-Arbeit. Osteuropäische Pendelmigration in Privathaushalten von Pflegebedürftigen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) *Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft* (S. 142–161). Zürich: Seismo.
- Schilliger, Sarah (2013b). «Rund um die Uhr für Sie da». *Terra cognita*, 23, S. 102–105. <http://www.researchgate.net> (Zugriff am 14.1.2016).
- Schroeter, Klaus R. (2004). *Figurative Felder. Ein gesellschaftstheoretischer Entwurf zur Pflege im Alter*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Schubert, Maria, Ausserhofer, D. Desmedt, M., Schwendimann, R., Lesaffre, E., Baoyue, L. & de Geest, S. (2013). Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals. A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016.

- Schulze, Eva (2011). *Omas Wohnung denkt mit – Smart Home für ältere Menschen*. Berlin: Berliner Institut für Sozialforschung. [http://www.forum-holzbau.ch/pdf/ibf11\\_schulze.pdf](http://www.forum-holzbau.ch/pdf/ibf11_schulze.pdf) (Zugriff am 13.10.2014).
- Schürer, Hansueli (2009). *Revision von ArGV2 (Arbeitsgesetz). Bundesratsbeschluss vom 27.11.2009*. Zuhanden von Curaviva Schweiz Fachbereich Alter. Stäfa: Kompetenzzentrum kaps. <http://www.curaviva.ch/files/XHEOBD3/ArGV2-Revision-BR-Beschluss-27.11.2009.pdf> (Zugriff am 22.7.2016).
- Schwaller, Corinne (2013). *Die Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden aus einer Arbeitswelt im Umbruch* (Arbeitsblätter des Instituts für Sozialanthropologie der Universität Bern, Arbeitsblatt Nr. 58 2013). Bern: Universität Bern. [http://www.anthro.unibe.ch/unibe/portal/fak\\_historisch/dkk/anthro/content/e40422/e40425/e40426/e127585/files127586/AB58\\_Schwaller\\_ger.pdf](http://www.anthro.unibe.ch/unibe/portal/fak_historisch/dkk/anthro/content/e40422/e40425/e40426/e127585/files127586/AB58_Schwaller_ger.pdf) (Zugriff am 11.8.2016).
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2015). Qualitätssicherung der freiberuflichen Pflege. *Krankenpflege*, 108(2), S. 20–21.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2011). *Professionelle Pflege Schweiz. Perspektive 2020. Positionspapier des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner*. [http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/de/Perspektive2020-dt.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/de/Perspektive2020-dt.pdf) (Zugriff am 26.4.2016).
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (o.J.). *Freiberufliche Pflege*. <http://www.sbk.ch/dienstleistungen/freiberufliche-pflege.html> (Zugriff am 11.8.2016).
- Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (2004). *Die Umsetzung des Altersleitbildes. Empfehlungen an Gemeinden und Städte*. <http://www.sgg-ssg.ch/cms/media/Publikationen/akt.%20Umsetzung%20Altersleitbild.pdf>
- Schweizerische Gesundheitsbefragung (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=%205765> (Zugriff am 13.04.2016).
- Schweizerische Interessengemeinschaft Pflegehelfer/-in SRK (2014). *Lohnübersicht Pflegehelfer/-in SRK*. [http://www.ig-pflegehelfer.ch/uploads/media/IG\\_PH\\_SRK\\_Uebersicht\\_Lohn\\_02.pdf](http://www.ig-pflegehelfer.ch/uploads/media/IG_PH_SRK_Uebersicht_Lohn_02.pdf) (Zugriff am 8.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2016). *Lehrgang Pflegehelfer/-in SRK. Grundlagen für den Einstieg in die Pflege*. [http://www.redcross.ch/de/srk-dienstleistungen/pflegehelfer\\_rinpflegehelfer](http://www.redcross.ch/de/srk-dienstleistungen/pflegehelfer_rinpflegehelfer) (Zugriff am 8.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK). (2015). *Gesundheitsberufe. Ablauf des Anerkennungsverfahrens*. <https://www.redcross.ch/de/thema/anererkennung-auslaendischer-ausbildungsabschluesse> (Zugriff am 29.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o.J. a). *Beratung für pflegende Angehörige*. <http://www.srk-baselland.ch/beratung> (Zugriff am 08.08.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o.J. b). *Besuchen und Begleiten – anderen Zeit schenken*. <http://www.srk-baselland.ch/i4Def.aspx?tabid=742> (Zugriff am 08.08.2016).

- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o. J. c). *Fachperson Aktivierung und Kognitions-training für Menschen mit einer Demenzerkrankung*. <http://www.srk-baselland.ch/i4Def.aspx?tabid=661> (Zugriff am 9.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o. J. d). *Helfer/in Hauswirtschaft und Betreuung SRK BL*. <http://www.srk-baselland.ch/i4Def.aspx?tabid=745> (Zugriff am 9.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o. J. e). *Pflegen und Betreuen – möglichst selbständig daheim bleiben*. <http://www.srk-baselland.ch/pflegeheim-und-betreuen> (Zugriff am 08.08.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o. J. f). *Pflege und Betreuung. Zu Hause gut umsorgt*. <http://www.srk-baselland.ch/DesktopModules/ViewDocument.aspx?DocumentId=R6SX+2SvRUc=> (Zugriff am 08.08.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o. J. g). *Tarife PFB*. <http://www.srk-baselland.ch/DesktopModules/ViewDocument.aspx?DocumentId=055V/PVA7HI=> (Zugriff am 08.08.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Baselland (o. J. h). *Zertifikat Pflegehelfer/in SRK Langzeitpflege*. <http://www.srk-baselland.ch/i4Def.aspx?tabid=733> (Zugriff am 9.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Luzern (2016). *Ergänzung nach der Ausbildung Pflegehelfer/-in SRK. Zertifikat Langzeitpflege*. <http://www.srk-luzern.ch/zertifikat-langzeitpflege> (Zugriff am 9.7.2016).
- Schweizerisches Rotes Kreuz Zürich (2009). *Lehrgang Langzeitpflege SRK*. <http://www.srk-zuerich.ch/srk/Ich-will-lernen/PH-PA-plus/kurse/2016/lehrgaenge/06-lehrgang-langzeitpflege-srk.php> (Zugriff am 9.7.2016).
- Schwendimann, René., Widmer, M., De Geest, S. & Ausserhofer, D. (2014). *Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich* (Obsan Bulletin Nr. 3). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user\\_upload/B.2\\_Pflege\\_und\\_Pflegeforschung/Obsan\\_BULLETIN\\_2014-03\\_d.pdf](http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.2_Pflege_und_Pflegeforschung/Obsan_BULLETIN_2014-03_d.pdf) (Zugriff am 10.7.2016).
- Sigrist, Stephan, Bornstein, N., Lesmono, K. Dür, A.S., Folkers, G. (2015). *Hacking Healthcare. Das Gesundheitssystem verstehen und weiterdenken*. Herausgegeben von W.I.R.E. (Web for Interdisciplinary Research & Expertise) in Kooperation mit Julius Bär und dem Collegium Helveticum der ETH Zürich und Universität Zürich. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Simon, Michael, Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de> (Zugriff am 2.7.2016).
- Sommerhalder, Kathrin, Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, Ch. & Hahn, S. (2015). *Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS)*. Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit. Bern: Berner Fachhochschule. [http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/Ergebnisse\\_Studie\\_RESPONS.PDF](http://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/_migrated/content_uploads/Ergebnisse_Studie_RESPONS.PDF) (Zugriff am 23.9.2016).
- Sozialdirektorenkonferenz (2007). *Diplom Betagtenbetreuung SODK. Kompetenzkatalog*. [http://www.sodk.ch/fileadmin/user\\_upload/Fachbereiche/Bildung\\_im\\_Sozial](http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Bildung_im_Sozial)

- bereich/Kompetenzenkatalog\_Diplom\_Betagenbetreuung\_SODK.pdf (Zugriff am 13.8.2016).
- Sozialdirektorenkonferenz (2006). *Fähigkeitsausweis in Betagenbetreuung SODK. Kompetenzkatalog*. [http://www.sodk.ch/fileadmin/user\\_upload/Fachbereiche/Bildung\\_im\\_Sozialbereich/Kompetenzenkatalog\\_FA\\_Betagenbetreuung\\_SODK.pdf](http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Bildung_im_Sozialbereich/Kompetenzenkatalog_FA_Betagenbetreuung_SODK.pdf) (Zugriff am 13.8.2016).
