Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2009-2010)

Heft: 107

Artikel: Strategie für eine schweizerische Alterspolitik : Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789800

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Strategie für eine schweizerische Alterspolitik

Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer

Auftrag und Vorgehen

Der vorliegende Bericht wurde als Antwort auf das Postulat Leutenegger Oberholzer vom Oktober 2003 verfasst[1]. Das Postulat fordert den Bundesrat auf, die konzeptionellen Grundlagen für eine schweizerische Alterspolitik zu entwickeln, die nötigen personellen und finanziellen Ressourcen dafür bereitzustellen und dem Parlament gegebenenfalls die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen vorzulegen.

Ausgangslage: Alterspolitik unter veränderten demografischen und gesellschaftlichen Bedingungen

Die Ausgestaltung der Alterspolitik wird heute intensiv und kontrovers diskutiert.
Die demografische Entwicklung wird zu einer deutlichen Zunahme der Anzahl älterer Menschen und einer Verschiebung der Gewichte zwischen den Altersgruppen führen. Im Zentrum der öffentlichen Diskussion stehen insbesondere die Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Sozialwerke, die Auswirkungen auf dem Arbeitsmarkt[2] sowie das Verhältnis zwischen Eigenverantwortung, verwandtschaftlichen Netzwerken und öffentlichen Institutionen der Alterspolitik.

Im Besonderen hat die verlängerte durchschnittliche Lebenserwartung eine erweiterte gemeinsame Lebensspanne zwischen Jung und Alt zur Folge. Dies gilt, obwohl das Alter der Frauen und Männer bei der Geburt des ersten Kindes gestiegen ist. Dies eröffnet neue Beziehungspotenziale zwischen bis zu vier nebeneinander lebenden Generationen. Sie umfassen die Möglichkeit gegenseitiger Hilfe und

1 03.3541 Motion Leutenegger Oberholzer (vom Nationalrat in Form eines Postulates überwiesen)
2 Leitungsgruppe EDI/EVD „Partizipation älterer Arbeitnehmer“ (2005); Schweizerischer Arbeitgeberverband (2006a).

Unterstützung im Alltag, den Austausch von Erfahrungen und das gemeinsame Engagement für gesellschaftliche Aufgaben (Hüten von Enkelkindern, finanzielle Unterstützung junger Familien durch die Eltern, Besorgungen für die betagten Eltern etc.), können indessen auch zusätzliche Belastungen beinhalten. Generationsübergreifende Beziehungen sind darum aufgrund des unterschiedlichen Erfahrungshintergrundes, unterschiedlicher Lebenswelten und Interessenlagen nicht spannungsfrei.

Im Allgemeinen hat sich die Lebenssituation der meisten älteren Menschen in unserer Gesellschaft in den vergangenen Jahrzehnten in vielerlei Hinsicht verbessert. Die Möglichkeit länger behinderungsfrei zu leben, den Austritt aus dem Erwerbsleben teilweise selbst zu bestimmen und die sozialstaatlich gute Absicherung im Alter ermöglichen einer grossen Mehrzahl der alten Menschen eine lange Phase aktiv gestalteten Lebens, unabhängig von der Unterstützung durch andere.

Hervorzuheben ist indessen der übereinstimmende Befund der gerontologischen Forschung[3], dass der Prozess des Alterns sehr individuell verläuft, von den Erfahrungen und Lebensumständen des gesamten Lebenslaufes mitgeprägt wird, und für viele Menschen bis ins hohe Alter noch gestaltbar ist.

Herausforderungen für eine gesamtschweizerische Alterspolitik

Diese Veränderungen haben Konsequenzen für die Formulierung einer zukunftsgerichteten Alterspolitik:

Leistungspotenziale. Die zunehmende Ausdehnung der aktiven und beschwerdefreien Phase im Alter bei gleichzeitig steigenden, durch die Demografie bedingten Herausforderungen führt zur Frage, wel-

3 Vgl. z.B. Baltes B. P. (1996).

ches die Leistungen und Leistungspotenziale der älteren Bevölkerung sind, wie diese unterstützt und anerkannt werden können[4].

Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung. Mit dem Verständnis des Alters als einer aktiven und selbstbestimmten Lebensphase verbindet sich die Aufgabe, Partizipation und Selbstbestimmung im Alter zu fördern und zu unterstützen[5].

Unterschiedliche Lebens- und Bedürfnislagen. Der individuelle Verlauf des Alterungsprozesses bedeutet, dass die individuellen Situationen von Personen desselben chronologischen Alters sich stark voneinander unterscheiden. Für die Alterspolitik bedeutet dies, dass sie den bestehenden unterschiedlichen Lebens- und Bedürfnislagen, den unterschiedlichen Wünschen und den diesbezüglich zu erwartenden Veränderungen Rechnung tragen muss.

