

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

**Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**empfiehlt diese Bachelor-Arbeit**

**besonders zur Lektüre!**

**Bachelorarbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**Hochaltrig, hilfe- und pflegebedürftig,  
wünscht zuhause zu leben  
bis zum Tod**

**Unterstützungsmöglichkeiten  
durch die Soziale Arbeit  
beim Verbleib hochaltriger Menschen in ihrem Zuhause**



Bild: Autorinnen

**Renata Brem und Karin Jäggi  
Januar 2012**

**Bachelor-Arbeit**  
**Ausbildungsgang Sozialarbeit**  
**Kurs VZSA 2008-2012**

**Renata Brem und Karin Jäggi**

**Hochaltrig, hilfe- und pflegebedürftig,  
wünscht zuhause zu leben bis zum Tod**

**Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit  
beim Verbleib hochaltriger Menschen in ihrem Zuhause**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im Januar 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

---

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeitenden mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

---

## Abstract

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung erreichen in der Schweiz immer mehr Menschen das „vierte Lebensalter“. Die Mehrzahl der hochaltrigen Menschen wünscht – selbst bei Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit - zuhause zu leben, wenn möglich bis zum Tod. Nur 23 Prozent der schweizerischen Bevölkerung kann dies realisieren, die anderen sterben meist in Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und effektiv gelebter Wirklichkeit wird in dieser Arbeit dargestellt und den Ursachen dafür nachgegangen.

Diese Ursachen sind komplex und mehrniveaunal angesiedelt. Auf der Mikroebene – das Individuum und seine Ausstattung – führen Alterungsprozesse und Morbidität zu funktionalen Einschränkungen bei instrumentellen und basalen Aktivitäten, was zu Unterstützungsbedarf führt. Fehlende sozioökonomische und sozialökologische Mittel behindern oft den Verbleib daheim. Auf der Mesoebene – Menschen in Beziehung zu anderen – kann das Fehlen informeller Unterstützung, vor allem durch die Familie, einen Teil der Diskrepanz erklären. Auf der Makroebene sind das professionelle, ambulante Unterstützungsnetz sowie die Finanzierung der Kosten aus einem Hilfe- oder Pflegebedarf durch das schweizerische Sozialversicherungssystem als strukturelle Gegebenheiten relevant.

Die Soziale Arbeit ist aufgrund ihres Auftrags prädestiniert, sich um vulnerable, also auch hochaltrige Menschen zu kümmern. Denn sie verfügt über vielfältiges Handlungswissen, das sie gemäss dem sozialraumorientierten Ansatz auf allen drei Ebenen einsetzt. Hierbei eignen sich vor allem Ressourcenerhaltung und –erschliessung, Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	V
Vorwort und Dank.....	VI
1. Einleitung .....	1
1.1. Ausgangslage.....	1
1.2. Fragestellungen.....	3
1.3. Ziele der Arbeit.....	4
1.4. Berufsrelevanz und Motivation .....	4
1.5. Adressaten und Adressatinnen.....	4
1.6. Aufbau der Arbeit .....	5
2. Einführung und Definition zentraler Begriffe .....	6
2.1. Begriffe aus den Fragestellungen .....	6
2.2. Hochaltrigkeit.....	7
2.3. Unterstützungsbedarf und dessen konkrete Erfassung.....	8
2.4. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Hilflosigkeit.....	8
2.5. Informelle und professionelle Unterstützung.....	9
3. Zuhause leben bis zum Tod – Wunsch und Wirklichkeit.....	11
3.1. Gewünschte Lebe- und Sterbeorte .....	11
3.2. Wirklichkeit der effektiven Sterbeorte .....	15
3.3. Vergleich zwischen Wunsch und Wirklichkeit des Sterbeortes zuhause .....	19

4. Ursachen der Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit.....	20
4.1. Alterungsprozesse, Krankheit sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (Mikroebene) .....	22
4.1.1. Alterungsprozesse und Krankheiten im Alter .....	22
4.1.2. Hilfebedürftigkeit und Hilfebedarf .....	25
4.1.3. Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf.....	26
4.2. Einkommen und Vermögen hochaltriger Personen (Mikroebene).....	28
4.2.1. Einkommenssituation hochaltriger Personen.....	28
4.2.2. Vermögenssituation hochaltriger Personen .....	29
4.2.3. Anspruch auf EL bei geringen finanziellen Mitteln .....	30
4.3. Wohnverhältnisse (Mikroebene) .....	32
4.3.1. Wohnbedürfnisse und Wohnraumanpassungen.....	33
4.3.2. Wohnumgebung.....	35
4.4. Informelles Unterstützungsnetz (Mesoebene).....	36
4.4.1. Ehepartnerinnen und Ehepartner .....	37
4.4.2. Töchter und Söhne.....	38
4.4.3. Weitere Verwandte, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Freiwillige .....	39
4.4.4. Herausforderungen bezüglich des informellen Unterstützungsnetzes .....	40
4.5. Professionelles Unterstützungsnetz (Makroebene).....	40
4.5.1. Regionale Versorgungsunterschiede.....	41
4.5.2. Personalmangel .....	43
4.5.3. Schwachstellen in der Finanzierung professioneller Unterstützung .....	44
4.6. Finanzierung (Makroebene).....	45
4.6.1. Komplexität des Finanzierungssystems .....	45
4.6.2. Anfallende Kosten und deren Finanzierung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit .....	48
4.6.3. Finanzierung durch sozialversicherungsrechtliche Leistungsträger .....	49
4.6.4. Kritik an der Neuordnung der Pflegefinanzierung .....	53

5. Bisherige Erkenntnisse .....	55
6. Bewertung aus Sicht der Sozialen Arbeit .....	59
6.1. Definition, Gegenstand und Ziel der Sozialen Arbeit.....	59
6.2. Bewertung der zur Diskrepanz führenden Ursachen.....	60
7. Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit.....	65
7.1. Sozialraumorientierung und SONI-Schema (Sozialstruktur, Organisation, Netzwerk und Individuum).....	65
7.2. Methodisches Vorgehen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene .....	67
7.3. Ressourcenerhaltung und Ressourcenerschliessung (Mikroebene) .....	69
7.4. Ressourcenerschliessung und Netzwerkarbeit (Mesoebene) .....	72
7.5. Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying (Makroebene).....	74
8. Beantwortung der Fragestellungen und Schlussfolgerungen.....	78
8.1. Beantwortung der Fragestellungen.....	78
8.2. Schlussfolgerungen für Profession und Praxis der Sozialen Arbeit.....	82
9. Abschliessende Gedanken und weiterführende Fragen .....	84
10. Literatur- und Quellenverzeichnis.....	86
Anhang: Hochaltrigkeit und Gender, Bildung und Migration.....	96

Die vorliegende Bachelorarbeit wurde in allen Teilen von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Gewünschte Sterbeorte gemäss Umfrage aus dem Jahr 2009 .....	14
Abbildung 2:	Effektive, im Jahr 2001 erhobene Sterbeorte in der Schweiz .....	15
Abbildung 3:	Sterbeorte in der Schweiz im Vergleich der Jahre 1969, 1986 und 2001...	16
Abbildung 4:	Sterbeorte gemäss Alterskategorien .....	17
Abbildung 5:	Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit .....	19
Abbildung 6:	Modell möglicher Einflussgrössen auf Lebe- und Sterbeorte.....	20
Abbildung 8:	Prozentuale Verteilung des Risikos geringer finanzieller Mittel nach Altersgruppen .....	31
Abbildung 9:	Spitex-Versorgungsdichte 2009 .....	43
Abbildung 10:	SONI-Schema.....	66
Tabelle 1:	Umzug in Alters- oder Pflegeheim, Pflegewohnung.....	12
Tabelle 2:	Geschlechtsspezifische Sterbeorte .....	18
Tabelle 3:	Kosten- und Leistungsübersicht bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit .....	48
Tabelle 4:	Übersicht über SONI-Handlungsfelder in Bezug auf sozialarbeiterisches Handeln.....	68

## **Vorwort und Dank**

Die Autorinnen haben sich in den vergangenen Monaten intensiv mit der Thematik rund um hilfe- und pflegebedürftige, hochaltrige Menschen auseinandergesetzt. Die Komplexität des Themas war eine Herausforderung. Widerspiegelt haben sich Komplexität und Herausforderung in derselben Zeit in der konkreten Lebenswelt beider Autorinnen. Plötzlich eintretende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wurde in den eigenen, engen sozialen Netzen erlebt, der Tod zuhause in unmittelbarer Nachbarschaft und sogar in der eigenen Familie.

Gerade durch das intensive und gleichzeitige Nebeneinander von „theoretischem“ Schreiben und „praktischem“ Erleben sind die Autorinnen umso mehr überzeugt, dass sich trotz der Komplexität, trotz der Herausforderungen der genauere Blick und die Reflexion über dieses Thema gelohnt haben.

Danken möchten die Autorinnen allen, die in den vergangenen Monaten Geduld und Verständnis aufgebracht und sie motiviert haben. Besonderer Dank geht an unsere Familien und an Bruno, Sara und Irene.

Danken möchten wir auch Simone Villiger, Beat Schmocker und Selma Koch für die wertvollen Inputs aus den Fachpoolgesprächen.

## **1. Einleitung**

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit dem Wunsch hochaltriger Menschen, zuhause zu leben bis zum Tod sowie den Ursachen, die der Realisierung dieses Wunsches entgegenwirken. Die Sicht auf diese Ursachen verlangt eine mehrniveaunale Perspektive, also den Blick sowohl auf das Individuum, seine Beziehungen als auch auf die Strukturen, in die das Individuum eingebettet ist. Durch die Berücksichtigung der Mikro-, Meso- und Makroebene können Ursachen in ihrer Komplexität erfasst werden. Darauf basierend lassen sich geeignete Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit aufzeigen, um dem Wunsch hochaltriger Menschen, möglichst lange zuhause zu leben, Rechnung zu tragen und sie soweit als möglich zu unterstützen.

Die folgenden Unterkapitel enthalten die Ausgangslage, die Fragestellungen sowie die Ziele der vorliegenden Arbeit. Im Weiteren werden die Berufsrelevanz und die persönliche Motivation beschrieben sowie die Adressaten und Adressatinnen benannt. Als letzter Teil dieses einleitenden Kapitels wird der Aufbau der Arbeit vorgestellt.

### **1.1. Ausgangslage**

In den nächsten Jahrzehnten wird sich die Anzahl alter Menschen in der Schweiz stark erhöhen. Die Zunahme wird vom Bundesamt für Statistik (BFS) (2010a) vor allem auf zwei Einflussfaktoren zurückgeführt, nämlich einerseits auf die heutige Altersstruktur der Bevölkerung resp. auf die Tatsache, dass die geburtenstarken Jahrgänge der nach dem 2. Weltkrieg Geborenen nun das höhere und hohe Alter erreichen und andererseits auf die generell höhere Lebenserwartung von Männern und Frauen (S. 28).

Gemäss BFS (2010a) ist weiterhin mit einem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt zu rechnen (S. 12). Die Lebenserwartung bei Geburt definiert das BFS (2011) auf seiner Homepage als durchschnittliche Zahl „der zu erwartenden Lebensjahre eines Neugeborenen unter der Voraussetzung, dass die altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres während des ganzen Lebens konstant bleiben würden.“

In seinen Prognosen geht das BFS von drei verschiedenen Szenarien aus - nämlich tief, mittel, hoch - bei denen je nachdem eine schwächere oder stärkere Ausdehnung der Lebenszeit angenommen wird. Konkret bedeutet mittel, dass die Entwicklung wie in den vergangenen Jahrzehnten mit einer kontinuierlichen Ausdehnung der Lebenszeit verläuft. Das tiefe Szenario

rio geht von einer abgeflachten Entwicklungskurve aus, Szenario hoch hingegen nimmt eine verstärkte Zunahme gegenüber dem bisherigen Verlauf an (BFS, 2010a, S. 5). Im Jahre 2060 wird die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt - je nach Szenario - für Frauen zwischen 87,5 und 92,5 Jahren liegen, für Männer zwischen 83 und 89 Jahren (ibid., S. 12). Im Jahr 2008 betrug die Lebenserwartung bei Geburt für Frauen 84,4 Jahre, für Männer 79,7 Jahre (ibid., S. 8). Das BFS nimmt auf jeden Fall an, dass die Lebenserwartung steigt, selbst wenn sich die Entwicklung abschwächen sollte, wie dies beim tiefen Szenario der Fall wäre.

Das BFS (2010a) prognostiziert weiter, dass zwischen 2010 und 2060 die Anzahl Personen ab 65 Jahren in der Schweiz - gemäss dem mittleren Szenario - von 1'343'000 (im Jahr 2010) auf 2'543'000 Personen (im Jahr 2060) ansteigt. Dies bedeutet eine Zunahme um fast 90 Prozent. (S. 22) Besonders stark wird die Gruppe der Personen über 80 Jahre anwachsen. Das BFS geht deshalb davon aus, dass sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von 5 Prozent der Gesamtbevölkerung (2010) auf 12 Prozent im Jahr 2060 mehr als verdoppeln wird. Beim höheren Szenario geht das BFS sogar von einer Verdreifachung dieser Anzahl aus. (S. 28)

Mit der Anzahl älterer und hochaltriger Menschen wird laut François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbrunn (2011) auch die Zahl pflegebedürftiger Personen ansteigen (S. 7). Dabei weisen Höpflinger et al. jedoch darauf hin, dass die längere Lebenszeit nicht automatisch bedeutet, dass die Lebensjahre am Ende des Lebens mit entsprechend längerer schlechterer Gesundheit oder gar Behinderung verbunden sein müssen. Nebst der Lebenserwartung hat sich nämlich auch die Lebensspanne, die behinderungsfrei verbracht wird, ausgedehnt. (S. 35)

Dennoch steigt der prozentuale Anteil an Pflegebedürftigkeit mit zunehmendem Alter. Höpflinger et al. (2011) gehen für das Jahr 2008 von rund 115'000 Personen der 65-jährigen und älteren Menschen in der Schweiz aus, die pflegebedürftig sind. Bei den 65- bis 69-jährigen Personen sind dies lediglich 1,4 Prozent, bei den 85-Jährigen und Älteren hingegen bereits 33,9 Prozent. Bei der 90-jährigen und älteren Bevölkerung kann sogar davon ausgegangen werden, dass jede zweite Person Pflege benötigt. (S. 55-56) Entwickeln sich die gesundheitliche Situation sowie die heutige Pflegedauer im Alter weiterhin wie bis anhin, werden für das Jahr 2030 gut 182'000 ältere pflegebedürftige Menschen prognostiziert (ibid., S. 60). Gegenüber dem Jahr 2008 würde das eine relative Zunahme von fast 60 Prozent bedeuten. Vor allem der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen steigt dabei an, worauf auch Höpflinger et al. hinweisen, wenn sie betonen: „Es dürfte in Zukunft nicht nur mehr pflegebedürftige Menschen – mehrheitlich Frauen – geben, sondern sie werden in vielen Fällen auch älter sein“ (S. 60).

Durch die bereits oben erwähnte demografische Entwicklung - auf der heutigen Altersstruktur basierend also die künftig höhere Anzahl alter und hochaltriger Menschen und das allgemeine Bevölkerungswachstum - wird sich auch die Anzahl Todesfälle in den nächsten Jahrzehnten stetig und deutlich erhöhen. Das BFS (2010a) rechnet damit, dass sich gemäss dem mittleren Szenario zur Bevölkerungsentwicklung diese Zahl von 61'000 im Jahr 2010 auf 102'000 Todesfälle im Jahr 2060 erhöhen wird (S. 29).

Die grosse Mehrheit der alten und hochaltrigen Menschen in der Schweiz möchte bereits heute zuhause leben bleiben, wenn möglich bis zum Tod (vgl. 3.1). Obwohl dieser Wunsch ausgeprägt ist, gelingt es indes nur wenigen, ihn umzusetzen. Denn gemäss Susanne Fischer, Georg Bosshard, Ueli Zellweger und Karin Faisst (2004) sterben rund 77 Prozent aller Menschen an anderen Orten als ihrem Zuhause (S. 469) (vgl. 3.2). Diese Tatsache verweist auf eine bereits aktuelle bestehende Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit in Bezug auf die Lebe- und Sterbeort eines wachsenden Anteils der schweizerischen Wohnbevölkerung.

Angesicht der Tatsache, dass Befragungen u.a. zeigen, dass im Verlauf der Jahre 2003 bis 2008 der Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben, ausgeprägter wurde (François Höpflinger, 2009, S. 131), wirft diese Diskrepanz nach Meinung der Autorinnen Fragen auf, denen in dieser Arbeit nachgegangen wird. Die diesbezüglichen Fragestellungen werden im Folgenden vorgestellt.

## 1.2. Fragestellungen

Für die Autorinnen dieser Bachelorarbeit stellen sich aufgrund der Ausgangslage, die einerseits die heutige Situation, andererseits künftige Entwicklungen aufzeigt, folgende Fragen:

1. Wie stellt sich die Diskrepanz zwischen dem Wunsch hochaltriger Menschen, zuhause zu leben bis zum Tod und der Wirklichkeit in der Schweiz dar? (Beschreibungswissen)

2. Welche Ursachen führen zu dieser Diskrepanz? (Erklärungswissen)

3. Wie kann die Soziale Arbeit hochaltrige Menschen bei der Verwirklichung ihres Wunsches, zuhause zu leben bis zum Tod, unterstützen? (Handlungswissen)

Zur Bearbeitung resp. Eingrenzung dieser Fragestellungen werden in Kapitel 2 folgende oben verwendete Begriffe definiert: *Wunsch, zuhause* und *bis zum Tod*. *Hochaltrig* resp.