- Sozialdirektorenkonferenz & Schweizerische Fachstelle Ausbildung Betagenbetreuung (2008). *Berufsausbildung Soziale Lehre. Betagenbetreuerin EFZ, Betagenbetreuer EFZ. Berufliche Handlungskompetenzen*. Bern. <http://www.curaviva.ch/files/9IZIH4P/Kompetenzen-Betagenbetreuer-in-2008> (Zugriff am 13.8.2016).
- Sozialkommission des Nationalrats (2012). *SGK-N / CSSS-N – 10–09. Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 13. August 2012*. <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/bericht-sgk-n-umsetzung-pflegefinanzierung-2012-08-13-d.pdf> (Zugriff am 13.04.2016).
- Spitex (2015). *Jahresbericht 2015*. Spitex Verband Schweiz. [http://www.spitex.ch/files/6YHF350/beri\\_jahresbericht\\_2015\\_dt.pdf](http://www.spitex.ch/files/6YHF350/beri_jahresbericht_2015_dt.pdf) (Zugriff am 22.05.2016).
- Spitex (2010). *Medienmitteilung*. <http://www.spitex.ch/files/76VO1VM/07.09.10%20SwissAgeCare2010%20Pfleger%20Angeh%C3%B6rige> (Zugriff am 12.10.2016).
- Spitex (o.J.). *Spitex – Pflege und Betreuung zu Hause*. <http://www.spitex.ch/files/47SIV1J/Merkblatt-Deutsch.pdf> (Zugriff am 12.10.2014).
- Spitex Magazin (2016a). Umkämpfter Spitex-Markt. *Spitex Magazin. Fachzeitschrift des Spitex Verbandes Schweiz*, 1, S. 17–23. <http://www.spitexmagazin.ch/de/archiv> (Zugriff am 13.7.2016).
- Spitex Magazin (2016b). In den Fängen der Bürokratie. *Spitex Magazin. Fachzeitschrift des Spitex Verbandes Schweiz*, 2, S. 6–7. <http://www.spitexmagazin.ch/de/archiv> (Zugriff am 13.7.2016).
- Spitex Magazin (2015a). Die Pflegekosten sind nicht gedeckt. In: *Spitex Magazin* 2 (2). <http://www.spitexmagazin.ch/archive/parlament-muss-uber-die-bucher/die-pflegekosten-sind-nicht-gedeckt> (Zugriff 18.05.2016).
- Spitex Magazin (2015b). Vollzeitstellen in der Pflege bedingen genügend Nachmittagseinätze. *Spitex Magazin. Fachzeitschrift des Spitex Verbandes Schweiz*, 6, S. 8–9. <http://www.spitexmagazin.ch/de/archiv> (Zugriff am 13.7.2016).
- SPITEX privée Suisse (2015). *Betreuung ist nicht gleich «Private Spitex»!* <http://spitexprivee.ch/de/news/news/65-16-1-2015-betreuung-ist-nicht-gleich-private-spitex.html> (Zugriff am 26.07.2016).
- Spitex Verband Schweiz (2015a). *Spitex-Mitarbeitenden gefällt ihr Job*. <http://www.spitex.ch/Verband/News/Spitex-Mitarbeitenden-gefällt-ihre-job> (Zugriff am 12.7.2016).
- Spitex Verband Schweiz (2015b). *Zahlen und Fakten zur Non-Profit-Spitex*. <http://www.spitex.ch/files/VLHMV6M/Zahlen-Fakten-Non-Profit-Spitex> (Zugriff am 09.01.2017).
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (2008). *Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 13. November 2008*. <http://www.sbfli>

- admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?lang=de&detail=1&typ=EFZ&item=1 (Zugriff am 1.7.2016).
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (2005). *Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Fachfrau Betreuung/Fachmann Betreuung vom 16. Juni 2005*. <http://www.sbfi.admin.ch/bvz/grundbildung/index.html?lang=de&detail=1&typ=EFZ&item=283> (Zugriff am 1.7.2016).
- Staatssekretariat für Wirtschaft (2016). *Mindestlohn für Hausangestellte wird angepasst*. <http://www.seco.admin.ch/seco/de/home/seco/nsb-news.msg-id-64894.html> (Zugriff am 21.12.2016).