Lebenslaufperspektive. Die teilweise Gestaltungsmöglichkeit des individuellen Alterungsprozesses legt zudem eine Orientierung der Alterspolitik an einer Lebenslaufperspektive nahe, welche die individuelle und gesellschaftliche Vorbereitung auf spätere Lebensphasen mit einschliesst.

Solidarität. Eine soziale Alterspolitik, die auf die Anerkennung der Leistungspotenziale der älteren Bevölkerung und ihre unterschiedlichen Beiträge an die Gesellschaft und an jüngere Generationen aus-

4 Vgl. Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern 2002 (A/CONF.197/9), Ziff. 21; Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 2.

5 Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 2; Weltgesundheitsorganisation WHO (2002), Vieillir en restant actif: cadre d'orientation, S. 12.

gerichtet ist, muss weiterhin Solidarität garantieren und hilfsbedürftige und schlechter gestellte Betagte unterstützen.

Spannungsfelder. Trotz der generell verbesserten Situation der älteren Bevölkerung muss die Alterspolitik schliesslich eine Antwort finden für die steigenden Ausgaben für die Alterssicherung und den zu erwartenden steigenden Pflege- und Unterstützungsbedarf der älteren Bevölkerung. Eine Alterspolitik, die sich den hier aufgezählten Herausforderungen stellt, sieht sich deshalb unweigerlich mit Ziel- und Interessenkonflikten konfrontiert.

Mainstreaming. Aufgrund der Bedeutung der demografischen Alterung für alle Politikbereiche ergibt sich die Notwendigkeit eines Mainstreaming, bzw. der Berücksichtigung der Alterung in allen Politikbereichen und des Ziels, eine Gesellschaft für alle Altersgruppen zu schaffen[6].

Generationenpolitik. Die Verschiebung der Gewichte der verschiedenen Altersgruppen und die erweiterte gemeinsame Lebensspanne unterschiedlicher Generationen beeinflussen die Beziehungen zwischen den Generationen und stellen die Frage nach einer übergreifenden Generationenpolitik, welche mit der zu definierenden Alterspolitik eng verschränkt ist. Dabei sind auch andere Politikbereiche wie Familienpolitik oder Arbeitsmarktpolitik relevant[7].

Eine generelle Alterspolitik muss sich unterschiedslos an alle richten, gleichzeitig aber den individuellen Lebenssituationen und Bedürfnissen Rechnung tragen. Dies sind u.a.:

---

6 Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002 (ECE/AC.23/2002/2/Rev.6), Commitment 1.

7 Vgl. Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern 2002 (A/CONF.197/9), Ziff. 44.

Unterschiede nach Autonomie- bzw. Abhängigkeitsgrad. Obwohl die meisten Personen im Alter ein weitgehend beschwerdefreies und selbstbestimmtes Leben führen, sind einige von stärkeren Einschränkungen bis hin zu einem Autonomieverlust betroffen. Zwar hat sich für das weitgehend beschwerdefreie Alter der Begriff des dritten Alters, für die Phase der grösseren Einschränkungen der Begriff des vierten Alters eingebürgert. Allerdings ist es aufgrund des individuellen Verlaufs des Alterungsprozesses nicht angezeigt, diese Phasen über das chronologische Lebensalter zu bestimmen.

Altersgrenzen für die Ausübung gewisser Aktivitäten oder Einschränkungen beim Zugang zur Bildung oder Information sind insbesondere in der autonomen Lebensphase, in welcher Persönlichkeitsentwicklung und Partizipation noch möglich sind, Formen von Diskriminierung. In der Phase nach dem Autonomieverlust sind die betroffenen Personen der Gefahr von Diskriminierung insofern ausgesetzt, als sie ihre Interessen über Dritte geltend machen müssen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede. Die höhere Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern, wie auch die unterschiedlichen Biografien erfordern teilweise geschlechtsspezifische Lösungen. So leben Frauen länger allein in ihrer Wohnung, Männer können bei Notwendigkeit von Betreuung und Pflege viel eher noch auf ihre Ehefrau oder andere Bezugspersonen zählen.