*Hochaltrigkeit* wird zudem etwas ausführlicher dargelegt, da es sich dabei gleichzeitig um die Eingrenzung der in dieser Arbeit beschriebenen Personengruppe handelt.

### **1.3. Ziele der Arbeit**

Ziele dieser Arbeit sind, einerseits auf den Wunsch alter Menschen in Bezug auf ihren Lebens- und Sterbeort trotz Hilfe- und/oder Pflegebedarf sowie andererseits auf die Wirklichkeit hinzuweisen. Weiter soll für mögliche Ursachen, die zur Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit führen, sensibilisiert werden. Ein weiteres Ziel besteht zudem darin, Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, über die die Soziale Arbeit verfügt und mit denen sie hochaltrige Menschen sowie ihr soziales Umfeld in der herausfordernden Lebensphase der letzten Lebensjahre unterstützen kann.

### **1.4. Berufsrelevanz und Motivation**

Hochaltrige Menschen gehören zu einer Personengruppe, deren Anzahl, wie oben erwähnt, künftig stark zunehmen wird. Doch bereits heute stellen sich Fragen nach der Versorgung und Betreuung alter und hochaltriger Menschen, die hilfe- und/oder pflegebedürftig werden. Insbesondere der Wunsch, bis zum Tod zuhause zu wohnen und die Tatsache, dass sich tatsächlich nur ein kleiner Teil diesen Wunsch erfüllen kann, wirft die Frage auf, warum dem so ist. Zwar bedürfen nicht alle hochaltrigen Personen der Unterstützung durch die Soziale Arbeit, aber die Soziale Arbeit ist prädestiniert, dort genauer hinzuschauen, wo potentiell vulnerable (verletzliche) Bevölkerungsgruppen effektiv unter Druck geraten oder zumindest die Gefahr dazu besteht.

Nicht nur als Professionelle der Sozialen Arbeit haben die Autorinnen ein Interesse an diesem Thema. Denn auch als Privatpersonen stehen sie in vielfältigen Bezügen zu älteren und hochaltrigen Menschen und somit auch zu den in den Fragestellungen aufgeworfenen Aspekten, sei es als Angehörige, Freundinnen oder Bekannte. Und nicht zuletzt sind sich die Autorinnen bewusst, dass sie dereinst vermutlich selber mit Fragen um ihre eigene Betreuung und Versorgung konfrontiert sein werden, wenn sie ins hohe Alter kommen.

### **1.5. Adressaten und Adressatinnen**

Die Arbeit richtet sich an Professionelle der Sozialen Arbeit, die mit alten und hochaltrigen Personen und/oder ihren Angehörigen arbeiten oder in Kontakt sind, wobei es sich um Sozialarbeitende von Beratungsdiensten wie der Pro Senectute, Spitalsozialdiensten, Gemeinde-

Sozialdiensten oder anderen Fachstellen handeln kann. Weiter richtet sich die Arbeit an Fachleute in den Berufsfeldern des Gesundheitswesens wie z.B. der Pflege. Lesenswert kann diese Arbeit ebenfalls für Studierende der Sozialen Arbeit und alle weiteren interessierten Personen sein.

## **1.6. Aufbau der Arbeit**

Nach dem einleitenden Kapitel 1 werden in Kapitel 2 die für diese Arbeit zentralen Begriffe eingeführt und definiert. Die Darstellung des Wunsches hochaltriger Personen, bis zum Tod zuhause zu leben und der effektiven Lebe- und Sterbeorte dieser Menschen bildet den Inhalt des Kapitels 3. Es schliesst mit einem Vergleich zwischen Wunsch und Wirklichkeit, der die bestehende Diskrepanz aufzeigt. Mögliche Erklärungen, worin diese Diskrepanz begründet ist, folgen in Kapitel 4. Dabei werden Ursachen auf der Mikro-, Meso- sowie Makroebene erläutert, da sich diese sowohl auf der Ebene des Individuums als auch des Unterstützungsnetzes und Versorgungssystems sowie auf derjenigen der sozialpolitisch beeinflussten Finanzierung des späten Lebens finden.

Im darauf folgenden Kapitel 5 werden die Erkenntnisse aus den Kapiteln 3 und 4 zusammengefasst, bevor in Kapitel 6 die Ursachen, die zur beschriebenen Diskrepanz führen, aufgrund des Berufskodexes der Sozialen Arbeit bewertet werden. In Kapitel 7 werden - unter Zuhilfenahme des aus der sozialraumorientierten Sozialarbeit stammenden SONI-Schemas - Handlungsansätze der Sozialen Arbeit aufgezeigt, um hochaltrige Menschen in der Umsetzung ihres Wunsches, bis zum Tod zuhause zu wohnen, zu unterstützen. Berücksichtigt werden dabei wiederum die Mikro-, Meso- und Makroebenen. Die Beantwortung der Fragestellungen sowie Schlussfolgerungen bilden den Inhalt von Kapitel 8. Kapitel 9 enthält abschliessende Gedanken sowie weiterführende Fragen.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit. Verwendet wurden statistische Quellen, Studien und Berichte sowie Grundlagenliteratur aus dem deutschsprachigen Raum Europas und insbesondere aus der Schweiz.

Keinen Eingang in diese Arbeit finden Ausführungen zur Arbeit zugunsten hochaltriger Menschen, die von Mandatsführenden vormundschaftlicher Massnahmen umfangreich erbracht werden. Denn die Autorinnen sind der Meinung, dass einerseits viele Hochaltrige und ihre Angehörigen die Herausforderungen, die sich im hohen Alter ergeben, ohne behördliche Unterstützung zu meistern suchen, andererseits weil dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

## 2. Einführung und Definition zentraler Begriffe

In diesem Kapitel werden einerseits die Begriffe *Wunsch*, *zu Hause*, *bis zum Tod* und *hochaltrig* resp. *Hochaltrigkeit* aus den Fragestellungen definiert (vgl. 1.2), andererseits werden weitere zentrale Begriffe, die für das Verständnis dieser Arbeit notwendig sind, erläutert. Mit der Einführung von *Hochaltrigkeit* wird zudem die beschriebene Personengruppe eingegrenzt. Des Weiteren werden sowohl der Unterstützungsbedarf und dessen konkrete Erfassung als auch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Hilflosigkeit erläutert. Als Letztes wird in diesem Kapitel die Unterscheidung zwischen informeller und professioneller Unterstützung dargelegt.

### 2.1. Begriffe aus den Fragestellungen

Der Begriff *Wunsch* wird in dieser Arbeit als Bedürfnis gewertet. Hans-Peter Steden (2008) bezeichnet Bedürfnisse als „psychische Mangel- beziehungsweise Bedarfszustände wie das Bedürfnis nach Zuwendung, Geltung und Anerkennung, nach Liebe und Geborgenheit und Selbstverwirklichung. Auch ‚Wünsche‘ können als Bedürfnisse klassifiziert werden“ (S. 165). Silvia Staub-Bernasconi (1998) unterscheidet zwar Wünsche klar von Bedürfnissen, doch gibt es ihrer Meinung nach legitime Wünsche, „wenn sie zur Gesundheit und zum psychischen Wohlbefinden des einzelnen Menschen beitragen und die Bedürfniserfüllung anderer Menschen nicht beeinträchtigen“ (S. 17).

*Zu Hause* wird von den Autorinnen als Privathaushalt einer Person verstanden, wobei es sich hier sowohl um Wohnungen als auch Häuser handeln kann, die zur Miete oder als Eigentum bewohnt werden. Synonym zu *zu Hause* werden die Begriffe *eigene vier Wände*, *das Daheim* oder *das Zuhause* verwendet. Des Weiteren beinhaltet für die Autorinnen das *Zuhause* auch die physische, psychische und soziale Verwurzelung der beschriebenen Personen in ihrem gewohnten engeren Umfeld.

Mit dem Begriff *bis zum Tod* beziehen sich die Autorinnen nicht explizit auf den Sterbeprozess. Denn dieser Prozess würde andere Fragestellungen und theoretische Bezüge sowie anderes Handlungswissen verlangen. Vielmehr geht es den Autorinnen darum zu beschreiben, welche Ursachen die Verwirklichung des Wunsches einschränken, bis ans Lebensende in den eigenen vier Wänden zu verweilen.

## 2.2. Hochaltrigkeit

In der vorliegenden Arbeit wird die Personengruppe auf hochaltrige Menschen eingegrenzt. Ab wann genau jemand als hochaltrig gilt, ist jedoch nicht eindeutig definiert, was diese Eingrenzung erschwert.

François Höpflinger (2011) stellt eine allgemeine *chronologische Definition* von Hochaltrigkeit vor, nach der der Beginn des hohen Alters am Lebensalter festgemacht und statistisch „auf das 80. oder 85. Lebensjahr festgelegt“ wird (S. 38). Gleichzeitig verweist er auf die Schwierigkeit dieser Definition angesichts einer Altersgrenze, weil sie dadurch den grossen, unterschiedlichen Alterungsprozessen verschiedener Menschen sowie der Heterogenität alter Menschen nicht gerecht wird (S. 38). Dies bestätigen auch Gertrud M. Backes und Wolfgang Clemens (2008), wenn sie anführen, dass der Beginn des hohen Alters in anderen Quellen bei 90 Jahren festgelegt werde (S. 105). Höpflinger (2011) führt deshalb weiter die aus der Gerontologie stammende *funktionale Definition* an:

Nach dieser Betrachtungsweise beginnt das hohe Lebensalter, wenn altersbezogene körperliche oder kognitive Einschränkungen bedeutsame Einschränkungen und Anpassungen des Alltagslebens erzwingen. Einige Menschen werden früh – unter Umständen schon vor dem Rentenalter – mit körperlichen Einschränkungen konfrontiert, wogegen andere Menschen auch mit neunzig Lebensjahren beschwerdefrei leben. (S. 38)

Weiter erläutert Höpflinger (2011) die soziologisch geprägte *kohortenspezifische Definition*, bei der Menschen als hochaltrig gelten, die länger als die Mehrheit ihrer Zeitgenossen leben. Wer zum verbleibenden überlebenden Drittel seines/ihrer Geburtsjahrgangs gehört, gilt als hochaltrig. (S. 41)

Hochaltrige Menschen werden häufig auch als „alte Alte“ bezeichnet. Sie befinden sich im „vierten Lebensalter“, das vom „dritten Lebensalter“, dem gesunden Rentenalter unterschieden wird. Im dritten Lebensalter leben „junge Alte“, die noch aktiv und mehrheitlich gesund sind (Backes & Clemens, 2008, S. 104-105).

Für die vorliegende Arbeit stützen sich die Autorinnen hauptsächlich auf die *funktionale Definition* von Hochaltrigkeit, weil erst durch „altersbezogene körperliche oder kognitive Einschränkungen“ (Höpflinger, 2011, S. 38) ein Unterstützungsbedarf entsteht. Dennoch muss für die Eingrenzung der beschriebenen Personengruppe auch die *chronologische Definition* von Hochaltrigkeit beigezogen werden, da in dieser Arbeit der Fokus auf Menschen ab rund

80 Jahren gerichtet ist. Bei der beschriebenen Personengruppe geht es also um „alte Alte“ im „vierten Lebensalter“, wenn physische, psychische und kognitive Einschränkungen das gewohnte Leben zunehmend erschweren und grössere Anpassungen in der Alltagsbewältigung verlangen. Im Anhang wird zudem Hochaltrigkeit in Bezug auf die Aspekte Gender, Bildung und Migration kurz thematisiert.

### **2.3. Unterstützungsbedarf und dessen konkrete Erfassung**

Hochaltrige Menschen werden gemäss der *funktionalen Definition* von Hochaltrigkeit aus körperlichen oder kognitiven Gründen zu bedeutsamen Einschränkungen und angepasstem Alltagsleben gezwungen (vgl. 2.2), weshalb sie einen zunehmenden Unterstützungsbedarf aufweisen (Höpflinger, 2011, S. 38).

Das Mass an notwendiger Unterstützung wird üblicherweise durch eine detaillierte Erhebung des Bedarfs aufgrund einer Auflistung von Aktivitäten erfasst. Bei diesen Aktivitäten wird zwischen instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL = instrumental activity of daily living) und basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL = activity of daily living) unterschieden (Andreas Büscher & Klaus Wingenfeld, 2008, S. 108-109).

Unter instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) werden Tätigkeiten in folgenden acht Bereichen aufgeführt: Telefonnutzung, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung, Wäschebesorgung, Nutzung von Transportmitteln, Medikamenteneinnahme sowie Finanzverwaltung (ibid., S. 109).

Die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) umfassen sechs Tätigkeitsbereiche, nämlich An- / Auskleiden, Absitzen und Abliegen, Körperpflege, Essen, Fortbewegung sowie Kontaktaufnahme (ibid., S. 108). Dementsprechend gibt die selbständige Umsetzung resp. die Nicht-Umsetzung dieser Tätigkeiten den Grad des Unterstützungsbedarfs an.

### **2.4. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie Hilflosigkeit**

Höpflinger et al. (2011) definieren Hilfebedürftigkeit als „Hilfebedarf bei instrumentellen Aktivitäten des Alltagsleben“ (S. 46). Wer in einem Bereich der IADL-Bereiche nicht mehr selbständig ist, wird demzufolge gemäss Höpflinger et al. als stark hilfebedürftig eingestuft (ibid.).

Pflegebedürftigkeit wird in Bezug auf die basalen Aktivitäten des alltäglichen Lebens (ADL-Items) definiert. Wer die basalen Tätigkeiten in mindestens einem der Bereiche nicht mehr selbständig ausführen kann, gilt als pflegebedürftig. (Höpflinger et al., 2011, S. 46)

Die Unterscheidung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist nach Meinung von Pasqualina Perig-Chiello, François Höpflinger und Brigitte Schnegg (2010c) wichtig, weil sie nach unterschiedlicher Unterstützung verlangt. So können bei Hilfebedürftigkeit z.B. Angehörige eher unterstützen als bei Pflegebedürftigkeit, wo professionelles Personal benötigt wird. (S. 1)

Die ADL-Bereiche werden in der Schweiz auch zur Ermittlung des Grades der Hilflosigkeit und der Hilflosenentschädigung (HE) (vgl. 4.6.3) herangezogen, wobei allerdings zu den sechs bereits genannten Bereichen ein siebter hinzukommt, nämlich das Verrichten der Notdurft (Dieter Widmer, 2011, S. 89).

Bei der HE wird zwischen leichter, mittlerer und schwerer Hilflosigkeit unterschieden. Sowohl die Definition des Schweregrades von Hilflosigkeit als auch die Kriterien dazu sind in der Invalidenverordnung (IVV) Art. 37 festgelegt und werden für die HE im AHV-Alter übernommen. Die Kriterien für die Graduierung von Hilflosigkeit definieren sich folgendermassen:

**Leichte Hilflosigkeit:** Hierbei wird regelmässige erhebliche Hilfe Dritter in mindestens zwei Hauptbereichen notwendig **oder** dauernde persönliche Überwachung notwendig **oder** durch ein bestimmtes Gebrechen bedingt ständige und aufwändige Pflege (z.B. Dialyse zu Hause) notwendig **oder** Hilfe Dritter zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte notwendig **oder** lebenspraktische Begleitung aufgrund von schwerer Sinnesschädigung / schweren körperlichen Gebrechen notwendig.

**Mittlere Hilflosigkeit:** Diese macht regelmässige erhebliche Hilfe Dritter in den meisten, mindestens aber in vier Hauptbereichen notwendig **oder** regelmässige erhebliche Hilfe Dritter in mindestens zwei Hauptbereichen und dauernde persönliche Überwachung resp. lebenspraktische Begleitung notwendig.

**Schwere Hilflosigkeit:** Hier wird regelmässige erhebliche Hilfe Dritter in allen Hauptbereichen und dauernde Pflege oder persönliche Überwachung notwendig. (Art. 37 Abs. 1-3 IVV)

## **2.5. Informelle und professionelle Unterstützung**

Als informelle Unterstützung, dies kann Hilfe oder Pflege sein, gilt diejenige Unterstützungsleistung, die durch nicht professionelle Personen oder Organisationen geleistet wird. Informelle Hilfe und Pflege wird meist durch Familienangehörige, aber auch Freunde und Freundinnen, Nachbarinnen und Nachbarn oder Freiwillige geleistet. Unterschieden werden kann

die informelle Unterstützung weiter in familiale – also die Unterstützung durch Familienangehörige – und ausserfamiliale Unterstützung durch den Freundeskreis, Freiwillige etc. (vgl. 4.4). (Höpflinger et al., 2011, S. 68)

Als professionelle Unterstützung gilt die Hilfe und Pflege, die durch Fachkräfte, z.B. das Pflegepersonal der Spitex und anderer Organisationen geleistet wird (vgl. 4.5). Höpflinger et al. verwenden synonym zu professioneller Hilfe und Pflege auch den Begriff der formellen Hilfe und Pflege (ibid.). Die Autorinnen beschränken sich auf den Begriff professionell, wenn sie von anderer als der informellen Unterstützung sprechen.