- Staatssekretariat für Wirtschaft (2014). *Informationen zum NAV Hauswirtschaft*. Stand 1. Januar 2014. [http://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit\\_Arbeitsbeziehungen/normalarbeitsvertraege/Normalarbeitsvertraege\\_Bund.html](http://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/normalarbeitsvertraege/Normalarbeitsvertraege_Bund.html) (Zugriff am 21.12.2016).
- Strahm, Rudolf H. (2014). *Die Akademisierungsfalle. Warum nicht alle an die Uni müssen und warum die Berufslehre top ist*. Bern: hep.
- Strohmeier Navarro Smith, Rahel (2010). *Altershilfe und Alterspflege*. In: *Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Arbeitsmarktmassnahmen, Sozialhilfe und Alterspflege in der Schweiz Föderal geprägte Politikfelder im europäischen Vergleich*. 6 (10), S. 95–120.
- Strub, Silvia, Abrassart, A., Bannwart, L. & Oesch Th. (2016). Analyse der Löhne von Frauen und Männern anhand der Lohnstrukturerhebung 2012. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamts für Statistik BFS, Abteilung Wirtschaft. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohn-niveau-schweiz/lohnunterschied.assetdetail.350545.html> (Zugriff am 30.08.2017).
- SVA Zürich (o.J.). *Hilflosenentschädigung der AHV: Was gibt es sonst noch zu wissen?* <https://www.svazurich.ch/internet/de/home/produkte/ahv/leistungsarten/hilflosenentschaedigung.showall.html> (Zugriff am 03.06.2016).
- Theobald, Hildegard, Szebehely, M., Preuß, M. (2013). *Arbeitsbedingungen in der Alterspflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Berlin: edition sigma.
- TNS Emnid (2011). *Wohnwünsche im Alter. Grafikreport*. [http://www.bdb-bfh.de/bdb/downloads/EMNID\\_-\\_Wohnwuensche\\_im\\_Alter.pdf](http://www.bdb-bfh.de/bdb/downloads/EMNID_-_Wohnwuensche_im_Alter.pdf) (25.09.2017).
- Trigg, Lisa (2011). *Introduction: The demand for long-term care for older people*. In: *Eurohealib*. 17, (2&3), S. 1–2.
- Truong, Jasmine, Schwiter, K. & Berndt, Ch. (2012). *Arbeitsmarkt Privathaushalt. Charakteristika der Unternehmen, deren Beschäftigungsstruktur und Arbeitsbedingungen*. Eine Studie im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich. Technischer Bericht. doi: 10.5167/uzh-66199.
- Tschan, Elvira (2010). *Integrative Aktivierende Alltagsgestaltung. Konzept und Anwendung*. Bern: Hans Huber.
- Unia (2016). *Manifest für gute Pflege und Betreuung*. Bern: Unia Zentralsekretariat. [http://www.unia.ch/fileadmin/user\\_upload/user\\_upload/Arbeitswelt-A-Z/Pflege-Betreuung/Pflege-Manifest-Gute-Pflege-2016.pdf](http://www.unia.ch/fileadmin/user_upload/user_upload/Arbeitswelt-A-Z/Pflege-Betreuung/Pflege-Manifest-Gute-Pflege-2016.pdf) (Zugriff am 10.7.2016).

- Unia (2015). *Pflegeausbildung am Limit. Resultate der Unia-Umfrage bei Auszubildenden in der Pflege*. Bern: Unia Zentralsekretariat. [www.unia.ch/fileadmin/user\\_upload/user\\_upload/news-20150908-Pflege-Bericht.pdf](http://www.unia.ch/fileadmin/user_upload/user_upload/news-20150908-Pflege-Bericht.pdf) (Download am 28.1.2016).
- Unia (o.J.). *GAV-Service. Gesundheitswesen*. <http://www.gav-service.ch/search/Gesundheitswesen/> (Zugriff am 19.7.2016).
- Van Holten, Karin, Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2013). *Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt*. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_57\\_bericht.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_57_bericht.pdf) (Zugriff am 19.07.2016).