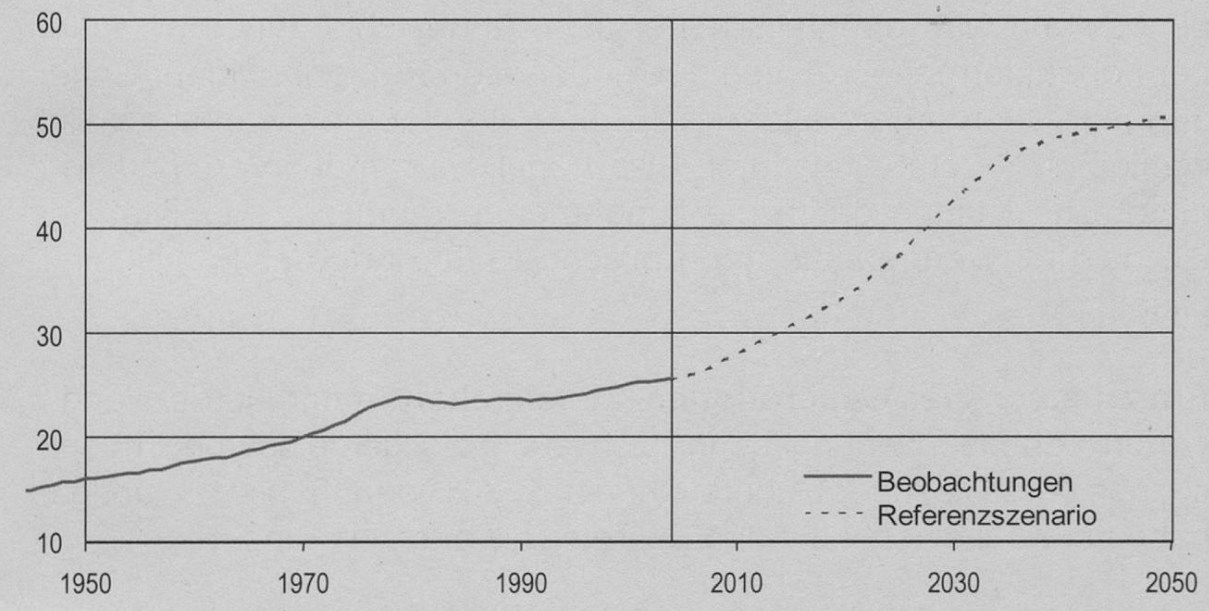
Generationeneffekte. Die Entwicklung der Lebensstile, der Medizin und der Arbeitswelt hat Einfluss auf die Gesundheit und das Verhalten der jeweiligen Generation. Aus den Beobachtungen der heutigen Generation von Betagten und Hochbetagten lassen sich kaum Erkenntnisse über die künftige Entwicklung des Alters und der folgenden Jahrgänge gewinnen. Hochrechnungen anhand von früheren Beobachtungen sind deshalb mit Vorsicht zu geniessen.

Demografische Entwicklung in der Schweiz

Wie in allen anderen entwickelten Ländern wird die Bevölkerung in den kommenden Jahren auch in der Schweiz markant und schnell altern.

Schnelles, ausgeprägtes Wachstum der älteren Bevölkerung. Die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer werden zwischen 2005 und 2035 das Rentenalter erreichen und dann noch eine hohe Lebenserwartung haben. (s. Grafik 1).

Grafik 1. Entwicklung des Altersquotienten (Anzahl der über 65-Jährigen auf 100 20-bis 64-Jährige) gemäss Referenzszenario 2005 des BFS



(Quelle: Bundesamt für Statistik BFS.)

Hin zu einer langlebigen Gesellschaft. Die zahlenmässig grossen Generationen, die in den kommenden Jahren das Rentenalter erreichen, haben eine höhere Lebenserwartung als die Jahrgänge, die dieses Alter Ende des 20. Jahrhunderts erreicht haben. 1991 hatten

die 65-jährigen Frauen noch eine Lebenserwartung von 19,8 Jahren, 2005 von 21,5 Jahren. 2030 werden es 24,1 Jahre sein. Bei den Männern betragen die entsprechenden Werte 15,5 Jahre, 18 Jahre und 20,9 Jahre.

Immer mehr ältere Personen mit unterschiedlicher Lebenssituation. Die älteren Personen von morgen werden sich von der älteren Bevölkerung von gestern oder heute unterscheiden. Gleichzeitig mit der Verlängerung der Lebenserwartung **wird auch die behindertenfreie Lebenserwartung zunehmen**. Ältere Personen werden somit durchschnittlich nicht nur gesünder, sondern vermutlich auch wirtschaftlich besser gestellt sein und sich sowohl auf dem Arbeitsmarkt als auch bei unentgeltlichen Tätigkeiten vermehrt beteiligen. Ihr Bildungsstand wird ebenfalls höher sein. Angesichts der Entwicklung der Lebensformen – Anstieg der kinderlosen Personen, mehr Scheidungen – werden die älteren Personen von morgen wahrscheinlich weniger Unterstützung durch ihre Familie erfahren. Verstärkt wird diese Entwicklung durch die zunehmende räumliche Mobilität und die dadurch verursachte geografische Entfernung der Familienmitglieder.