### **3. Zuhause leben bis zum Tod – Wunsch und Wirklichkeit**

Das folgende Kapitel widmet sich der Diskrepanz zwischen dem Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben und der Wirklichkeit. Dazu wird als Erstes der Wunsch alter und hochaltriger Menschen in Bezug auf den erhofften Sterbeort zuhause beschrieben. Als Zweites wird die effektiv gelebte Wirklichkeit dieser Menschen dargestellt, um in einem dritten Schritt einen Vergleich dieser beiden, also zwischen Wunsch und Wirklichkeit, vorzunehmen.

#### **3.1. Gewünschte Lebe- und Sterbeorte**

Das Daheim wird mit zunehmendem Alter immer zentraler. Viele alte und hochaltrige Menschen haben jahrelang oder gar jahrzehntelang in der gleichen Wohnung oder demselben Haus gelebt. Andreas Kruse und Hans-Werner Wahl (2010) weisen darauf hin, dass für alte Menschen das selbständige Wohnen Autonomie ausdrückt. Deshalb wird es möglichst lange aufrecht erhalten, selbst wenn es durch gesundheitliche Einbussen gefährdet ist. (S. 185) Weiter in der vertrauten Wohnung leben zu können, gilt gemäss Kruse und Wahl als eine der höchsten Wertprioritäten von alten Menschen (S. 415). Höpflinger (2006) spricht in diesem Zusammenhang von Verbundenheit und Passung zwischen persönlichen Bedürfnissen und der Wohngestaltung. Die bewohnten Räume sind zudem mit Erinnerungen angefüllt. Je mehr positive Erinnerungen aufgrund des gewohnten Umfelds vorhanden sind, desto schwerer fällt ein Umzug in eine andere als der bisherigen Wohnform. (S. 9) Der - im Gegensatz zu früher - oft hohe Wohnstandard und der höhere Anteil Wohneigentümerinnen und Wohneigentümer der heutigen älteren Generation tragen ebenfalls zum Wunsch bei, möglichst lange zuhause zu leben (François Höpflinger & Valérie Hugentobler, 2005, S. 81).

#### **Wohnumfragen 2003 und 2008**

Im Rahmen der Wohnumfrage 2003 der Age Stiftung und im ‚Age Report 2004‘ zu Fragen rund ums Wohnen im Alter führte Höpflinger (2006) eine Erhebung zu Wohnwünschen, Wohnproblemen und Wohnperspektiven im höheren Lebensalter durch. Dabei wurden 1'012 Personen im Alter zwischen 60 Jahren sowie älter als 85 Jahren befragt. (S. 83-93)

In dieser Befragung ging es u.a. darum, ob sich die zuhause lebenden Personen bereits Gedanken zu einem Wohnwechsel aus Altersgründen gemacht hätten und welche Wohnform für sie allenfalls in Frage kommen würde. Als Antwortmöglichkeiten wurden als Alternative eine kleinere Wohnung, das Reduzieren des Wohnens auf ein Zimmer oder einen Woh-

nungsteil, spezielle Alterswohnungen, Seniorenresidenzen, Alterswohngemeinschaften sowie Altersheim, Pflegeheim und Pflegewohnung angeboten. Bei keiner dieser Wohnformen lag die eindeutige Zustimmung über 30 Prozent. Am ehesten kamen kleinere Wohnungen (30 Prozent), spezielle Alterswohnungen (28 Prozent) und Seniorenresidenzen (27 Prozent) in Frage. Das Leben in einem Pflegeheim (3 Prozent) sowie die Reduzierung des Lebensumfeldes auf ein Zimmer oder einen Wohnungsteil (6 Prozent) wurden am seltensten gewählt. (Höpflinger, 2006, S. 86-87)

Unter der Voraussetzung, dass ein Umzug unumgänglich würde, stieg der Anteil an Zustimmung zwar bei allen Wohnarten. Deutlich wurde jedoch, dass sich ein beträchtlicher Anteil der Befragten ganz klar keine der erfragten Wohnformen als Alternative zu ihrem Zuhause vorstellen können. Die höchste Ablehnung erfahren Privatzimmer oder die Reduktion auf einen Wohnungsteil (75 Prozent) sowie die (Alters-) Wohngemeinschaft (62 Prozent). Aber auch das Pflegeheim wird von 17 Prozent und das Altersheim von 22 Prozent der Befragten eindeutig abgelehnt. (ibid., S. 86)

Des Weiteren wurde aus derselben Erhebung ersichtlich, dass, je älter die Befragten waren, ein Umzug in ein Altersheim zwar in Frage kommt, doch für eine deutliche Mehrheit der 80- bis 84-Jährigen (61 Prozent) und der 85-Jährigen und Älteren (51 Prozent) nur, wenn dies nicht mehr anders geht. Ein Umzug in eine Pflegewohnung wird häufiger abgelehnt als derjenige in ein Altersheim; im Notfall würde sich etwas mehr als die Hälfte der über 80-Jährigen dies vorstellen können. Das Pflegeheim wiederum wird gewählt, wenn es gar nicht anders geht. (ibid., S. 91) Eine Übersicht der jeweiligen Antworten der Altersgruppe der hochaltrigen Personen (hier ab 80 Jahren) zu einem möglichen Umzug zeigt Tabelle 1 im Detail:

<b>Ausgangsfrage:</b> Möglicher Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim, in eine Pflegewohnung?	<b>Altersheim</b>		<b>Pflegeheim</b>		<b>Pflegewohnung</b>	
	<i>Ja, denkbar</i>	<i>Nur wenn es sein muss</i>	<i>Ja, denkbar</i>	<i>Nur wenn es sein muss</i>	<i>Ja, denkbar</i>	<i>Nur wenn es sein muss</i>
80- bis 84-Jährige	23%	61%	6%	77%	13%	53%
85-Jährige und Ältere	29%	51%	5%	77%	11%	56%
Wo die Prozentangaben nicht 100% in der Gesamtsumme erreichen, erfolgten entweder keine Angaben oder die Antwort war „Nein“.						

Tabelle 1: Umzug in Alters- oder Pflegeheim, Pflegewohnung (modifiziert nach Höpflinger, 2006, S. 91)

Die erneute Umfrage im Jahr 2008, publiziert im ‚Age Report 2009‘, zeigt auf, dass sich gegenüber der Befragung von 2003 mittlerweile weniger Personen vorstellen können, künftig in einer Institution zu leben. Durchschnittlich sank für alle Wohnformen die klare Zustimmung und gleichzeitig stieg die deutliche Ablehnung. So verwarfen beispielsweise 2003 erst 22 Prozent den zukünftigen Umzug in ein Altersheim und 17 Prozent den Umzug in ein Pflegeheim. 2008 verneinten jedoch bereits 28 Prozent einen möglichen Umzug ins Altersheim und 27 Prozent diejenigen in ein Pflegeheim. Ähnliche Verschiebungen zeigen sich ebenso bei allen andern Wohnformen. (Höpflinger, 2009, S. 131) Von den 207 Personen, der im Rahmen der Erhebung von 2008 befragten 80-Jährigen und Älteren, verneinten 52 Prozent, sich bereits Gedanken über einen Umzug aus Altersgründen gemacht zu haben. Demgegenüber verneinten von den 234 befragten Personen derselben Altersgruppe im Jahr 2003 dieselbe Frage erst 44 Prozent. (ibid., S. 123)

### **Studie Palliative Care 2009**

Bei der Recherche zu dieser Arbeit zeigte sich, dass zum gewünschten Sterbeort der schweizerischen Wohnbevölkerung keine regelmässigen Bevölkerungsbefragungen existieren. Die telefonische Nachfrage der Autorinnen im Zeitraum der Erarbeitung der vorliegenden Arbeit hat zudem ergeben, dass sich auch bei amtlichen Stellen in der Schweiz kein diesbezügliches statistisches Datenmaterial findet.

Aufgrund der demografischen Entwicklung - also einerseits mit der erwarteten Zunahme von hochaltrigen Menschen in der Schweiz, andererseits mit der Zunahme von Krankheiten mit langen sowie vielschichtigen Krankheitsverläufen - gewinnt Palliative Care in der Gesundheitspolitik an Bedeutung. Der ‚Dialog Nationale Gesundheitspolitik‘ hat deshalb im Oktober 2008 beschlossen, Palliative Care in der Schweiz zu fördern. Ein nationales Projekt soll der schweizerischen Wohnbevölkerung sowohl den Nutzen als auch die Angebote von Palliative Care näher bringen. Zu diesem Zweck wurden schliesslich die ‚Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012‘ (BAG & GDK, 2010a) und als zentrale Massnahme dazu ‚Nationale Leitlinien Palliative Care‘ (BAG & GDK, 2010b) erarbeitet.

Der ‚Dialog Nationale Gesundheitspolitik‘, also die ständige Plattform von Bund und Kantonen zu gesundheitspolitischen Themen und Absprachen, definiert Palliative Care auf seiner Homepage unter <http://www.nationalegesundheit.ch/de/projekte/palliative-care/was-ist-palliative-care/index.html> folgendermassen:

Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Be-

handlungen, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase. Die betroffene Person bestimmt soweit möglich selbst, wie und wo sie die letzte Lebensphase verbringen möchte.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im Jahr 2009 beim Forschungsinstitut GfK Switzerland AG eine Studie in Auftrag gegeben, um den Wunsch in Bezug auf einen möglichen Sterbeort zu erheben. Die diesbezügliche repräsentative Telefonstudie erfolgte im Zusammenhang mit dem Thema Palliative Care und wurde bei 1'600 Personen im Alter von 15 bis 75 Jahren und älter durchgeführt.

Die repräsentative Studie hatte zum Ziel, das bereits vorhandene Wissen über Palliative Care in der Bevölkerung zu erfassen. Zudem wurde der Grad der Sensibilisierung in der Bevölkerung für die Themen Lebensende, Sterben und Tod ermittelt als auch die Bedürfnisse am Lebensende erforscht. In dieser Erhebung wurde u.a. die Frage nach dem gewünschten Sterbeort gestellt, die folgendermassen beantwortet wurde: „Die grosse Mehrheit der Befragten wünscht sich, zuhause sterben zu dürfen“ (GfK Switzerland AG, 2009, S. 40), worunter, wie Abbildung 1 zeigt, 73 Prozent der Befragten fallen. Weitere gewünschte Sterbeorte wurden wesentlich seltener genannt (ibid.).

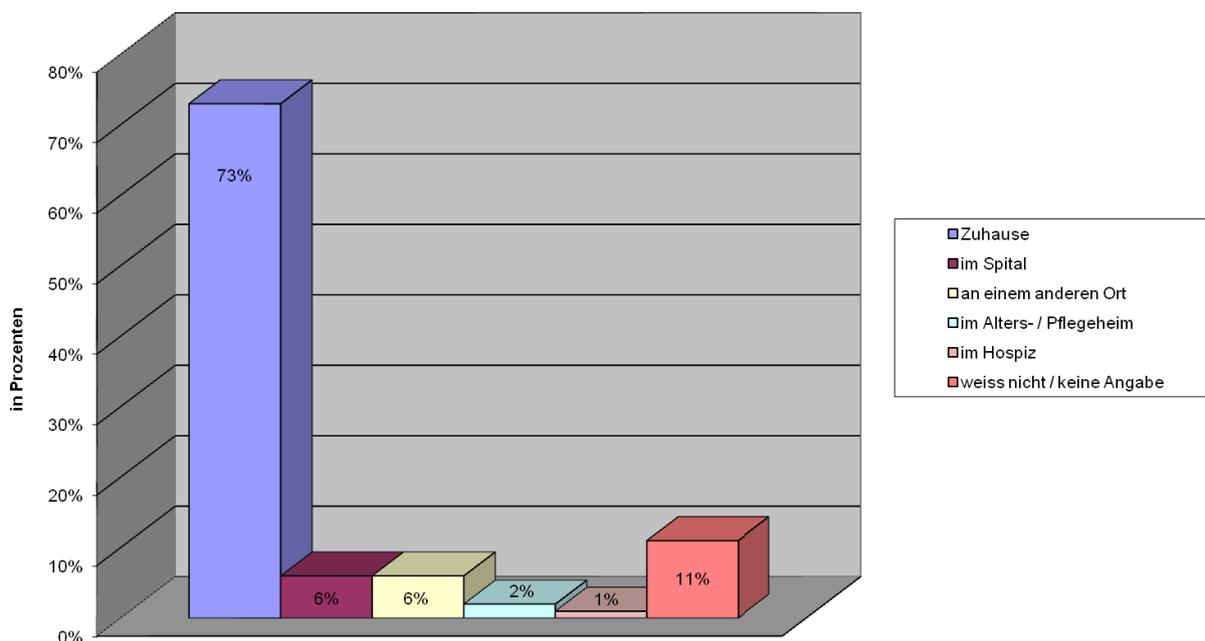


Abbildung 1: Gewünschte Sterbeorte gemäss Umfrage aus dem Jahr 2009 (GfK Switzerland AG, 2009, S. 40, eigene Darstellung)

Wie oben ersichtlich ist, äussern sich drei Viertel aller Befragten, am liebsten zuhause zu sterben. Dieser Wunsch ist unabhängig von allen „demografischen Faktoren, Kenntnissen oder Einstellungen“ (BAG, 2010, S. 8). Aus der Erhebung ist daher nicht eindeutig ersicht-

lich, welche Antworten Personen im höheren und hohen Lebensalter gegeben haben. Dennoch zeigt das Resultat eindrücklich, dass der Wunsch, zuhause zu sterben, allgemein gross ist. Zusammen mit den Daten aus Tabelle 1 kann deshalb davon ausgegangen werden, dass dies auch für hochaltrige Befragte gilt.

### 3.2. Wirklichkeit der effektiven Sterbeorte

Nachdem im vorangehenden Kapitel der Wunsch einer grossen Mehrheit, bis zum Tod zuhause zu leben, dargestellt wurde, folgen nun Daten zu den effektiven Sterbeorten der Bevölkerung in der Schweiz. Einschränkend gilt es festzuhalten, dass aufgrund des zur Verfügung stehenden Datenmaterials keine Aussagen zur Verweildauer in einem Spital, Alters- oder Pflegeheim gemacht werden können. Es ist daher nicht möglich anzugeben, ob Personen bereits länger nicht mehr zuhause gelebt haben oder ob erst kurz vor Eintritt des Todes, z.B. aufgrund einer akuten Erkrankung, ein Übertritt in eine Institution notwendig wurde.

#### Amtliche Erhebung der Sterbeort

Seit dem Jahr 1987 werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) keine amtlichen Daten zu den Sterbeorten in der Schweiz mehr erhoben. Aus diesem Grunde führten Fischer et al. in der deutschsprachigen Schweiz im Jahr 2001 die Studie mit dem Titel „Der Sterbeort. Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz?“ durch, die 2004 publiziert wurde. Die Resultate dieser Studie präsentieren sich in Abbildung 2 wie folgt:

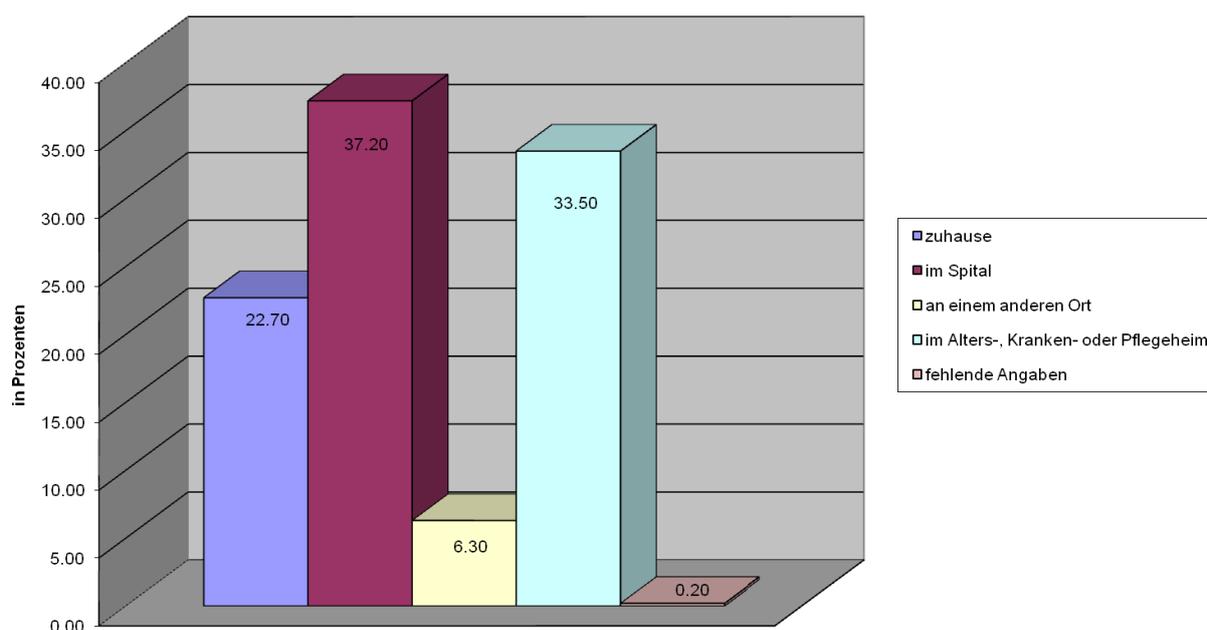


Abbildung 2: Effektive, im Jahr 2001 erhobene Sterbeorte in der Schweiz (Fischer et al., 2004, S. 469, eigene Darstellung)