- Verband der Elektrotechnik (2010). *Intelligente Heimvernetzung. Komfort – Sicherheit – Energieeffizienz – Selbstbestimmung*. Positionspapier. <https://www.dke.de/resource/blob/847998/d670c3516fcd2bb121454a92d9701611/intelligente-heimvernetzung-data.pdf> (25.09.2017).
- Wächter, Matthias (2015). *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex*. Hochschule Luzern. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=96> (Zugriff am 18.07.2016).
- Wächter, Matthias, Bommer, A., Hafen, M. & Rabhi-Sidler, S. (2015). *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick*. Schlussbericht. Hochschule Luzern. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=96> (Zugriff am 16.1.2016).
- Wächter, Matthias & Künzi, K. (2011). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kursstudie*. [http://www.spitex.ch/files/5BA91S2/studie\\_oekonomische\\_grenzen\\_spitex.pdf](http://www.spitex.ch/files/5BA91S2/studie_oekonomische_grenzen_spitex.pdf) (Zugriff am 07.07.2016).
- Wallace, Meredith (2007): *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*. In: *Try this: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, (2).
- Wecker, Regina. 2006. *Geschlecht Macht Beruf. Beruf Macht Geschlecht*. In: Sabine Braunschweig (Hrsg.) *Pflege – Räume, Macht und Alltag. Beiträge zur Geschichte der Pflege* (S. 15–25). Zürich: Chronos.
- Werner, Sarah Kraft, E. Mohagheghi, R. Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen*. (Obsan Dossier Nr. 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_dossier\\_52\\_1.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_52_1.pdf) (Zugriff 07.11.2016).
- Wiederkehr, Susi (2016). *Erfolgsmodell Buurtzorg in Holland – auch in der Schweiz möglich?* *Schweizerische Ärztezeitung*, 97(6), 201. [http://www.saez.ch/uploads/eps/full\\_text\\_documents/issues/SAEZ-Fulltext-2016-06-de.pdf](http://www.saez.ch/uploads/eps/full_text_documents/issues/SAEZ-Fulltext-2016-06-de.pdf) (Zugriff am 7.11.2016).
- Wigger, Annegret, Baghdadi, N. & Brüscheweiler, B. (2013). «Care»-Trends in Privathaushalten. Umverteilen oder auslagern? In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) *Who Cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft* (S. 82–103). Zürich: Seismo.
- Wintertthurer Institut für Gesundheitsökonomie (2010). *Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich*. <http://www.curaviva.ch/files/0DZTZBQ/Abschlussbericht-Verbundloesungen.pdf> (Zugriff am 13.07.2016).

- WohnQuartier4 (2006). *WohnQuartier 4 = Die Zukunft altersgerechter Quartiere gestalten*. Düsseldorf/Essen: KS-Druck Team GmbH.
- World Health Organisation (2016). *Zusammenfassung. Weltbericht über Altern und Gesundheit*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/20/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_ger.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/20/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf) (Zugriff 14.01.2017).
- ZEITONLINE (2016). *Danke, ich bin bedient*. <http://www.zeit.de/2016/46/dienst-boten-internet-putzkraft-dhl-service> (Zugriff am 23.09.2017).
- Zentralschweizer Interessensgemeinschaft Gesundheitsberufe (ZIGG). (2016). *Empfehlung Einstiegslohn 2016 für ausgebildetes Personal*. <https://www.zigg.ch/files/ZIGG/Dienstleistungen/PDF/Lohnempfehlung%20ausgebildetes%20Personal%202016.pdf> (Zugriff am 9.7.2016).
- Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen Kanton Zürich (o.J.). *Diplomierte Aktivierungsfachfrau HF. Diplomierter Aktivierungsfachmann HF*. <http://www.zag.ch> (Zugriff am 19.7.2016).
- Zimmermann-Sloutskis, Dorith, Moreau-Gruet, F. & Zimmerman, E. (2012). *Comparison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution* (Obsan Rapport 54). Bern: Observatoire suisse de la santé. [http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_54\\_rapport.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_54_rapport.pdf) (Zugriff am 19.7.2016).
- Zúñiga, Franziska, Ausserhofer, D., Serdaly, Ch., Bassal, Ch., de Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). *SHURP. Swiss Nursing Homes Human Resources Project. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz*. Universität Basel. <http://nursing.unibas.ch/shurp> (Zugriff am 28.1.2016).