Hin zu einer Vier-Generationen-Gesellschaft. Aufgrund der verlängerten Lebenserwartung dehnt sich auch die gemeinsame Lebensspanne verschiedener Generationen aus. 80% der 35- bis 49-Jährigen haben sowohl einen lebenden Elternteil als auch ein Kind.

Immer mehr ältere Personen mit unterschiedlicher kultureller Herkunft. Ein Viertel der unter 50-Jährigen haben eine ausländische Nationalität, demgegenüber macht der Ausländeranteil bei den 80-Jährigen und älteren Einwohnerinnen und Einwohnern nur gerade 5% aus. Allerdings ist seit 1980 ein Anstieg des Ausländeranteils der 50- bis 79-Jährigen zu beobachten.[8]

8 Wanner Ph. et al. (2005), S. 88ff.

Lebensbereiche und Handlungsfelder

Gesundheit und medizinische Versorgung

Leitfragen

Lebenslaufperspektive/Partizipation und selbstbestimmte Lebensführung
Gesundheit im Alter ist teilweise das Ergebnis des Gesundheitsverhaltens in jüngeren Jahren. Wieweit können Prävention und medizinische Leistungen einen Beitrag leisten für den Erhalt der Möglichkeiten zu Partizipation und einer selbstbestimmten Lebensführung?

Leistungspotenziale
Wieweit können/sollen aktive Seniorinnen und Senioren Unterstützungs- und Pflegeleistungen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Autonomieverlust übernehmen? Wie können aktive Seniorinnen und Senioren, welche Betreuungs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen übernehmen, unterstützt und gefördert werden?

Bedürfnislagen
Was sind die Ansprüche, Bedürfnisse, Wünsche der älteren Personen? Wie wird die künftige Entwicklung eingeschätzt? Haben bestimmte Personengruppen besondere Bedürfnisse, die es zu berücksichtigen gilt (insbesondere Frauen, Migrantinnen und Migranten)?

Spannungsfelder
Wie kann den wachsenden Bedürfnissen und Kosten für Langzeitpflege begegnet werden? Wie lassen sich Freiwilligenarbeit und Pflegequalität miteinander vereinbaren?

Die Darstellung der Gesundheit im Alter erfordert deshalb einen altersspezifischen Ansatz nach folgenden gesundheitlichen Gesichtspunkten:

- Gesundheitsförderung
- Prävention chronischer Krankheiten und funktioneller Behinderungen
- integrierte, koordinierte medizinische Versorgung
- Langzeitpflege zu Hause (Spitex) und in Pflegeeinrichtungen
- Palliativpflege und Sterbebegleitung.

Gesundheit im Alter: Ressourcen und aktuelle Bedürfnisse

Ressourcen

Die Lebenssituation und das Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten in mancher Hinsicht allgemein verbessert. Auch die Lebenserwartung, insbesondere die behindertenfreie Lebenserwartung, ist stark angestiegen. In der Schweiz kann bei Frauen sogar eine absolute Kompression der Morbidität festgestellt werden (die zur Abhängigkeit führt): die Prozentzahl autonom verbrachter Jahre nimmt zu (s. Tabelle 1). Angesichts der Fortschritte bei der Behandlung und der Rehabilitation chronischer Krankheiten sind die Chancen auf eine Heilung oder zumindest auf die Erhaltung einer autonomen Lebensführung heute höher.

Tabelle 1. Behinderungsfreie Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

	Mittlere Lebenserwartung der Männer		Mittlere Lebenserwartung der Frauen	
	allgemein	o. Behinderung	allgemein	o. Behinderung
1981/82	14,6	11,5	18,5	12,2
1988/89	15,4	12,2	19,6	14,9
1992/93	15,9	12,4	20,3	15,1
1997/99	16,7	13,0	20,6	16,3