In der Deutschschweiz ereigneten sich im Jahr 2001 37,2 Prozent der Todesfälle im Spital, während 33,5 Prozent der Menschen im Alters-, Kranken- oder Pflegeheim und lediglich 22,7 Prozent zuhause starben. Zudem verstarben an anderen Orten rund 6,3 Prozent. (Fischer et al., 2004, S. 469)

### **Sterbeorte im Vergleich der Jahre 1969, 1986 und 2001**

Wie Untersuchungen zeigen, haben sich die Sterbeorte in der Schweiz zwischen 1969 und 1986 deutlich geändert. Gemäss Fischer et al. (2004) lässt sich zwar eine Konstanz des Versterbens im Spital mit 56 Prozent (1969) resp. 55 Prozent (1986) feststellen. Indessen ist eine Abnahme derer, die zuhause sterben, zu erkennen (1969: 38 Prozent; 1986: 28 Prozent). Demgegenüber verzeichnen die Altersheime und andere Orte (1969: 8 Prozent; 1986: 17 Prozent) eine deutliche Zunahme. (S. 468)

Rund 15 Jahre später, also 2001, lässt sich ein erneuter Wandel feststellen. Zu berücksichtigen gilt hierbei jedoch, dass die Daten für das Jahr 2001 nur die Deutschschweiz repräsentieren, währenddessen sich diejenigen der Jahre 1969 und 1986 auf die ganze Schweiz beziehen. Abbildung 3 zeigt die Entwicklung bezüglich der Sterbeorte in der Schweiz auf:

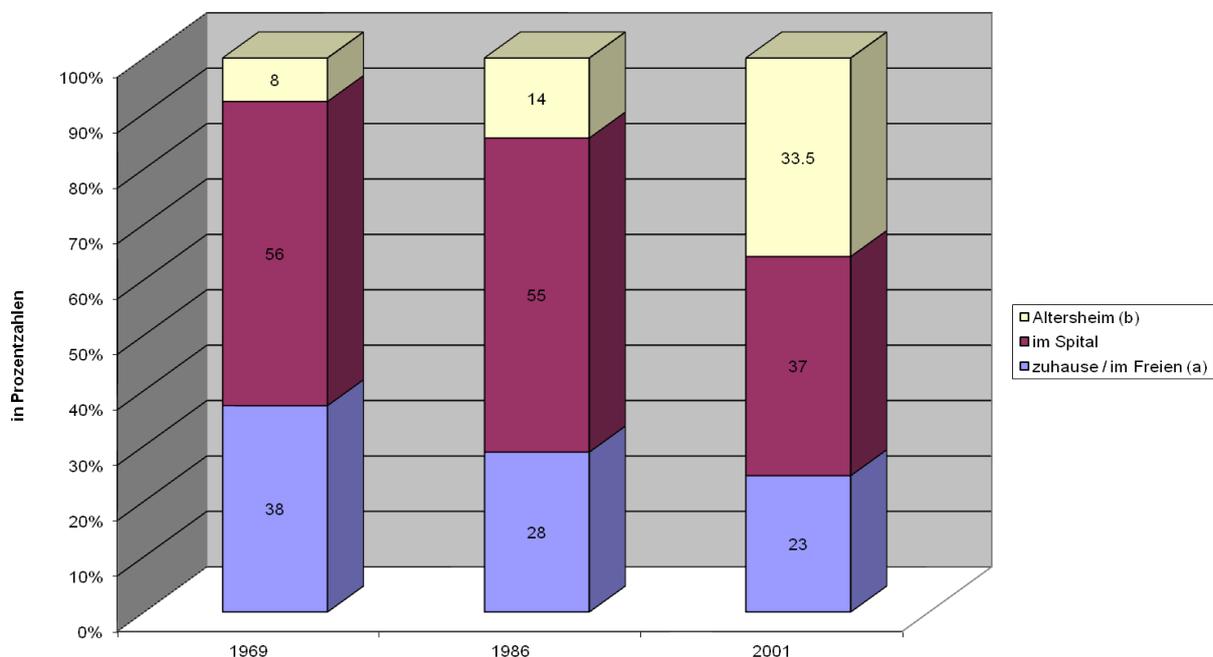


Abbildung 3: Sterbeorte in der Schweiz im Vergleich der Jahre 1969, 1986 und 2001 (Fischer et al., 2004, S. 472, eigene Darstellung)

Die Daten für das Jahr 2001 repräsentieren nur die Deutschschweiz, die Daten der Jahre 1969 und 1986 die ganze Schweiz.

Durch Rundungsfehler fällt das Total zum Teil grösser resp. kleiner aus

<sup>a</sup> Für die Jahre 1969/1986 wurde der Tod "im Freien" mit dem Versterben zuhause zusammengefasst. Indessen erfasste man 2001 das Sterben zuhause ohne Fälle, die sich im Freien ereigneten.

<sup>b</sup> 1979: Sparte "Altersheim" erstmals separat erhoben; 2001: "Alters-, Kranken- und Pflegeheim" zusammengefasst.

Der Sterbeort Spital ist im Jahr 2001 um rund 50 Prozent kleiner geworden, während in den Jahren 1969 und 1986 hier noch eine Konstanz feststellbar war. Eine geringe Veränderung zeigt der 2001 erfasste Wert in Bezug auf Altersheime unter Berücksichtigung der veränderten statistischen Datenerfassung (siehe <sup>b)</sup>). Im Vergleich dazu nimmt das Sterben zuhause hingegen kontinuierlich ab. Denn immer weniger Menschen sterben zuhause und immer mehr in einer Institution. Damit hat eine Institutionalisierung des Sterbens stattgefunden. (Fischer et al., 2004, S. 468) Die Entwicklung zum institutionellen Sterben zeigt sich in den Jahren 1969 und 1986 in der Umverteilung der Todesfälle vom Zuhause in ein Altersheim. Im Gegensatz dazu fand zwischen 1986 und 2001 eine Umverteilung vom Spital in die Altersheime statt. Damit hat sich das institutionelle Sterben zum Sterben innerhalb der Institutionen verschoben. (ibid., S. 472)

Eine vom BFS im Jahr 2009 publizierte Studie bestätigt diesen Trend. Die Erhebung belegt, dass 85 Prozent der registrierten Todesfälle von Menschen ab dem 75. Altersjahr in Spitälern oder Pflegeheimen erfolgen. Diese Prozentzahl erhöht sich bei 90-jährigen Personen auf 95 Prozent. (BFS, 2009a, S. 4) Laut Medienmitteilung stammen die Daten dieser Studie aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser von 1999 bis 2007 sowie der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Hierbei handelt es sich um Referenzdaten für die ganze Schweiz im Jahr 2007. (BFS, 2009b, S. 2)

Fokussiert man auf alle Alterskategorien, zeigen sich folgende Sterbeorte (vgl. Abbildung 4):

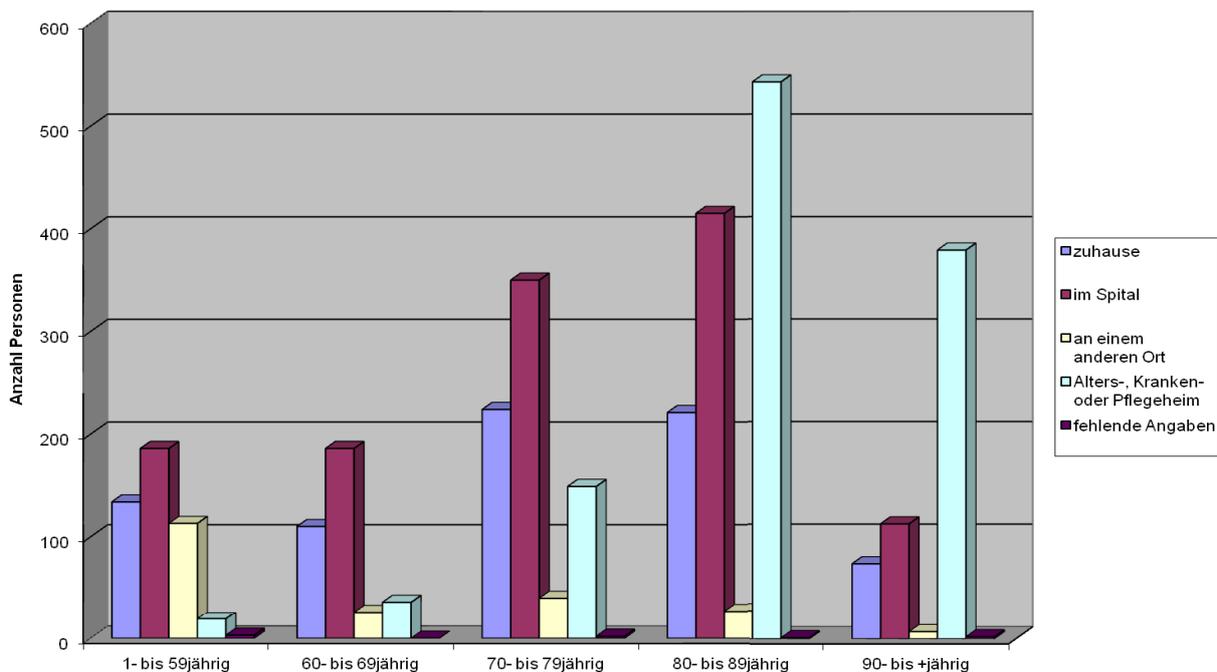


Abbildung 4: Sterbeorte gemäss Alterskategorien (Fischer et al., 2004, S. 470, eigene Darstellung)

In der Alterskategorie der 70- bis 79-Jährigen erfolgt der Tod am häufigsten im Spital, am zweithäufigsten zuhause und an dritter Stelle im Alters-, Kranken- oder Pflegeheim. Der Sterbeort Spital unterscheidet sich nur geringfügig in den beiden Alterskategorien der 70- bis 89-Jährigen, während der Anteil der zuhause Verstorbenen im Alter von 80- bis 89jährig geringer ausfällt. (Fischer et al., 2004, S. 470)

Bei Personen im Alter von 80 bis 89 Jahren verändern sich die Sterbeorte. Das Alters-, Kranken- oder Pflegeheim erfährt eine markante Zunahme und steht damit an erster Stelle. Auf Position zwei findet sich das Spital, während der Anteil der zuhause Verstorbenen abnimmt. Die Rangierung der Sterbeorte für Menschen ab 90 Jahren bleibt analog zu derjenigen der 80- bis 89-Jährigen. Eine Veränderung ist einzig in der Anzahl der jeweiligen Todesfälle zu erkennen. Somit zeigt sich, dass vor allem Menschen ab 80 Jahren im Alters-, Kranken- oder Pflegeheim sterben. (ibid.)

Betrachtet man die Sterbeorte im Jahr 2001 in der Schweiz geschlechtsspezifisch, so zeigen sich die in Tabelle 2 ersichtlichen Unterschiede, die jeweils prozentual angegeben sind:

	<b>Sterbeort: Total</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
Spital	37,2 %	52,8 %	47,2 %
Alters-, Kranken- und Pflegeheim	33,5 %	33,1 %	66,9 %
Zuhause	22,7 %	60,6 %	39,4 %
An einem anderen Ort	6,3 %	70,1 %	24,9 %

Tabelle 2: Geschlechtsspezifische Sterbeorte (Fischer et al., 2004, S. 470, eigene Darstellung)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Männer vorwiegend zuhause oder an einem anderen Ort versterben, während im Alters-, Kranken- oder Pflegeheim mehr Frauen als Männer sterben. Fischer et al. (2004) merken dazu an, dass vor allem verwitwete, geschiedene, alleinstehende betagte oder hochbetagte Frauen im Altersheim versterben, die der Unterschicht angehören (S. 468).

### 3.3. Vergleich zwischen Wunsch und Wirklichkeit des Sterbeortes zuhause

In Kapitel 3.1 wurde der Wunsch der schweizerischen Wohnbevölkerung bezüglich ihres präferierten Lebens- und Sterbeortes dargelegt. In Kapitel 3.2 erfolgten detaillierte Informationen zur Situation der realen Sterbeorte in der Schweiz. Rekapitulierend zeigt sich im Vergleich die folgende Tatsache, die in Abbildung 5 als Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit dargestellt wird:

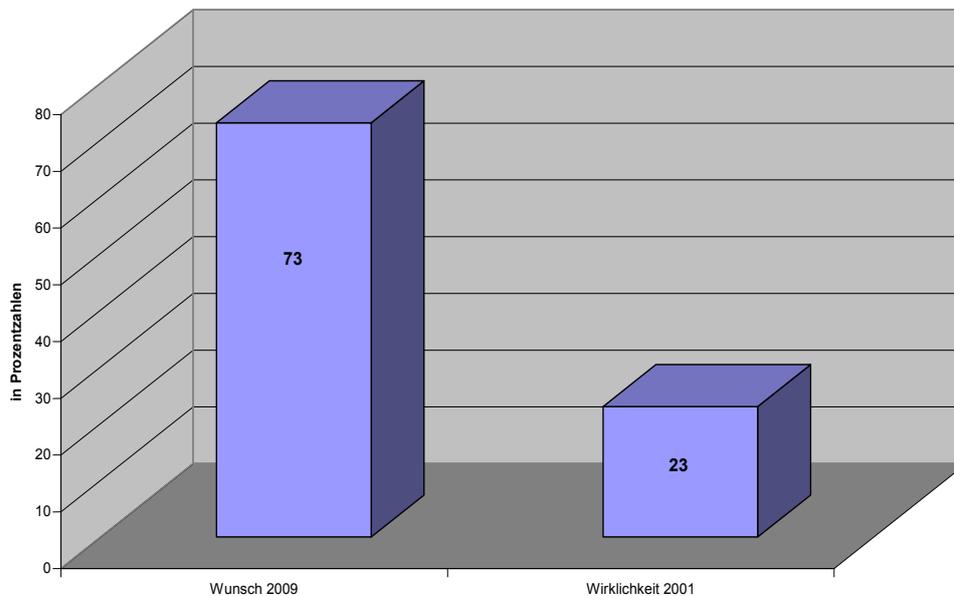


Abbildung 5: Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit (GfK Switzerland AG, 2009, S. 40 und Fischer et al., 2004, S. 469, eigene Darstellung)

Im Jahr 2009 wünschten sich 73 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung ein Sterben zuhause, während dies 2001 effektiv nur für 23 Prozent möglich war. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit ist hier also markant. Anzumerken gilt zudem, dass diese Referenzzahlen aus den Jahren 2001 und 2009 auf dem aktuellsten verfügbaren Datenmaterial für die Schweiz beruhen. Die zeitliche Differenz von rund acht Jahren ist also aufgrund fehlender Erhebungen strukturell bedingt.

Die aufgezeigte deutliche Diskrepanz wirft die Frage nach den diesbezüglichen Ursachen auf, die dazu beitragen. Möglichen Erklärungen, die zu diesem grossen Unterschied zwischen Wunsch und Realität vieler hochaltriger Menschen führen, wird nun im folgenden Kapitel 4 nachgegangen.

#### 4. Ursachen der Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit

In Kapitel 3 wurden der Wunsch hochaltriger Menschen, bis zum Tod zuhause zu leben sowie die realen Sterbeorte vergleichend dargestellt. Dabei wurde eine deutliche Diskrepanz sichtbar. Möglichen Ursachen für diese Diskrepanz wird nun im folgenden Kapitel nachgegangen.

Die Lebenssituation hochaltriger Menschen ist durch ihre Lebensgeschichte sowie den Erfahrungen eines langen Lebens geprägt (Höpflinger, 2011, S. 39). In Abbildung 6 werden einige Faktoren dargestellt, die sowohl den Lebensverlauf wie auch die Lebensumstände im hohen Alter mitbestimmen. Zum äusseren Kreis zählen neben der genetischen Ausstattung einer Person und dem Aspekt Gender ihre Nationalität, Sozialisation, Bildung und Erwerbsbiographie sowie allfälliges Wohneigentum sowie der Wohnkanton. Diese Faktoren beeinflussen diejenigen sechs Bereiche, die im mittleren Kreis abgebildet sind. Die Bereiche beinhalten bio-psychologische Faktoren, Einkommen und Vermögen, Wohnverhältnisse, Familie und private Netzwerke, die Finanzierung von Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit sowie ambulante Versorgungsstrukturen.



Abbildung 6: Modell möglicher Einflussgrößen auf Lebe- und Sterbeorte (eigene Darstellung)

Um die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit zu ergründen, wird im Folgenden diesen sechs Bereichen nachgegangen, wobei es im Bereich der bio-psychologischen Faktoren um Alterungsprozesse, Krankheiten sowie Hilfe- und Pflegebedarf geht. Zum Bereich Vermögensverhältnisse zählen Einkommen und Vermögen hochaltriger Personen. Wohnverhältnisse, z.B. die Geeignetheit einer Wohnung für das Leben im hohen Alter, werden im dritten Bereich behandelt, bevor der Bereich der Familie und des privaten, informellen Netzwerks, das zur Unterstützung bereitsteht, beleuchtet werden. Als weitere Bereiche folgen das professionelle Unterstützungsnetz sowie die ambulanten Versorgungsstrukturen, die beschrieben werden. Als letzter Bereich wird die Finanzierung des späten Lebens zuhause resp. derjenigen Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit durch die Geldleistungen aus dem Sozialversicherungssystem betrachtet.