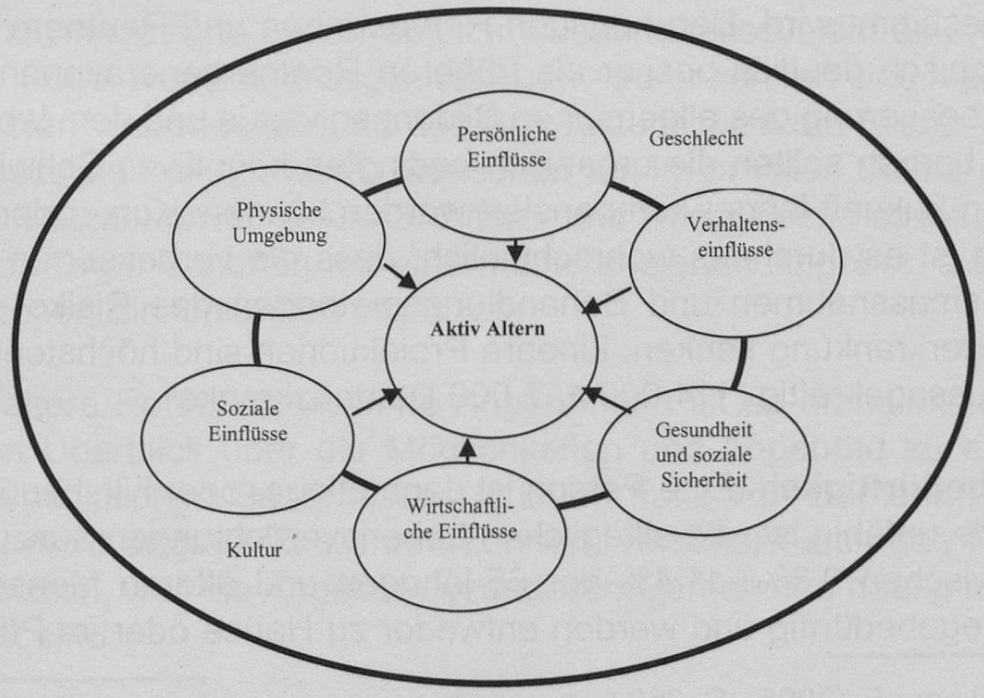
Quelle: Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 27.

Ein ebenso positives Bild vermittelt die eigene subjektive Wahrnehmung der Gesundheit. So schätzen 68% der zuhause lebenden 75-jährigen und älteren Menschen ihre Gesundheit oftmals als „gut" bis „sehr gut" ein.

Lebenslaufperspektive. Die persönliche Biografie einer Person, ihr Lebensstil über die gesamte Lebensspanne hinweg sowie externe Faktoren haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit im Alter und führen zu markanten individuellen Unterschieden.

Wie das folgende Schema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zeigt, ist das aktive Altern das Ergebnis mehrerer Faktoren, wobei Geschlecht und Kultur alle Faktoren beeinflussen.

Grafik 4. Bestimmende Faktoren für aktives Altern



Quelle: Weltgesundheitsorganisation WHO (2002), S. 19.

Bedürfnislagen

Gesundheitliche Beschwerden und Multimorbidität. Die Anzahl abhängiger älterer Menschen wird auf 115 000 bis 135 000 geschätzt (2005)[9]. In den nächsten Jahren dürfte sich der Anteil der betroffenen Personen deutlich erhöhen, wie stark genau ist allerdings ungewiss. Hier liegt die grösste Herausforderung im Bereich (hohes) Alter und Gesundheit.

Demenz und kognitive Störungen. Von den 83 000 Demenzkranken über 65 Jahren sind fast zwei Drittel 80-jährig und älter[10]. Da mehr Frauen als Männer ein hohes Alter erreichen, ist die Mehrheit dementer Menschen weiblichen Geschlechts. Die Feststellung, dass kognitive Defizite bei Menschen mit tieferem Bildungsniveau rascher auftreten und bei Frauen häufiger sind, deutet darauf hin, dass das Risiko hirnorganischer Störungen nicht geschlechtsspezifisch variiert, sondern von den früheren Lebensbedingungen und genetischen Faktoren bestimmt wird. Den heutigen Rentnerinnen und Rentnern geht es psychisch deutlich besser als früheren Rentnergenerationen. Mit der Verbesserung des allgemeinen Bildungsniveaus und dem lebenslangen Lernen sollten die organisch bedingten kognitiven Schwierigkeiten in Zukunft länger kompensiert werden können. Kurz- oder mittelfristig ist es durchaus wahrscheinlich, dass die verbesserten Präventionsmassnahmen und Behandlungsmethoden das Risiko einer Demenzerkrankung senken. Lineare Projektionen sind höchstens bis 2020 aussagekräftig (114 000-117 000 Demenzkranke).

Pflegebedürftigkeit. Eine Person ist dann pflege- oder hilfsbedürftig, wenn sie unfähig ist, die alltäglichen Lebensverrichtungen auszuführen. Zwischen 9,8% -11,4% der 65-jährigen und älteren Menschen sind pflegebedürftig und werden entweder zu Hause oder im Pflege-

9 Höpflinger F. (2005), S. 260.
10 Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 67.

heim betreut. Bis zum Alter von 79 Jahren sind weniger als 10% pflegebedürftig. Im Alter von 80-84 Jahren sind es schon gut ein Fünftel, und von den 85-Jährigen ist gut ein Drittel von Hilfe und Pflege abhängig[11].