Die oben genannten Bereiche werden, wie dies Abbildung 6 zeigt, durch die Aspekte des äussersten Kreises während des ganzen Lebensverlaufs mitgeprägt und sind dementsprechend auch im hohen Alter wirksam. Abbildung 6 soll des Weiteren zeigen, dass die Ursachen, die zur Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit der Lebe- und Sterbeorte führen, multikausal bedingt, also auf mehreren Ebenen (mehrniveaunal) zu vermuten sind. Die Autorinnen ergründen daher die Diskrepanz auf der Mikroebene - also auf der Ebene des Individuums und seiner Ausstattung - als auch auf der Ebene der Beziehungen und des Austauschs mit anderen (Mesoebene) sowie schliesslich aufgrund gesellschaftlicher Verhältnisse resp. Strukturen (Makroebene). (Beat Schmocker, 2011a, S. 19)

Auf der Ebene des Individuums wird insbesondere auf die Ausstattung fokussiert. Als „zentrale Ausstattungsdimensionen eines Menschen“ definiert Silvia Staub-Bernasconi (1998) einerseits die körperliche Ausstattung (z.B. Gesundheit), andererseits die sozioökonomische und sozialökologische Ausstattung. Zur sozioökonomischen Ausstattung zählen u.a. Bildung, Einkommen und Vermögen, zur sozialökologischen beispielsweise die Wohnsituation und das Wohnumfeld. Weiter führt Staub-Bernasconi die Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen an, zu der - auf der Grundlage der Gehirnfunktionen basierendes - Fühlen, Wahrnehmen, Bewerten, Ziele setzen etc. subsumiert werden. Weiter beschreibt sie die symbolische Ausstattung, also das Verfügen über Wissen sowie die Ausstattung mit Handlungskompetenzen. Ebenso führt sie die Ausstattung mit „informellen und formellen sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften“ an. (S. 15-17)

Auf der Mesoebene, also der Ebene des Individuums und seiner Beziehungen, wird das informelle Unterstützungsnetz, in das hochaltrige Menschen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eingebunden sind, näher betrachtet. Auf der Makroebene geht es schliesslich bei einem Hilfe- und Pflegebedarf um das professionelle Unterstützungsnetz als gesellschaftlich vorgege-

bene Versorgungsstruktur und – ebenso gesellschaftlich vereinbart – die Finanzierung dieses entsprechenden Lebens zuhause durch Sozialversicherungen.

Generell folgt Kapitel 4 den drei Ebenen Mikro, Meso und Makro. Es gilt jedoch einzuschränken, dass einzelne ursächliche Bereiche, welche die Verwirklichung des Wunsches erschweren, zuhause leben zu bleiben, sowohl die Mikroebene (z.B. Töchter und Söhne als Ausstattung) als auch die Mesoebene (z.B. Familie als Unterstützungsnetz, mit der Austauschbeziehungen bestehen) betreffen können.

#### **4.1. Alterungsprozesse, Krankheit sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (Mikroebene)**

Als erster Bereich der Ursachen für die Diskrepanz zwischen dem Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben und der Wirklichkeit der realen Lebens- und Sterbeorte wird der Blick auf das Individuum (Mikroebene) gerichtet. Durch Alterungsprozesse und Krankheiten sind Gesundheit und Erkenntnis Kompetenzen als zentrale Ausstattungsdimensionen gefährdet, was sich u.a. auch in der *funktionalen Definition* von Hochaltrigkeit gemäss Höpflinger (2011) zeigt (vgl. 2.2). Denn diese Gefährdung widerspiegelt sich in altersbezogenen körperlichen oder kognitiven Einschränkungen, die zu bedeutsamen Einschränkungen und Anpassungen im Alltag zwingen (ibid., S. 38), und zu einem Hilfe- und/oder einen Pflegebedarf führen können.

##### **4.1.1. Alterungsprozesse und Krankheiten im Alter**

Altern wird in der Fachliteratur als komplexer, mehrdimensionaler und sich im Verlauf der Lebenszeit vollziehender Prozess beschrieben. Alterungsprozesse gestalten sich einerseits höchst individuell, weisen andererseits aber auch Gemeinsamkeiten auf. Alterungsprozesse umfassen psychische und seelisch-geistige Dimensionen und sind durch soziale oder ökologische Umstände beeinflusst, in denen ein Mensch lebt. (Hilarion G. Petzold, Erika Horn & Lotti Müller, 2011, S. 10).

Bereits in Kapitel 1.1 wurde die Entwicklung der Lebenserwartung ausgeführt. Generell leben Männer und Frauen gegenüber früherer Generationen nicht nur länger, sondern verbringen die längere Lebenszeit auch in besserer Gesundheit (Höpflinger et al., 2011, S. 35).

Das hohe Alter birgt dennoch das Risiko, dass eintritt, was Christoph Rott (2011) derart beschreibt: Je älter eine Person ist, umso stärker ist sie mit Defiziten (Verlust von Seh- und Hörfähigkeit, Einschränkungen der Gehfähigkeit, reduzierte Stärke, abnehmende Gesundheit

und Intelligenz) konfrontiert. Sie befindet sich in einer Lebensphase, in der sie zunehmend vulnerabel, also verletzlich ist. Fertigkeiten und Fähigkeiten, die helfen würden, die Defizite zu kompensieren, nehmen laufend ab. (S. 59)

Christina Ding-Greiner und Erich Lang (2004) beschreiben Alterungsprozesse als fortschreitend und nicht umkehrbar. Sie wirken sich auf den Organismus mehr und mehr schädigend aus, sind indes normal und nicht krankhaft. (S. 184) Der Abbauprozess des Organismus beginnt bereits ab dem vierten Lebensjahrzehnt. Im Verlauf des Alterungsprozess ist z.B. die Reduktion der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems und der Lunge markant. Bei älteren Menschen verringert sich die Herzleistung bis zu 50 Prozent, die Leistung der Lunge und des Atmungsapparats bis zu 70 Prozent. Deutlich reduzieren sich auch die Muskelmasse (minus 30 Prozent) sowie die Muskelkraft im Alter. Die Kraft in den Händen verringert sich um bis zu 45 Prozent, Frauen verlieren zudem mehr Kraft in den Beinen als Männer. Schliesslich sind auch die Sinnesorgane – allen voran Augen und Ohren – von Alterungsprozessen betroffen; die Sehschärfe verändert sich oder hohe und tiefe Frequenzen werden nicht mehr gehört. (Ding-Greiner & Lang, 2004, S. 189-195)

Ebenso verringern sich die Hirnleistungen: Die Verarbeitung von Informationen erfolgt langsamer, die Fähigkeit zu logischem Denken sowie die räumliche Vorstellungskraft nehmen ab. Hingegen bleibt manches Wissen – z.B. sprachliches Wissen, Erfahrungswissen – länger erhalten. Dennoch sind im hohen Alter vor allem Mehrfachanforderungen schwerer zu bewältigen. Müssen also gleichzeitig mehrere Vorkommnisse, die Aufmerksamkeit verlangen, koordiniert und verarbeitet werden, gelangen viele ältere Personen an ihre Grenzen. (Kruse & Wahl, 2010, S.117-122)

Kruse und Wahl (2010) weisen zudem auf die Tatsache hin, dass der Bildungsstand die Leistungsfähigkeit des Gehirns bis ins hohe Alter beeinflusst. Bildung schützt das Hirn einerseits vor vorzeitigem Abbau, andererseits erlaubt die Ausstattung mit mehr erworbenen geistigen Ressourcen, sich während des ganzen Lebens bis ins höhere Alter weitere Ressourcen zu beschaffen. Dementsprechend heben Kruse und Wahl hervor: „Wer hat, dem wird gegeben“. (S. 126) Generell leiden ältere Menschen mit tieferem Bildungsniveau unter mehr körperlichen Beschwerden als Personen mit höherer Bildung. (Höpflinger et al., 2011, S. 41)

Von normalen Alterungsprozessen unterschieden werden altersabhängige Krankheiten und Krankheiten, die im höheren Alter häufiger auftreten und als Alterskrankheiten bezeichnet werden. Ebenso einschneidend für alte Menschen können sich Erkrankungen wie beispielsweise Grippe oder Lungenentzündung auswirken, die in jungen Jahren vom Organismus gut verkräftet, nun aber schnell lebensbedrohlich werden. (Ding-Greiner & Lang, 2004, S. 195-196)

Altersabhängige Krankheiten sind jene Erkrankungen, die eng mit dem Alterungsprozess verbunden sind. Zu ihnen zählen Arteriosklerose, Arthrose oder Osteoporose. In Abgrenzung zum normalen Alterungsprozess treten sie dann als Krankheit zutage, wenn sie das übliche Mass des Abbauprozesses überschreiten. (ibid., S. 195)

Als typische Alterserkrankungen treten am häufigsten Herzinsuffizienz und andere Herzerkrankungen sowie ein erhöhter Blutdruck auf. Alte Menschen sind auch in einem beträchtlichen Ausmass von Diabetes, Erkrankungen der Wirbelsäule, Krebs oder Veränderungen des Immunsystems betroffen. (ibid., S. 196-197) Häufig treten auch Einschränkungen der Gehfähigkeit auf (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 7). Als besonderes Risiko erweisen sich Stürze. Von den über 90-Jährigen stürzen über 50 Prozent mindestens einmal pro Jahr, was Oberschenkelhalsbrüche oder andere Frakturen zur Folge haben kann (Ding-Greiner & Lang, 2004, S. 196).

Auch die Demenz nimmt im Alter deutlich zu (ibid., S. 196-197). Dies bestätigen ebenfalls Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger und Christian Suter (2008): „Im hohen Lebensalter steigt nicht allein das Risiko körperlich-funktionaler Einschränkungen, sondern auch die Häufigkeit hirnorganischer Störungen, und gut ein Drittel der über 90-Jährigen leidet an demenziellen Erkrankungen“ (S. 221).

Dem Thema Demenz wird in der Literatur bezüglich Alter und Hochaltrigkeit ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Die Veränderungen des alten Menschen durch eine Demenz sind bei fortschreitender Erkrankung oft so einschneidend, dass daraus grosse alltagsbezogene Einschränkungen für die Betroffenen resultieren (Höpflinger et al., 2011, S. 62).

Im Alter treten depressive Symptome häufig auf, was einerseits die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und andererseits andere bestehende gesundheitliche Probleme verstärken kann. Depressionen im Alter erhöhen zudem das Suizidrisiko, vor allem bei Männern. (ibid., S. 39)

Im Zusammenhang mit Hochaltrigkeit taucht oft der Begriff Morbidität auf. Damit wird die Häufigkeit einer bestimmten Krankheit (z.B. Diabetes) in Bezug auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe (z.B. ältere Menschen) angegeben (ibid., S. 34). Morbidität bezieht sich meist auf chronisch-irreversible Erkrankungen, im Gegensatz zu akuten Erkrankungen wie z.B. einer Grippe. Liegen mehrere Erkrankungen vor, an denen eine Person gleichzeitig leidet, spricht man von Multimorbidität. Multimorbidität tritt im hohen Alter vermehrt auf. Das Zusammenspiel der verschiedenen Erkrankungen bewirkt, dass sich Krankheitsverläufe von hochaltrigen Menschen komplex gestalten: „Gleichzeitig bestehende Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig, Symptome überlagern sich, und dies erschwert sowohl die Diagnostik als auch die Therapie“ (Ding-Greiner & Lang, 2004, S. 197).

Durch normale Alterungsprozesse, Morbidität und Multimorbidität sehen sich hochaltrige Menschen also mit abnehmenden Fertigkeiten, Fähigkeiten oder aber auch schwindender Muskelkraft konfrontiert. Sie werden unter Umständen hilfe- und/oder gar pflegebedürftig.

#### **4.1.2. Hilfebedürftigkeit und Hilfebedarf**

Die in Kapitel 2.4 eingeführte Definition von Hilfebedürftigkeit wird generell als „Hilfebedarf bei instrumentellen Aktivitäten des Alltagsleben“ verstanden (Höpflinger et al., 2011, S. 46). Wer hierbei in einem der acht sogenannten IADL-Bereiche - den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung, Waschen, Nutzung Transportmittel, Medikamenteneinnahme und Finanzverwaltung - nicht mehr selbstständig ist, wird gemäss Höpflinger et al. (2011) als stark hilfsbedürftig eingestuft (S. 46).

Der Hilfebedarf hochaltriger Menschen ist ausgeprägt, so dass sich 61 Prozent der zuhause lebenden 85-Jährigen und Älteren in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt fühlen (ibid., S. 41). Die selbständige Ausführung von alltagsrelevanten Tätigkeiten kann durch sensorische Einschränkungen wie Seh- und Hörbehinderungen oder durch reduziertes Gehvermögen stark beeinträchtigt oder sogar verunmöglicht sein. Verminderte Sicht erschwert z.B. sowohl das Einkaufen, Putzen, Kochen als auch die Erledigung von administrativen Belangen. Auch Hausarbeiten, die Kraft erfordern, können weniger gut ausgeführt werden. Für den Alltag als gravierend erweisen sich Geheinschränkungen. Sie reduzieren die Mobilität einerseits innerhalb des eigenen Zuhauses und somit die Haushaltsführung, sowie andererseits ausserhalb. So lässt sich der Gang zum Laden oder zur Ärztin resp. zum Arzt kaum mehr ohne Hilfe bewältigen. Auch das Wahrnehmen ausserhäuslicher sozialer Kontakte bedingt die Unterstützung Dritter. Geheinschränkungen können sogar dazu führen, dass basale Alltagsaktivitäten (ADL) nicht mehr selbständig ausgeführt werden können. Gehbehinderungen bewirken deshalb häufig, dass ein Umzug in eine institutionelle Wohnform, z.B. in ein Alters- oder Pflegeheim erforderlich wird, wobei verminderte Gehfähigkeit bei allein lebenden Männern schneller zu einem Eintritt in ein Heim führt als bei Frauen. Vermutet wird, dass Frauen gewohnt sind, Haushaltsarbeiten auch unter erschwerten Umständen auszuführen. Generell sind bei den 85-Jährigen und Älteren mehr Frauen von Geheinschränkungen betroffen als Männer. (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 6-7)

Ein weiterer, die instrumentellen Fertigkeiten beeinträchtigender Faktor kann die reduzierte kognitive Leistung sein. Besonders stark tritt dies bei dementiellen Veränderungen des Gehirns zutage. Aber bereits kognitive Einbussen aufgrund des normalen Alterns schränken die instrumentellen Fähigkeiten ein; Tätigkeiten wie das Regeln der Finanzen, das Ausfüllen

komplizierter Steuererklärungsformulare oder die Nutzung des öffentlichen Verkehrs werden schwieriger zu bewältigen. Kruse und Wahl (2010) fassen diese Situation folgendermassen zusammen: „Es stehen uns im Alter gerade jene Ressourcen, nicht zuletzt kognitive, die wir eigentlich am meisten bräuchten, um den Alltagsanforderungen zu genügen, immer weniger effizient zur Verfügung“ (S. 123). Gleichzeitig weisen sie aber auch darauf hin, dass sich die kognitiven Verluste im Alltag - selbst von hochaltrigen Menschen - lange Zeit weniger stark als erwartet negativ auswirken. Denn viele Handlungen und Abläufe geschehen automatisiert und noch lebende Ehepartner unterstützen oder ersetzen teils das eigene, nachlassende Gedächtnis. Zudem wird die Häufigkeit von Handlungen eingeschränkt, so dass beispielsweise weniger oft geduscht wird. (ibid., S. 123-124)

Dennoch bekräftigen Höpflinger et al. (2011), dass der Hilfebedarf alter Menschen bei instrumentellen Aktivitäten ausgeprägt ist (S. 44). Sie verweisen zudem darauf, dass Personen mit tiefer Bildung bei den instrumentellen Tätigkeiten stärker eingeschränkt sind als Personen mit mittlerer oder tertiärer Bildung. „Die Fähigkeit im Alter instrumentelle Aktivitäten zu erfüllen, ist bildungsabhängig bzw. von den kognitiven Fähigkeiten abhängig. Dies gilt in besonders starkem Masse für finanzielle Fragen, aber auch bezüglich selbständigen Einkaufens“. (ibid., S. 45)

Ein Hilfebedarf bei instrumentellen Aktivitäten kann einerseits durch technische Hilfsmittel wie Lift, Rollstuhl, Einkaufen via Internet etc. teilweise kompensiert werden, andererseits verlangt er nach Hilfe durch ein Unterstützungsnetz bestehend aus Angehörigen, Freundeskreis, aber auch professioneller Hilfe, wenn das informelle Netz den Bedarf nicht abdecken kann. Gerade bei Hilfeleistungen in instrumentellen Aktivitäten stellt sich bald die Frage nach ihrer Finanzierung, da diese oft nicht durch die Krankenkassen (vgl. 4.6) abgegolten werden. (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 9)

#### **4.1.3. Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf**

Pflegebedürftigkeit wird in Bezug auf die basalen Aktivitäten des alltäglichen Lebens definiert (ADL; essen, ins Bett gehen oder aufstehen, sich an- oder ausziehen, verrichten der Notdurft, baden oder duschen, sich fortbewegen, Kontakt mit anderen aufnehmen). Wer die basalen Tätigkeiten in mindestens einem Bereich nicht mehr selbständig ausführen kann, gilt als pflegebedürftig. (Höpflinger et al., 2011, S. 46) Pflegebedürftigkeit bedeutet meist eine sehr grosse Einschränkung in der Alltagsgestaltung. Wer die basalen Alltagsaktivitäten nicht mehr selbständig ausführen kann, ist in hohem Mass auf die Hilfe anderer Personen angewiesen.

Kruse und Wahl (2010) bezeichnen Einschränkungen der basalen Aktivitäten bei zu Hause lebenden Personen vor dem 80. Altersjahr als ein eher seltenes Ereignis, das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Einschränkungen als noch seltener (S. 183). Höpflinger et al. (2011) bestätigen, dass die Mehrheit der 85-Jährigen und Älteren, die noch zuhause lebt, in ihrer Ausführung der basalen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt ist. Sie mutmassen aber, dass es sich bei dieser Mehrheit bereits um eine Auswahl von Personen handelt, die eben nicht eingeschränkt ist. Für die meisten Hochaltrigen, die basale Alltagsaktivitäten nicht mehr selbstständig bewältigen können, bedeutet dies meist den Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim, sodass sie nicht mehr unter der Kategorie ‚zuhause lebend‘ erfasst sind. (S. 43-44)

Perrig-Chiello et al. (2010c) weisen in ihrer Studie zu Spitexleistungen aus, dass im Jahr 2007 von den 85-jährigen und älteren, zuhause lebenden Menschen dennoch immerhin 12 Prozent stark pflegebedürftig, 6 Prozent mittel und 14 Prozent leicht pflegebedürftig waren (S. 6). Dies bedeutet, dass also längst nicht alle Personen, die in den ADL-Bereichen eingeschränkt sind, ihr Zuhause gewechselt haben.

Der Verbleib in den eigenen vier Wänden ist jedoch stark abhängig davon, welche der basalen Aktivitäten eingeschränkt sind. Am häufigsten sind Frauen und Männer, die trotz Pflegebedarf zuhause leben, auf Unterstützung beim Baden oder Duschen angewiesen und am seltensten beim Essen, denn wer dies nicht mehr selbstständig tun kann, lebt vermutlich wiederum bereits nicht mehr in den eigenen vier Wänden. (ibid., S. 8)

Vor allem für Alleinlebende, die nicht durch eine Person im selben Haushalt gepflegt werden, bedeutet Pflegebedürftigkeit meist den Übertritt in eine institutionalisierte Wohnform. Somit sind davon wiederum vor allem hochaltrige Frauen betroffen, deren Partner bereits verstorben sind, oder alleinstehende Männer und Frauen ohne Nachkommen. (ibid., S. 11)

Sowohl bei Hilfe- wie auch bei Pflegebedürftigkeit sind hochaltrige Menschen zunehmend auf die Unterstützung durch andere Personen angewiesen. Die selbstbestimmte Entscheidung über den Lebe- oder sogar den Sterbeort sowie die Umsetzung dieser Entscheidung ist einfacher zu bewerkstelligen, solange dies die körperliche Ausstattung erlaubt.

Der Verbleib zuhause ist jedoch nicht nur von der körperlichen Ausstattung abhängig, sondern auch von den finanziellen Ressourcen. Diese werden im nächsten Kapitel thematisiert.

## **4.2. Einkommen und Vermögen hochaltriger Personen (Mikroebene)**

Als sozioökonomische Ausstattung des Individuums nennt Staub-Bernasconi (1998) u.a. Bildung, Arbeit, Einkommen und Vermögen (S. 15). Deshalb ist das folgende Kapitel dem Thema Einkommen und Vermögen hochaltriger Personen gewidmet, da dies einen Einfluss auf den Lebe- und Sterbeort haben kann. Zudem sind sowohl Einkommen als auch Vermögen im hohen Alter ebenfalls durch die in der Vergangenheit genossene Bildung sowie die Erwerbslaufbahn massgeblich mitgeprägt.

### **4.2.1. Einkommenssituation hochaltriger Personen**

Die wirtschaftliche Lage vieler alter Menschen hat sich in den letzten Jahren im Allgemeinen verbessert. Zu verdanken ist dies der „Wohlstandssteigerung und einem Ausbau der Altersversorgung“ (Höpflinger, 2009, S. 39). Jedoch bestehen weiterhin „bedeutende Unterschiede zwischen wohlhabenden und einkommensschwachen älteren Menschen“ (ibid., S. 43).

Das Einkommen in den Lebensjahrzehnten nach der Pensionierung machen hauptsächlich die Renten aus der Altersvorsorge aus. Das sind zum einen diejenigen der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), zum anderen diejenigen aus der Beruflichen Vorsorge (BV). (ibid., S. 41) Gemäss Höpflinger stammt bei Personen ab 75 Jahren der weitaus grösste Teil des Einkommens aus der Rente der 1. Säule, der AHV also. Bei Personen über 75 Jahre beträgt der AHV-Einkommensanteil fast 50 Prozent. Deutlich weniger Einkommen generieren sie aus der 2. Säule, der BV. (ibid.) Dies wird dem Umstand zugerechnet, dass das Obligatorium zur 2. Säule erst 1985 in Kraft trat und somit heutige hochaltrige Menschen keine oder wesentlich tiefere Beiträge als später geborene und erwerbstätige Personen generieren konnten. (ibid., S. 45) Nach Philippe Wanner (2008) erlangen die ältesten Rentnerinnen und Rentner sogar 60 Prozent ihres Einkommens aus der Rente der AHV (S. 139). Wanner betont, dass 80- bis 90-Jährige überproportional häufig zu dieser Gruppe gehören. Rund 72 Prozent davon sind alleinstehende Frauen, 18 Prozent alleinstehende Männer (ibid.)

Für die Einkommenssituation vieler heutiger hochaltriger Menschen scheint die private Vorsorge (3. Säule) resp. die entsprechenden Renten einen geringen Stellenwert einzunehmen. Zu dieser Aussage kommen die Autorinnen aufgrund der verfügbaren Daten zu Einkommen aus der 1. und 2. Säule. Diese Daten beziehen sich jedoch auf Personen ab 65 Jahren insgesamt, erfahren also keine Differenzierung in Altersgruppen wie z.B. derjenigen der Hochaltrigen. So stammen 82 Prozent des Einkommens der 65-jährigen und älteren Personen im Jahr 2004 aus AHV und BV, 13 Prozent aus Vermietung und Vermögenseinkommen (Zinsen, Dividenden etc.) und nur 5 Prozent aus anderen Einkommen. (Höpflinger, 2009, S. 41)

Innerhalb der Altersgruppe der 65-jährigen und älteren Personen verfügen hochbetagte Menschen insgesamt über das tiefste Gesamteinkommen (Philippe Wanner & Alexis Gabadinho, 2008, S. 29). Wanner und Gabadinho (2008) betonen dabei, dass sich das Risiko geringer finanzieller Mittel ohne Renten der 2. und 3. Säule um das Sechsfache erhöht (S. 18-19).

Fehlen, wie oben bereits beschrieben, Einkommen aus der 2. und 3. Säule – was für viele hochaltrige Personen Realität ist – so reicht die AHV-Rente häufig nicht aus, um alle Kosten zu decken. Wanner (2008) merkt in diesem Zusammenhang an, dass die maximale Altersrente der 1. Säule nur unwesentlich von der allgemein gültigen Armutsgrenze entfernt angesiedelt sei (S. 138).

Bezeichnet Höpflinger (2009) die Unterschiede unter AHV-Rentnerinnen und -Rentner – ohne eine Eingrenzung auf Hochaltrige zu machen – bezüglich des Einkommens bereits als gross, so bewertet er diese in Bezug auf das Vermögen als noch markanter (S. 44-45).

#### **4.2.2. Vermögenssituation hochaltriger Personen**

Laut Höpflinger (2011) verfügt einerseits eine ausgewählte Gruppe hochaltriger Personen über beträchtliches Vermögen, andererseits können andere Hochaltrige (fast) keine Vermögenswerte vorweisen (S. 42). Diese sozioökonomischen Unterschiede haben im hohen Alter u.a. Auswirkungen auf den Verbleib im bisherigen Zuhause.

Zum Vermögen zählen nebst Geldwerten in Form von Sparkonten, Obligationen, Aktien u.a. auch Lebensversicherungen, Immobilien etc., wobei hier generell zwischen Brutto- und Nettovermögen unterschieden werden muss. Das Bruttovermögen bezieht sich auf alle Vermögenswerte ohne Abzug von Schulden, Nettovermögen hingegen bezeichnet das Vermögen nach Abzug von Schulden. (Wanner & Gabadinho, 2008, S. XX [sic!])

Wie bereits erwähnt, hat sich die wirtschaftliche Lage alter sowie hochaltriger Menschen in den letzten Jahrzehnten generell verbessert (Höpflinger, 2009, S. 39). Wanner und Gabadinho (2008) sprechen gar von einem positiven Zusammenhang zwischen Alter und Vermögen, der sich bei Personen bis zum Alter von 69 Jahren aufgrund der Daten zahlenmässig ausweisen lässt. Für die Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen geben die Autoren zwar abnehmende, aber durchschnittlich immer noch hohe Vermögenswerte an. (S. 48) Auch die Art des Vermögens verändert sich über der Altersgrenze von 80 Jahren deutlich: Sparkonten und kurzfristig liquide zu machende Vermögensanlagen nehmen zu, Immobilienbesitz und Lebensversicherungen nehmen hingegen ab. Vermutet wird, dass Immobilien als Erbe bereits an Kinder übergeben wurde (Wanner & Gabadinho, 2008, S. 50-51)

Trotz dieses positiven Bildes über die wirtschaftliche Situation erinnern auch Wanner und Gabadinho (2008) daran, dass die Gruppe derjenigen, die über wenig oder kein Vermögen verfügen, nicht vergessen werden darf. Jede zehnte Person gibt an, kein Vermögen zu haben, jede zweite hat gar Schulden. (S. 52) Hierbei ist aber einzuschränken, dass bei diesen Aussagen nicht nach Alter unterschieden wird. Wanner (2008) weist sogar darauf hin, dass die Höhe der Schulden bei Rentnerinnen und Rentnern tiefer als bei erwerbstätigen Personen liegt, was auf die Amortisation von Hypotheken zurückzuführen ist (S. 139 - 140).

Im Kontext dieser Bachelorarbeit wird durch hochaltrige Personen selbst bewohntes Wohneigentum besonders relevant, erhöht doch der Besitz von Wohneigentum zum einen die Möglichkeit, bis zum Tod zuhause zu leben (vgl. 4.3). Zum anderen bestehen gerade durch den Besitz von Wohneigentum zwar Vermögenswerte, die jedoch durch Hypotheken belastet sein können, weshalb daraus unter Umständen nur ein geringes oder sogar ein Nettovermögen im Minus resultiert. Teilweise können Hypotheken höher sein als der Steuerwert eines Hauses oder einer Wohnung. (Wanner & Gabadinho, 2008, S. 52)

Bei aufkommender Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit ist dann zwar Vermögen vorhanden, aber es kann nicht zur Bezahlung allfälliger Unterstützungsleistungen verwendet werden, da es in der Immobilie gebunden ist. So geschieht, worauf u.a. Höpflinger (2009) hinweist, nämlich, dass Wohneigentum unter Umständen verkauft werden muss (S. 47).

Ein relevanter Zusammenhang besteht auch zwischen Wohneigentum und dem Anspruch auf Ergänzungsleistungen der AHV und IV (EL). Unter Umständen kann der Besitz von Wohneigentum bewirken, dass Personen trotz wenig Einkommen aufgrund von Vermögen in Form einer Wohnung oder eines Hauses keine EL erhalten (ibid.).

#### **4.2.3. Anspruch auf EL bei geringen finanziellen Mitteln**

Zusammenfassend führen Wanner und Gabadinho (2008) aus, dass Personen ab 25 bis 44 Jahren sowie im hohen Alter ab 80 Jahren am meisten durch geringe finanzielle Mittel gefährdet sind (S. III). Die untenstehende Abbildung 7 zeigt die prozentuale Verteilung des Anteils der Personen, die ein Risiko für geringe finanzielle Mittel aufweisen. Je höher also ein Balken dargestellt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diejenige Altersgruppe über geringe finanzielle Mittel – als Summe von Einkommen und Vermögen – verfügt. (Wanner, 2008, S. 141) Deutlich wird, dass Personen im hohen Alter ein erhöhtes Risiko tragen.

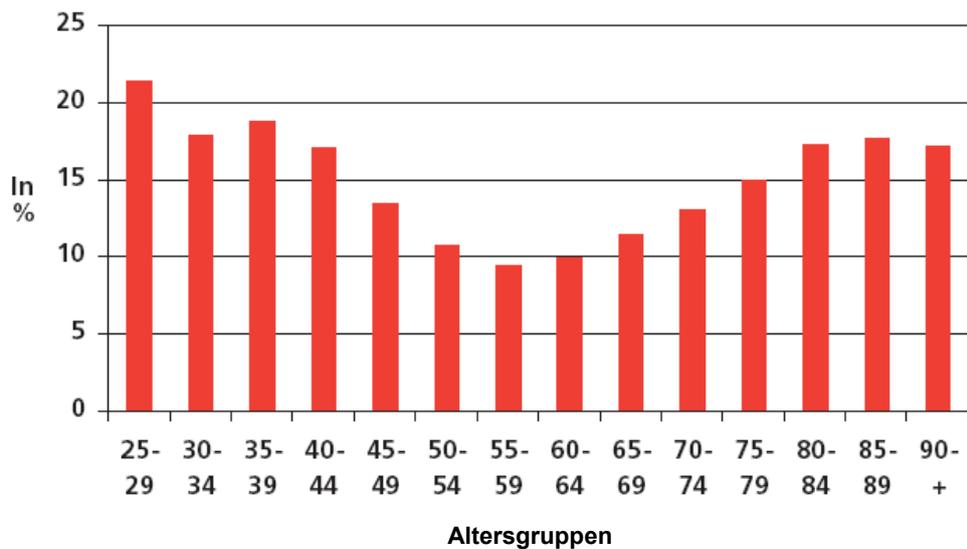


Abbildung 8: Prozentuale Verteilung des Risikos geringer finanzieller Mittel nach Altersgruppen (Wanner, 2008, S. 141)

Das BFS bestätigt, dass hochaltrige Personen „ein erhöhtes Armutsrisiko tragen“ (zit. in Höpflinger, 2009, S. 44). Höpflinger (2009) verweist zudem darauf, dass „Pflegebedürftigkeit im Alter zur Verarmung beitragen kann“ (ibid.).

Reichen die AHV-Rente und andere Einkommensquellen nicht zur Deckung des Existenzbedarfs, besteht ein Rechtsanspruch auf EL. Dieser Rechtsanspruch ist mittels eines Formulars bei der zuständigen Ausgleichskasse zu beantragen. Zur Berechnung des Anspruchs werden die anerkannten Ausgaben dem Einkommen gegenübergestellt. Zum Einkommen zählt auch ein prozentualer Anteil des verbleibenden Vermögens nach Abzug von Freibeträgen. Für alleinstehende Personen liegt der Freibetrag bei 37'500 Franken pro Jahr, für Ehepaare bei 60'000 Franken. Vom Vermögen, das diese Freibeträge übersteigt, werden zehn Prozent als Vermögensverzehr dem Einkommen angerechnet. Ergibt sich dennoch ein Fehlbetrag zur Deckung der anerkannten Ausgaben, erhält die Person EL. (Art. 9, Art. 10 & Art. 11, ELG) Insbesondere bei Wohneigentum kann diese Berechnung bewirken, dass trotz geringen finanziellen Mitteln, die liquid zur Verfügung stehen würden, kein Anspruch auf EL geltend gemacht werden kann (Höpflinger, 2009, S. 47). Zur Entschärfung dieser Situation wurden jedoch insbesondere für zuhause lebende Personen mit Hilfe- und/oder Pflegebedarf gesetzliche Anpassungen gemacht, die in Kapitel 4.6.4 unten dargestellt werden.

Die EL spielen vor allem bei finanziell schwach gestellten Personen eine elementare Rolle (Wanner & Gabadinho, 2008, S. IV). Gemäss Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV, 2011) erhielten im Jahr 2010 12 Prozent der Personen im Ruhestand eine EL (S. 2). Das sind per Ende 2010 insgesamt

168'200 Personen. Generell steigt mit dem Alter die EL-Quote. Im Gegensatz zu 7 Prozent der neuen Altersrentnerinnen und Altersrentner beziehen bereits 25 Prozent der 90-jährigen Personen eine EL. Der Grund liegt in der tendenziell zunehmenden Zahl an Heimeintritten (S. 5).