Nach der linearen Fortschreibung der Abhängigkeitsquote (Basis: 2000) müsste die Anzahl Pflegebedürftiger bis 2020 um einen Drittel ansteigen (von 32% auf 36%). Modellrechnungen zeigen jedoch, dass schon ein mässiger, durch Prävention und Rehabilitation erzielter Rückgang der Pflegebedürftigkeit den demografischen Effekt wirksam abschwächen kann (Erhöhung um einen Fünftel statt einem Drittel). Der künftige Pflegebedarf wird also vermutlich geringer ausfallen als das die linearen Projektionen erwarten lassen[12].

Gesundheitspolitische Herausforderungen

Der nichtstaatliche Sektor spielt im Gesundheitssystem eine wesentliche Rolle. Non-Profit-Organisationen - zu erwähnen sind hier vor allem die Pro Senectute und das Schweizerische Rote Kreuz – bieten Dienstleistungen für ältere Menschen an. Im privaten Sektor existiert eine Vielzahl privat geführter Alters- und Pflegeheime sowie privater Spitex-Organisationen mit einem differenzierten Angebot, die die öffentlichen Einrichtungen ergänzen.

Für ältere Personen und ihre Angehörigen ist es oftmals schwierig, einen Überblick über die Möglichkeiten und Angebote zu erhalten. Bei spezifischen Bedürfnissen (z.B. im Falle von Demenz), welche lokal nicht abgedeckt werden können, verschärft sich das Problem zusätzlich, weil die Angebote in anderen Gemeinden häufig nicht bekannt sind.

---

11 Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 41 ff.
12 Höpflinger F., Hugentobler V. (2003), S. 50.

Partizipation und Autonomie fördern: Gesundheitsförderung und Prävention

Mehr Lebensqualität - weniger Gesundheits- und Pflegekosten soll das Leitmotiv einer gezielten nationalen Präventionsstrategie, eines Aktionsplanes für die Förderung der Gesundheit und der Autonomie im Alter sein.
Obwohl eine umfassende Bundespolitik fehlt, werden dennoch Projekte mit Blick auf die Vorbeugung initiiert. Die meisten sind allerdings auf Nichtregierungsorganisationen und Private (Pro Senectute, Altersorganisationen) zurückzuführen.

Ansätze:

Bereits seit 1999 gibt es in der Schweiz Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung der Bundesämter für Sport und für Gesundheit[13]. Im Rahmen der sogenannten Basis- oder Mindestempfehlungen wird – in Übereinstimmung mit internationalen Empfehlungen − Frauen und Männern jeden Alters geraten, sich täglich mindestens eine halbe Stunde zu bewegen. Erste Evaluationsergebnisse weisen darauf hin, dass die Angebote sehr geschätzt werden, aber vorwiegend körperlich bereits sehr Aktive erreichen.

Der strategische Schwerpunkt „Psychische Gesundheit – Stress“ der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wird auch in Zukunft auf ältere Menschen fokussieren (Problematik der Altersdepressionen).

Es ist erwiesen, dass präventive Hausbesuche die Pflegebedürftigkeit wesentlich reduzieren. Es existieren mehrere Programme für präventive Hausbesuche und Gesundheitsbeurteilung (multidimensionales geriatrisches Assessment, Projekt EIGER; Health Risk Appraisal, Projekt SOPRA in Zürich, präventive Hausbesuche im Alter durch Spitex).

13 Martin B.W. et al. (2000).

Im Übrigen boomt der Wellness- und Anti-Aging-Markt. Zur Begleitung einer Studie über die Perspektiven und die Grenzen der Anti-Aging-Medizin wurde auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe zusammengestellt[14].

Verlust der Selbstständigkeit: Langzeitpflege

Leistungsangebot. Das Angebot für ältere pflegebedürftige Personen besteht einerseits aus der institutionellen Betreuung in einer Pflegeeinrichtung (Alters- und Pflegeheime), andererseits aus ambulanter (insbesondere Spitex-Dienste) und halbambulanter Pflege (Tagesheime).

Informelle Pflege zu Hause. Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2004 pflegen 3,3% der 65- bis 79-Jährigen andere im gleichen Haushalt lebende Erwachsene. Meist handelt es sich dabei um den Ehemann oder die Ehefrau, manchmal auch um pflegebedürftige erwachsene Kinder. Da die Lebenserwartung behinderter Menschen wächst, kann es vorkommen, dass sich Eltern im fortgeschrittenen Alter noch um ihren behinderten Sohn oder ihre behinderte Tochter reifen Alters kümmern müssen. Ältere Personen, mehrheitlich Frauen (80%), betreuen auch Angehörige, die nicht im gleichen Haushalt leben. Sie investieren durchschnittlich neun Stunden pro Woche in die Pflege und Betreuung von Haushaltsmitgliedern und sechs Stunden pro Woche für ausserhalb des eigenen Haushalts geleistete Pflege und Betreuung. Im Alter von 80 Jahren und mehr erbringt nur noch ein kleiner Teil Pflegeaufgaben, wendet dafür aber mehr Zeit auf. Zuweilen nimmt die pflegeleistende Person selbst auch Pflegeleistungen in Anspruch.

---

14 Anti-Aging? Better Aging! Bringt uns die Medizin ein „besseres Altern"? Studie des Zentrums für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und der Förderagentur für Innovation KTI/CTI.

Es wäre falsch, davon auszugehen, dass die Hilfs- und Pflegebereitschaft über die Generationen hinweg generell schwächer wird. Kurz- und mittelfristig erhöht sich das partnerschaftliche und familiale Hilfs- und Pflegepotenzial eher, weil mehr hochbetagte Menschen Partner und Nachkommen haben als in früheren Geburtsjahrgängen. Der veränderte Lebensstil (Mobilität, Distanz, instabile Paare und Familien, Einpersonenhaushalte), die zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen und die Kinderlosigkeit jeder fünften Frau zwischen 30 und 40 werden sich unweigerlich auf die familialen Hilfsleistungen auswirken. Diese werden bei steigenden Bedürfnissen abnehmen[15].

Die Pflege von Angehörigen kann – mit zunehmendem Pflegebedarf – eine grosse Belastung darstellen, welche schlussendlich zu einer Erschöpfung und im Extremfall zur Pflegebedürftigkeit der pflegenden Person selbst führen kann[16]. Die Unterstützung und Entlastung von Laienpflegenden stellt deshalb eine wichtige Massnahme dar.

Handlungsoption

Unterstützung von Pflegeverantwortlichen auf informeller Basis Unterstützung der Pflegeverantwortlichen, meist ältere Frauen, durch Entlastungsdienste, Ausbildung und Spitex-Dienste. ► Bewährte Angebote von Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz und Spitex-Organisationen wie u.a. Entlastungs-, Besuchs- und Fahrdienste weiter ausbauen sowie die Ausbildung und Begleitung von Freiwilligen fördern	**a** **b** **c** **d**

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

15 Höpflinger F, Hugentobler V. (2005); Fux B. et al. (2006); Bundesamt für Statistik BFS (2005b); Schön-Bühlmann (2005).

16 Vgl. Studien Prey H. et al. (2004) und Wettstein A. et al. (2005) im Rahmen des NFP 45.

Formelle Spitex- und Heimpflege. Die formelle, von Fachleuten erbrachte ambulante, stationäre oder Spitex-Pflege ist in mehrerer Hinsicht mangelhaft. Den Pflegeberufen, die vorwiegend von Frauen (90%) ausgeübt werden, fehlt es an Anerkennung. Die Löhne sind verhältnismässig tief. Relativ viele Stellen werden auf Teilzeitbasis ausgeübt. In kleinen Einrichtungen ist der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal besonders markant. Schliesslich wird aufgrund der Finanzlage der öffentlichen Hand Druck auf die Personalkosten ausgeübt. In Verbindung mit den allgemeinen Arbeitsbedingungen können diese Faktoren demotivierend wirken und zu einem Mangel an (qualifiziertem) Personal führen, während der Bedarf tendenziell steigt.

Allerdings könnte es in Zukunft im Angebotsumfang noch stärkere lokale Unterschiede geben. Gerade die Versorgung mit Tagesstrukturen und Entlastungsdiensten, die speziell bei demenziellen Erkrankungen äusserst wichtig für die Entlastung betreuender Angehöriger sind, ist schon heute sehr unterschiedlich[17]. Dort, wo es solche Angebote gibt, sind sie häufig nicht koordiniert. Die Patientenbetreuung leidet unter dem fehlenden Zusammenwirken von Akut- und Langzeitpflege.

Pflegebedürftige Betagte und ihre Angehörigen sehen sich oft konfrontiert mit komplexen Fragen der Organisation und Koordination der verschiedenen notwendigen Hilfen und Unterstützungsdienste. In diesen Situationen kann Case Management (Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung), basierend einerseits auf einem geriatrischen Assessment, anderseits auf genauer Kenntnis der lokalen Strukturen und Angebote, viel zur Optimierung der Betreuung in qualitativer und ökonomischer Hinsicht beitragen[18].

Bei älteren Personen ausländischer Herkunft können sprachliche und kulturelle Barrieren den Zugang zum Pflegeangebot oder das

17 Schweizerische Alzheimervereinigung / Pro Senectute Schweiz (2002).

18 Nagel Dettling M. (2006).

Verhältnis zur betreuenden Person erschweren. Die Notwendigkeit einer Sensibilisierung für die spezifischen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe hat sich schon vor mehreren Jahren gezeigt.