Es liegt in der Hoheit der Kantone - neben den EL des Bundes zur AHV und IV - weitere Beiträge auszurichten. Die Kantone nennen diese finanziellen Leistungen Beihilfen, ausserordentliche oder kantonale Ergänzungsleistungen. Der Zweck dieser zusätzlichen finanziellen Ausrichtung ist die Vergütung allfälliger Mehrkosten, die durch die EL zur AHV und IV nicht bezahlt werden. (BSV, 2011, S. 15)

Einkommen und Vermögen und wie bereits erläutert Wohneigentum haben Einfluss auf das Wohnen, weshalb in Kapitel 4.3 auf die Wohnverhältnisse von hochaltrigen Personen fokussiert wird. Dies geschieht im Hinblick auf die Fragestellung, welche Ursachen dazu führen, dass der Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben, nicht erfüllt werden kann. Generell ist hierbei Wohneigentum oder eine für das Leben im hohen Alter geeignete Wohnung auf der Mikroebene, nämlich der sozialökologischen Ausstattung einer Person, angesiedelt.

### **4.3. Wohnverhältnisse (Mikroebene)**

In der ersten ‚Beobachteraussage‘ des Jahres 2011 betont Jürg Keim zum Thema Wohnen im Alter (vgl. 3.1) Folgendes:

Fast alle Senioren haben den gleichen Wunsch: Sie möchten so lange wie möglich in der gewohnten Umgebung bleiben – dort nämlich, wo sie sich geborgen, verwurzelt fühlen und über Jahrzehnte ihr soziales Netz aufgebaut haben. Der Alltag innerhalb der eigenen vier Wände macht einen grossen Teil der Lebensqualität aus – das bemerkt man aber oft erst, wenn diese abhanden zu kommen droht. (S. 51)

Mit zunehmendem Alter gewinnen die eigenen vier Wände also an Bedeutung. Der Lebens- und Aktionsraum verkleinert sich, weshalb die eigene Wohnung vermehrt den zentralen Aufenthaltsort bildet. Zudem ist das Wohnen im Alter ausgeprägt lebensgeschichtlich gefärbt. Deshalb sind eine gute Passung und die „emotionale Übereinstimmung zwischen Person und Wohnung“ entscheidend für die Lebensqualität im hohen Alter. (Höpflinger, 2009, S. 113-115) Dass die Bedingungen des Wohnens die Lebensqualität elementar beeinflussen ist nachvollziehbar. Backes und Clemens (2008) weisen darauf hin, dass diesbezügliche Unge-

reimtheiten Auslöser von Belastungen, Unzufriedenheit und Auseinandersetzungen sein können (S. 233).

Ernst Hauri (2008) bestätigt, dass ältere Menschen wie bisher gewohnt wohnen wollen. Gleichzeitig macht er darauf aufmerksam, dass das nationale Instrument der Wohnbauförderung in den Jahren 1975 bis 2001 den altersgerechten Wohnungsbau zwar gefördert habe, sich dies in der Zwischenzeit jedoch geändert hat: „Der Bund betreibt Wohnbau heute nur noch auf kleinem Feuer“. (S. 1-2)

#### **4.3.1. Wohnbedürfnisse und Wohnraumanpassungen**

Die Wohnbedürfnisse hochaltriger Personen sind hochdifferenziell resp. individuell (Höpflinger, 2009, S. 113). Im hohen Alter sind sie zudem durch eine eventuelle Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit geprägt. Hauri (2008) nennt als bestimmende Faktoren für diese unterschiedlichen Wohnbedürfnisse die folgenden sechs: „Die Lebensphase und der Grad der Hilfebedürftigkeit, die finanziellen Möglichkeiten, die Herkunft, der gewohnte Lebensstil sowie die Einbindung in Verwandtschafts- und Bekanntschaftsnetze“ (S. 2). Höpflinger (2009) weist jedoch darauf hin, dass generell Alter nicht gleich Alter ist, weshalb sowohl Wohnformen wie auch Wohnbedürfnisse unterschiedlich sind und zudem die individuelle Lebensgeschichte die Wohnbedürfnisse prägt. Seiner Ansicht nach ist es deshalb relevant, dies immer zu berücksichtigen. (S. 16-17)

Ungeeignete Wohnräumlichkeiten und bauliche Hindernisse schränken sowohl die Selbstständigkeit als auch die Sicherheit von älteren Personen ein und bilden gleichzeitig eine Gefahrenquelle. Die ‚Fachberatung für altersgerechtes Bauen‘ (2011) weist dementsprechend beispielsweise auf zu schmale Türen, Schwellen, Treppen, falsche Toilettenhöhe, rutschige Bodenbeläge, mangelnde Beleuchtung, ungenügende Kontraste oder fehlende Haltegriffe hin (S. 1-2).

Sind Menschen stark gehbehindert, auf einen Rollator oder sogar auf einen Rollstuhl angewiesen, sind genügend Bewegungsfläche, ausreichende Durchgangsbreiten und die Beseitigung von Stufen elementar. Wichtig sind diesbezüglich auch befahrbare Duschen, höhenverstellbare Toiletten, rutschsichere Böden oder die Unterfahrbarkeit der Lavabos. Ebenso zum autonomen Wohnen gehört die Selbstversorgung, was eine praktische Küche voraussetzt. Bruno Peter (2009) listet neben geeigneten Geräten und deren Platzierung auch den konsequenten Einbau von Auszügen und Schubladen auf (S. 20-22).

In einem Interview mit zwei Sozialarbeiterinnen der Pro Senectute Zürich wurde den Autorinnen gegenüber zusätzliche Hindernisse wie fehlende Geh-/Stützhilfen, Toilettenringe, Dusch-WCs oder auch Treppenlifte genannt (13. September 2011).

Gemäss BFS (2005) bewohnen Seniorinnen und Senioren meist kleinere und ältere Wohnungen (S. 106). Wolfgang Voges und Melanie Zinke (2010) heben dementsprechend treffend hervor, dass sich mit dem Älterwerden der Personen resp. mit vermehrtem Hilfe- und Pflegebedarf die Ausstattungsmängel einer Wohnung erhöhen (S. 303). Dies macht Wohnanpassungen in unterschiedlichen Dimensionen notwendig. Für Höpflinger (2009) ist dieser Anpassungsbedarf in vielen Häusern und Wohnungen erwiesen (S. 78). Kleinere bis mittlere bauliche oder technische Massnahmen zur Unterstützung des selbständigen Wohnens bedingen gewisse Grundvoraussetzungen. Können beispielsweise zu kleine Räume oder Korridore vergrössert werden, damit sie rollstuhlgängig werden? Hat es sowohl für ein Pflegebett als auch für die pflegenden Personen genügend Platz resp. Freiraum? Wie realistisch sind bauliche Massnahmen in einer Küche, in einem Badezimmer?

In diesem Zusammenhang weist Höpflinger (2009) zudem darauf hin, dass die demografische Entwicklung mit einer markanten Zunahme der Anzahl hochaltriger Personen (vgl. 1.1) in Zukunft noch einen stärkeren Ausbau von altersgerechtem Wohnraum als heute erfordern werde, da bislang ein beträchtlicher Teil heutiger Wohnungen und Häuser „noch keineswegs auf das hohe Lebensalter ausgerichtet“ ist (S. 83).

Werden bauliche Wohnanpassungen nicht nur notwendig, sondern sind sie auch möglich, so sind diese einerseits von finanziellen Mitteln und andererseits vom Umstand abhängig, ob es sich hierbei um Wohneigentum oder um Mietobjekte handelt. Zur Befriedigung des Grundbedürfnisses Wohnen sind in der Schweiz grundsätzlich die Personen und Haushalte selbst verantwortlich. Der Mietanteil bei der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen liegt bei 57 Prozent und für die über 80-Jährigen bei 62 Prozent (BFS, 2005, S. 113). Im Gegenzug hält das Bundesamt für Wohnungswesen (BWO) fest, dass selbstbewohntes Wohneigentum in einem überdurchschnittlichen Mass im Besitz von Betagtenhaushalten vorzufinden ist (2005, S. 61).

Menschen mit Wohneigentum können über bauliche Anpassungen flexibler entscheiden. Die mietende Bevölkerung hingegen ist auf das Einverständnis der vermietenden Personen angewiesen. Felix Bohn (2007) merkt an, dass die Vermietenden oftmals Angst vor einer diesbezüglichen Wertverminderung der Immobilie haben, obwohl das Gegenteil zutrefte (S. 2).

Sicher ist, dass hindernisfreie Wohnungen das Unfallrisiko verringern und damit das autonome Wohnen von älteren Menschen verlängern. So gesehen sind Wohnanpassungen von tragender volkswirtschaftlicher Bedeutung, da Pflege- und Heilungskosten sowie eventuelle später nötige Heimeintritte eingespart werden können. (Felix Bohn, 2008, zit. in Andreas Huber, 2008, S. 173)

### 4.3.2. Wohnumgebung

Für das selbständige Wohnen im Alter und somit für den Verbleib in den eigenen vier Wänden sind nicht nur die Wohnräume im engeren Sinne, wie oben beschrieben, von Bedeutung, sondern auch die Umgebung. Kruse und Wahl (2010) sprechen von „menschenfreundlichen Umwelten“ und meinen damit, dass das Umfeld, in dem gewohnt wird, so gestaltet sein sollte, dass es für alle Menschen einen „ressourcenförderlichen (...) Charakter“ aufweist und somit auch den Möglichkeiten von hochaltrigen Menschen gerecht wird (S. 408-409).

In Umfragen zum Wohnen, auf die sich Höpflinger (2009) im ‚Age Report 2009‘ bezieht, wurden sowohl positive als auch negative Faktoren zur Wohnumgebung aus Sicht der älteren Wohnbevölkerung erhoben. Von den 80-jährigen und älteren Befragten fühlten sich 93 Prozent mit der aktuellen Wohngegend verbunden. Diese Verbundenheit kommt v.a. durch die Wohndauer am selben Ort zustande; sie senkt zudem die Bereitschaft zu einem Umzug deutlich. (S. 83-85)

Für alte Menschen von besonderer Bedeutung sind wohnortnahe Einkaufsmöglichkeiten, da sie unter Umständen nicht mehr gleich mobil (zu Fuss oder mit Verkehrsmitteln) sind wie in jüngeren Jahren (vgl. 4.1). In den oben genannten Umfragen äusserten sich 84 Prozent der befragten Personen ab 80 Jahren zufrieden mit ihren Einkaufsmöglichkeiten. Die Zufriedenheit variiert jedoch je nach Gemeindegrösse stark: Für 36 Prozent der Befragten, die in Gemeinden mit weniger als 2'000 Personen leben, fehlen genügend Einkaufsmöglichkeiten in ihrer Wohnortsnähe. Ebenso vermisst diese Gruppe die Anbindung an den öffentlichen Verkehr stärker als der Durchschnitt. (Höpflinger, 2009, S. 84-85)

Jede dritte 80-jährige und ältere Person fühlt sich bei Dunkelheit ausserhalb der Wohnung unsicher. Begründet liegt diese Verunsicherung einerseits in Einschränkungen des Sehvermögens oder Befürchtungen vor Stürzen, andererseits in der Furcht, Opfer von Überfällen zu werden. (ibid., S. 85-86)

Im Vergleich zu jüngeren Menschen fühlen sich 20 Prozent der älteren Menschen stärker durch Lärm gestört. Zurückgeführt wird dies auf den Umstand, dass die Wohnung im hohen Alter an Bedeutung gewinnt, da „ältere Menschen mehr Zeit in ihrer Wohnung verbringen bzw. verbringen müssen. Sie können weniger ausweichen als jüngere Menschen“. (ibid., S. 84) Kruse und Wahl (2010) schätzen, dass Menschen über 80 Jahre rund „80 Prozent ihrer Zeit“ zuhause verbringen (S. 407).

Höpflinger (2009) kommt zum Schluss, dass Verbesserungen der Wohnverhältnisse zugunsten der älteren Bevölkerung nicht nur die Wohnräume an sich betreffen müssen, sondern auch die Wohnumgebung: „Wohnprojekte, die sich nur auf den Binnenbereich des Wohnens

beziehen, die unmittelbare Wohnumgebung jedoch vernachlässigen, vermögen die Lebenslage älterer Menschen nur partiell zu verbessern.“ (S. 84) So plädiert er denn auch wie Kruse und Wahl, dass öffentliche Räume und die öffentliche Infrastruktur ebenfalls im Hinblick auf die Bedürfnisse von älteren Menschen geplant und umgesetzt werden sollen (S. 84).

Werden hochaltrige Menschen hilfe- und/oder pflegebedürftig, sind sie neben geeigneten Wohnverhältnissen auf informelle Unterstützungsnetze angewiesen. Diese werden im folgenden Kapitel erläutert.

#### **4.4. Informelles Unterstützungsnetz (Mesoebene)**

Hochaltrige Menschen sind, wenn sie hilfe- und/oder pflegebedürftig werden, massgeblich auf die Unterstützung durch andere Personen angewiesen. Einerseits stehen sie hierbei in Beziehung und im Austausch zu anderen Menschen, weshalb das folgende Kapitel auf der Mesoebene verortet wird. Die Autorinnen sind sich indes bewusst, dass für die informelle Unterstützung andererseits das Vorhandensein von Angehörigen und anderen Bezugspersonen massgeblich wichtig ist, was wiederum als Ausstattung hochaltriger Menschen mit informellen sozialen Beziehungen und Mitgliedschaften gesehen werden kann (Mikroebene). Sie fokussieren jedoch hier stärker auf die Austauschbeziehungen.

Wie bereits in Kapitel 2.5 erläutert, gelten als informelle Hilfe oder Pflege diejenigen Unterstützungsleistungen, die durch nicht professionelle Personen geleistet werden. Allen voran erbringen Familienangehörige, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Freiwillige diese Leistungen. Die Unterscheidung in Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die ebenfalls in Kapitel 2.4 erfolgte, ist bezüglich des Unterstützungsnetzes relevant, insbesondere deshalb, weil ein Hilfebedarf – im Gegensatz zu einem Pflegebedarf - besser durch informelle Unterstützung abgedeckt werden kann (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 1).

Darüber, wie viele Personen in der Schweiz trotz Hilfe- und Pflegebedarf noch in ihrem Zuhause leben, gibt es keine genauen statistischen Angaben. Perrig-Chiello et al. (2008) schätzen indes, dass in der Schweiz maximal 60 Prozent der älteren, pflegebedürftigen Personen zu Hause gepflegt werden (S. 222).

Bei den informellen Unterstützungspersonen gelten Familienangehörige als die wichtigsten Personen, die Hilfe im Alter gewähren können. In den Nationalen Leitlinien zu Palliative Care wird darauf hingewiesen, dass die familiäre Pflege in Zukunft immer mehr unter Druck geraten werde. Dies geschieht einerseits aufgrund der Zunahme an hilfe- und pflegebedürftigen

Personen sowie der Komplexität der durch Multimorbidität bedingten Anforderungen an die Hilfe und/oder Pflege (vgl. 1.1 und 4.1). Andererseits bedingen veränderte Lebensformen, dass in den vergangenen Jahrzehnten weniger Kinder geboren wurden und immer mehr Menschen ohne Kinder und/oder ohne (Ehe)partnerin resp. -partner leben. (BAG & GDK, 2010b, S. 12)

Diese Zukunftsperspektive weicht jedoch von der gegenwärtigen Situation in der Schweiz ab, in der die Unterstützung gemäss Perrig-Chiello et al. (2008) noch stark verankert ist. Denn heutige hochaltrige Menschen gehören zu den Geburtsjahrgängen, die grösstenteils geheiratet und Familien mit mehreren Kindern gegründet haben. Deshalb stehen häufig sogar Ehepartnerin oder Ehepartner sowie Kinder zur Hilfe und zur Pflege zur Verfügung. Dennoch weisen Perrig-Chiello et al. auf das künftige Fehlen von Hilfe- und Pflegepotential durch Partnerin oder Partner sowie Kinder hin. Dementsprechend rechnen sie in rund zwanzig Jahren mit diesbezüglichen möglichen Problemen, ausser in Städten resp. städtischen Gebieten, in denen bereits heute ein höherer Anteil alter Menschen als in ländlichen Gegenden ohne Kinder lebt. (S. 222)

#### **4.4.1. Ehepartnerinnen und Ehepartner**

Bei einem Hilfe- oder Pflegebedarf werden hochaltrige Personen im familiären Netz am häufigsten von der Ehepartnerin oder dem Ehepartner unterstützt. Sie bilden bei bis zu 84-Jährigen die hauptpflegenden Familienangehörigen. (ibid., S. 223) So erhalten drei Fünftel der Männer Hilfe durch ihre Partnerin. Weil Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Männer und auch meist jünger sind, stehen sie ihren Ehemännern als Unterstützungsperson (noch) zur Verfügung. Werden Frauen jedoch hilfe- und/oder pflegebedürftig, ist oft kein Ehepartner mehr da, der helfen könnte: Denn nur für einen Fünftel der Frauen steht der Ehemann noch zur Verfügung. (Höpflinger et al., 2011, S. 73)

Die Hilfe oder Pflege durch die Ehefrau oder den Ehemann geniesst einen hohen Stellenwert, weil das Zusammenleben im gleichen Haushalt es ermöglicht, einander die nötige Unterstützung zu geben. Viele alltagsbezogene Aktivitäten, die nicht mehr selbständig ausgeführt werden können, verlangen nach einer räumlich nahe lebenden Unterstützungsperson. Gemäss Höpflinger et al. (2011) erhält denn auch nur knapp jede zweite Person, die funktional eingeschränkt ist, ausserhäusliche informelle Unterstützung (S. 10).