Handlungsoptionen

Integrierte Planung von Gesundheitsdiensten Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Angeboten für ambulante und stationäre Akutpflege und für Langzeitpflege. ► Kompetenzbereich der Kantone	b
Ausbau des Case Management Ein Case Management zur Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung von älteren Menschen kann das Risiko von Heimeinweisungen reduzieren. ► Auf Bundesebene: Unterstützung der Forschung über Case Management und Ausarbeitung von Case-Management-Modellen in Zusammenarbeit mit den Gesundheitspartnern (einschliesslich Vertreter der älteren Menschen).	a b c d

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

Würdiger Tod: Palliativpflege und Sterbehilfe

Palliativpflege und Sterbehilfe sind Themen, die über die Altersfragen im engeren Sinne hinausgehen. Diese gegenwärtig häufig diskutierten Themen werden im Folgenden zusammen behandelt, obwohl sie unterschiedliche Fragestellungen darstellen.

Palliativpflege. Palliativmedizin und -pflege haben einen bereichsübergreifenden Ansatz. Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität der oder des Kranken und der Angehörigen zu sichern.

Im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga und der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) wurde im November 2000 eine Bestandesaufnahme der Palliativpflege erstellt[19]. Sie ergab im Wesentlichen, dass der Zugang zu palliativen Leistungen nicht in der ganzen Schweiz gewährleistet ist. Das Angebot ist stark auf urbane Städte konzentriert und richtet sich vor allem an Krebskranke. Patientinnen und Patienten mit anderen Erkrankungen, Kinder und ältere Menschen können nicht genügend von den palliativen Leistungen profitieren. Bis anhin bestehen in der Schweiz nur wenige Ausbildungsmöglichkeiten und eine anerkannte Qualitätskontrolle ist erst im Entstehen.

Das KVG, welches den Begriff der Palliativpflege zwar nicht kennt, übernimmt die Kosten dieser Leistungen im gleichen Umfang wie andere Pflegeleistungen. Im Spital können medizinisch indizierte palliative Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht werden. Die Vergütung in der OKP erfolgt mittels einer Pauschale (Tages- oder Fallpauschale). Bei der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheimbereich sind die Pflegeleistungen im Leistungskatalog der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 7 Abs. 2 KLV) festgehalten, worunter auch die palliativen Pflegeleistungen zu subsumieren sind. Die Leistungen werden von der OKP übernommen, sofern sie von KVG-anerkannten Leistungserbringern erbracht und auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin vorgenommen werden. Nicht vergütet werden hingegen hauswirtschaftliche Leistungen, soziale bzw. psychosoziale Betreuungsleistungen sowie die seelsorgerische Betreuung.

Die geplante Neuregelung der Spitalfinanzierung, insbesondere die vorgesehene leistungsorientierte Finanzierung, welche fallbezogene Pauschaltarife (DRG-System) mit sich bringen wird, dürfte keine nennenswerten spezifischen Auswirkungen auf die Erbringung und

19 Schweizerische Krebsliga, Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2000).

Finanzierung palliativer Leistungen im Spital haben. Bei der Neuregelung der Pflegefinanzierung gemäss Vorschlag des Bundesrates ist mit keiner Benachteiligung der Palliative Care in Bezug auf die Kostenübernahme durch die OKP zu rechnen. Bei der Umsetzung der Neuregelung der Pflegefinanzierung auf Verordnungsebene müssen die heutigen Definitionen der Pflegeleistungen überprüft und allenfalls präzisiert werden. Dabei werden auch die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen in besonderen Situationen (wie z.B. die Palliativpflege oder die Pflege bei demenziellen Krankheiten) zu beachten sein.

Handlungsoptionen

Stärkung der Palliativpflege Die unumgängliche und dringliche Stärkung der Palliativpflege wird von politischen Stellungnahmen auf nationaler Ebene und von Empfehlungen durch Nichtregierungsorganisationen wie der Schweizerischen Krebsliga oder der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) unterstützt. ► Der Bund stärkt den Bereich Palliative Care nach Massgabe seiner Kompetenzen (Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, Forschung etc.). Die Kantone bauen ihre Angebote im Bereich Palliative Care aus.	a b

Zuständigkeit: a = Bund, b = Kantone, c = Gemeinden, d = Private

© Auszüge aus (S 9-19) aus der «Strategie für eine schweizerische Alterspolitik»; Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer, 03.3541»
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Den gesamten Bericht finden Sie unter:
http://www.alter-migration.ch/data/5/0_Altersbericht_Mitbericht_d_EDI.pdf