Pflegende Partnerinnen oder Partner wenden durchschnittlich 60 Stunden pro Woche für die Pflege auf. Die meisten wenden mehr Zeit für diese Unterstützungsleistungen auf, als sie eigentlich möchten. (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 64) Je älter die hilfebedürftige Person ist, umso geringer wird die Bedeutung der Hilfe durch den Partner oder die Partnerin, da viele

von ihnen selber alt sind und dementsprechende Hilfe benötigen (Höpflinger et al., 2011, S. 73).

Für Personen, die durch Tod den Partner oder die Partnerin verloren haben oder alleinstehend sind, ist die Möglichkeit, weiterhin zuhause leben zu können, stark davon abhängig, wie der Hilfe- und/oder Unterstützungsbedarf durch andere Personen abgedeckt werden kann: „Wer im Alter allein lebt, benützt bei gleichen funktionalen Einschränkungen die Spitex häufiger, weil haushaltsbezogene Hilfe- und Pflegeleistungen durch andere Haushaltsmitglieder wegfallen“. (Höpflinger et al., 2011, S. 89)

#### **4.4.2. Töchter und Söhne**

Gemäss Höpflinger et al. (2011) weist die Schweiz eine lange Tradition des getrennten Wohnens und Haushaltens zwischen den Generationen auf. Nur eine Minderheit von Hochaltrigen lebt heute im gleichen Haushalt mit einem ihrer Kinder, am ehesten noch verwitwete Väter, wenn sie mehrere Kinder haben. So erfolgt die Hilfe durch Söhne und Töchter von ausserhalb des Haushalts der hochaltrigen Person. Je näher die Angehörigen leben, also beispielsweise im gleichen Haus, aber in einer eigenen Wohnung, umso grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie ihren betagten Eltern helfen können. Ist die Wohnortsnähe nicht gegeben, kommt die formelle, professionelle Hilfe stärker zum Tragen. (S. 29-30)

Die Hilfemöglichkeit durch haushaltextern lebende Personen ist jedoch u.a. davon abhängig, ob es sich hierbei um Aufgaben handelt, die täglich notwendig sind oder um Aktivitäten, die z.B. wöchentlich ausgeführt werden können. Ist umfassende Hilfe in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens nötig (Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, Essen, Baden/Duschen, Sich-Anziehen, Verrichten der Notdurft), so ist die notwendige Betreuung durch eine ausserhalb des Haushalts lebende Person schwierig sicherzustellen. Auch wenn es sich um Pflege im engeren medizinischen Sinne handelt, kommen informelle Unterstützungspersonen weniger zum Tragen. (ibid., S. 67-69)

Töchter, wenn vorhanden, sind nach Partnerin oder Partner am häufigsten zentrale Unterstützungspersonen im Alter. Laut Höpflinger et al. (2011) hat die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 ergeben, dass 46 Prozent der hilfe- und pflegebedürftigen Personen Unterstützung durch Töchter erhalten. Söhne unterstützen seltener, so dass sich ihr Anteil auf 29 Prozent beziffern lässt. Doch je älter eine Person wird, umso mehr Unterstützung erfolgt auch durch die Söhne, so dass bei Hochaltrigen Söhne und Töchter prozentual gleich häufig involviert sind. Der Anteil pflegender Söhne verläuft gegenwärtig steigend. Ein möglicher Grund könnte sein, dass bei tieferen Geburtenraten weniger Töchter zur Welt kommen,

die zur Verfügung stehen könnten. (S. 73) Das Durchschnittsalter von pflegenden Söhnen und Töchtern beträgt 56.5 Jahre (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 64).

Bettina Bannwart (2011) weist darauf hin, dass vor allem für Frauen die Belastung durch Erwerbstätigkeit, insbesondere da heutzutage viele Frauen erwerbstätig sind, und der Rolle als Pflegende gross ist. Beide Rollen, und möglicherweise gleichzeitig noch eigene Kinder aufziehen, sind schwierig miteinander zu vereinbaren. Deshalb reduzieren viele Frauen ihr Arbeitspensum oder geben ihre Erwerbstätigkeit ganz auf, um die Pflege ihrer Eltern - oder seltener ihrer Schwiegereltern - bewältigen zu können. Das geschieht oftmals, ohne sich der längerfristigen Konsequenzen wie wegfallendes Einkommen, schlechtere Sozialversicherungsabdeckung oder schlechtere berufliche Chancen bewusst zu sein. (Bannwart, 2011, S. 77-78)

Bannwart (2011) geht deshalb von Folgendem aus: „Vor allem jüngere, nachkommende Frauengenerationen werden wohl weniger bereit sein, wegen der Kindererziehung oder der Übernahme von Pflegeaufgaben ohne weiteres auf eine Erwerbstätigkeit zu verzichten oder berufliche, finanzielle und soziale Benachteiligungen alleine zu tragen“ (S. 84).

#### **4.4.3. Weitere Verwandte, Freundinnen und Freunde, Bekannte, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Freiwillige**

Der Anteil von helfenden und pflegenden Geschwistern hochaltriger Hilfe- und Pflegebedürftiger liegt sehr tief. Dies wird dem Umstand zugerechnet, dass die meisten von ihnen selber mit einem zunehmenden Unterstützungsbedarf konfrontiert oder dass sie bereits verstorben sind. Auch Schwiegerkinder oder Enkelkinder als weitere informelle Unterstützungspersonen werden lediglich von wenigen Hochaltrigen als Hilfen erwähnt. Pflegende Angehörige stammen fast ausschliesslich aus der Kernfamilie, sind also Ehefrauen, Ehemänner und/oder Töchter und Söhne. (Höpflinger et al., 2011, S. 74)

Einen geringen Anteil an Unterstützungspotential weisen auch Freundinnen und Freunde, Bekannte und Nachbarinnen resp. Nachbarn oder andere Freiwillige auf (ibid.). Enge Freundinnen und Freunde und gute Bekannte gehören meist ähnlichen Geburtsjahrgängen an, was wiederum dazu führt, dass sie unter Umständen selbst schon hilfe- und pflegebedürftig oder gar schon verstorben sind und somit das Freundschafts- und Bekanntschaftsnetz ausgedünnt ist. (Höpflinger, 2011, S. 40-41)

Bezüglich des Engagements von Freiwilligen für Hilfe und Pflege weisen Jürg H. Arpagaus und Marc Höglinger (2006) aus, dass deren Tätigkeiten bislang eine vor allem ergänzende Funktion haben (S. 82). Sie erläutern, dass Freiwillige zwar Hausbesuche machen, Fahrdienste übernehmen und Ähnliches, dass jedoch die Datenlage zum tatsächlichen Ausmass

dieser Hilfeleistungen, geschweige denn die Datenlage zu Pflegeleistungen für hochaltrige, hilfe- und pflegebedürftige Personen in ihrem eigenen Zuhause in der Schweiz gering ist. (ibid., S. 83–87) Aufgrund dieser Tatsache wird Freiwilligenarbeit in der vorliegenden Arbeit nicht weiter behandelt.

#### **4.4.4. Herausforderungen bezüglich des informellen Unterstützungsnetzes**

Pflegende Angehörige weisen im Vergleich zum Rest der Bevölkerung eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit auf (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 64). Kruse und Wahl (2010) umschreiben dies treffend als eine „Art Achillesferse einer alternden Gesellschaft“ und fordern, der Verletzlichkeit der Ressource Familie als Unterstützende und Pflegende besondere Beachtung zu schenken (S. 305). Dafür spricht letztlich auch die Tatsache, dass der Wert von unentgeltlich geleisteter Betreuung und Pflege für hilfe- und pflegebedürftige Personen durch Angehörige die Spitex-Kosten deutlich übersteigt (Höpflinger et al., 2011, S. 12).

Häufig fehlen gerade für pflegende Partnerinnen und Partner, aber auch für Töchter und Söhne, individuelle und flexible Angebote zur Entlastung, was Perrig-Chiello et al. (2010b) als mangelnde Alternative bezeichnen (S. 7). Im Weiteren erachten sie einen 24-Stundendienst, was u.a. auch von der neuen Pflegefinanzierung gefordert wird, sowie Ferienbette für Pflegebedürftige als auch Tages- und Nachtbetreuung als notwendig (ibid., S. 8).

Hilfe- und insbesondere Pflegebeziehungen, wo u.a. oft sehr viel körperliche Intimität gefordert ist, unterliegen eigenen Gesetzmässigkeiten. Dabei können gerade zwischen Eltern und ihren unterstützenden Kindern beidseitig ambivalente Gefühle auftreten, die mitunter dazu führen, dass angebotene Hilfe lieber von professioneller Seite gewünscht wird als von den eigenen Nachkommen. (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 1) Dem professionellen Unterstützungsnetz wird deshalb im folgenden Kapitel nachgegangen.

#### **4.5. Professionelles Unterstützungsnetz (Makroebene)**

Neben Angehörigen als tragende Säule für betreuerische und pflegerische Leistungen zuhause erbringen staatlich unterstützte oder private Spitexdienste professionelle Hilfe- und Pflegeleistungen. Diese professionellen Unterstützungsnetze lassen sich ebenfalls auf der Mesoebene, der Ebene des Austausches, verorten. Die Autorinnen siedeln das professionelle Versorgungsnetz jedoch auf der Makroebene an, also der Ebene der gesellschaftlichen Strukturen. Dies geschieht deshalb, weil gesetzliche Rahmenbedingungen für die regionale Ausgestaltung der Unterstützungsangebote massgebend sind.

Die vom Staat gesetzten Richtlinien im Rahmen des schweizerischen Sozialsystems - und insbesondere diejenigen der nationalen Alterspolitik - nehmen entscheidenden Einfluss auf die Lebenssituation der älteren Bevölkerung. Inhalte der nationalen Alterspolitik umfassen Bereiche wie beispielsweise die Pflege und die Betreuung von älteren Menschen, das Wohnen sowie die Soziale Sicherheit (BFS, 2008, S. 20).

Aufgrund der föderalistischen Struktur und des Subsidiaritätsprinzips ist es Aufgabe der Kantone und der Gemeinden, für die Pflege, Hilfe und Betreuung von Betagten zu sorgen. In der Strategie für eine schweizerische Alterspolitik wird diesbezüglich festgehalten: „Sie [Kantone, eventuell Gemeinden und Bezirke] bestimmen die Bedürfnisse der älteren Personen im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention, der medizinischen Betreuung, der Palliativpflege und der Langzeitpflege und sorgen im Rahmen ihrer Gesundheitsplanung in ihrem Zuständigkeitsgebiet für eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung.“ (Bericht des Bundesrates, 2007, S. 11) Mit anderen Worten: „Das lokale Prinzip der Versorgung, wie es der langjährigen kommunalen Versorgungstradition der Schweiz entspricht, dominiert in der Pflege kranker alter Menschen weiterhin“ (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 117). Gemäss des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) (2005) stellt sich deshalb die Frage, „ob man in Zukunft dort pflegen will, wo man lebt, oder dort leben will, wo man pflegt“ (S. 2). Dies kann zumindest subjektiv beantwortet werden, wenn die Mehrheit der hochaltrigen Bevölkerung den Wunsch äussert, bis zum Tod zuhause zu leben (vgl. 3.1). Ob hingegen objektiv betrachtet die vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen ausreichen, ist Gegenstand des folgenden Unterkapitels.

#### **4.5.1. Regionale Versorgungsunterschiede**

Bereits 2005 teilte das Obsan in seiner Medienmitteilung mit, dass der Ausbau der Spitex-Dienste in einigen Kantonen notwendig wird, da die Pflege im Alter beträchtliche Herausforderungen bringe (S. 1-2). Drei Jahre später, 2008, fordert das BFS in der publizistischen Reihe ‚Demos‘ „ein integriertes und koordiniertes System der Gesundheitsversorgung, der Langzeitpflege zuhause und in stationären Institutionen sowie der Palliativpflege und Sterbegleitung“ (S. 18). Perrig-Chiello et al. (2010a) sind zudem der Ansicht, dass zukünftig der professionellen ambulanten Pflege eine vermehrt tragende Rolle in der gesundheitlichen Altersversorgung zukommt. Insbesondere der Wunsch, zuhause wohnen zu bleiben, erhöht den Bedarf sowohl an pflegerischen als auch an hauswirtschaftlichen Dienstleistungen. Als bedeutsam erachten sie deshalb „den Ausbau und die weitere Professionalisierung ambulant-pflegerischer Spitex-Leistungen bei einer ausgedehnten behinderungsfreien, aber nicht unbedingt beschwerdefreien Lebenserwartung im Alter“. (S. 2) In einer Medienmitteilung vom Mai 2011 prognostiziert Obsan, dass in Zukunft vermehrt Hilfe- und/oder Pflegeleistungen – z.B. der Spitex – im eigenen Zuhause nachgefragt werden (S. 1).

Nach Höpflinger und Hugentobler (2005) weist die Schweiz im europäischen Vergleich eine „relativ gut ausgebaute ambulante Pflege“ auf (S. 79). Trotzdem zeigt sich – wiederum im europäischen Vergleich –, dass der Anteil der zuhause gepflegten Menschen relativ tief ist, nämlich bei geschätzten 60 Prozent (Perrig-Chiello et al., 2008, S. 222).

Einerseits bietet die Schweiz vielfältige Betreuungs- und Pflegemodelle an, andererseits differieren die Versorgungsangebote regional stark (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 116). Hierbei lässt sich sogar eine regionale Unterversorgung, insbesondere in der Zentralschweiz, konstatieren (ibid., S. 124). Auch in der Spitex-Statistik des Jahres 2009 werden bei der Versorgungsdichte auf grosse Unterschiede unter den einzelnen Kantonen hingewiesen (BFS, 2010b, S. 10). Ebenso weisen François Höpflinger und Astrid Stuckelberger (1999) in ihren Studien zum ‚Nationalen Forschungsprojekt 32‘ regional unterschiedliche Strukturen in der ambulanten Pflege und Betreuung nach. Sie begründen diese Entwicklung im weiteren Sinne mit dem Föderalismus und im engeren Sinne mit dem Gesundheitswesen. (S. 57) Überraschend ist, dass gemäss Höpflinger und Hugentobler (2005) nicht der klassische Stadt-Land-Unterschied bezüglich der kantonalen Ungleichheit im Ausbau der Spitex-Leistungen eine zentrale Rolle spielt. Denn als bedeutender erachten sie die verschiedenen wohlfahrtsstaatlichen Regelungen der Kantone sowie gesundheits- und sozialpolitische Traditionen. (S. 89)

Die dezentralisierte Gliederung der Spitex-Dienste ermöglicht zwar eine „kleinräumliche Angebotsstruktur“ (ibid., S. 87). Nachteilige Auswirkungen sind jedoch „eine Zersplitterung der professionellen Kräfte und enorme regionale Unterschiede der Angebote“ (ibid.). Die entsprechende Analyse aktuellerer Altersleitbilder mancher Kantone zeigt indes, dass diese Kantone den Nachholbedarf in sämtlichen Bereichen der ambulanten Pflege kranker, betagter Menschen erkannt haben (ibid.).

Eine strukturelle Vernetzung der Versorgung zwischen Spitex, Hausärztinnen und Hausärzten, Fachkräften der Palliative Care, Freiwilligen, Angehörigen und Sozialdiensten fordern BAG und GDK in Zusammenhang mit Palliative Care (2010a, S. 6). Höpflinger und Stuckelberger (1999) kritisieren ebenso, dass es in vielen Regionen an einer Informationspolitik mangelt, die den verschiedenen Systemen und ihrer je spezifischen Funktionsweise angemessen ist, was es zusätzlich erschwert, die wechselseitige Dynamik aller ambulant erbrachten Pflegeleistungen zu erfassen (S. 57). Zudem stellen sie in einigen Regionen der Schweiz „strukturelle Unvereinbarkeiten“ fest (ibid.).

Kritik üben Perrig-Chiello et al. (2010b) vor allem in Bezug auf den häufigen Personalwechsel beziehungsweise daran, dass dies generell die Beziehungspflege belastet. Ebenso bemängeln sie, dass die Spitex jeweils nur eine Zeitspanne für den Pflegeeinsatz, nicht aber

fixe Einsatzzeiten angibt, was sich insbesondere pflegende Berufstätige wünschen würden. (S. 34)

#### 4.5.2. Personalmangel

Die Spitex-Statistik 2009 ist gemäss Lucy Bayer-Oglesby und François Höpflinger (2010) die einzige Datenquelle, die Aussagen zur häuslichen Pflege macht, was weder auf nationaler noch auf kantonaler Ebene ein vollständiges Bild der ambulanten Leistungen, insbesondere in der Langzeitpflege, zeichnet (S. 38).

Der repräsentativen Spitex-Erhebung aus dem Jahre 2009 zufolge entfallen auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner durchschnittlich 1,7 Spitex-Vollzeitstellen. Abbildung 9 veranschaulicht die unterschiedliche personelle Versorgungsdichte der Spitex in den einzelnen Kantonen. Der Kanton Aargau mit 0,9 und der Kanton Jura mit 3,2 Vollzeitstellen pro tausend Einwohnerinnen und Einwohner bilden die beiden Pole der Skala. Auch der Kanton Glarus weist einen ähnlich tiefen Wert wie der Aargau aus, resp. der Kanton Genf einen ähnlich hohen (3,1) wie derjenige des Kantons Jura. (BFS, 2010b, S. 10-11)

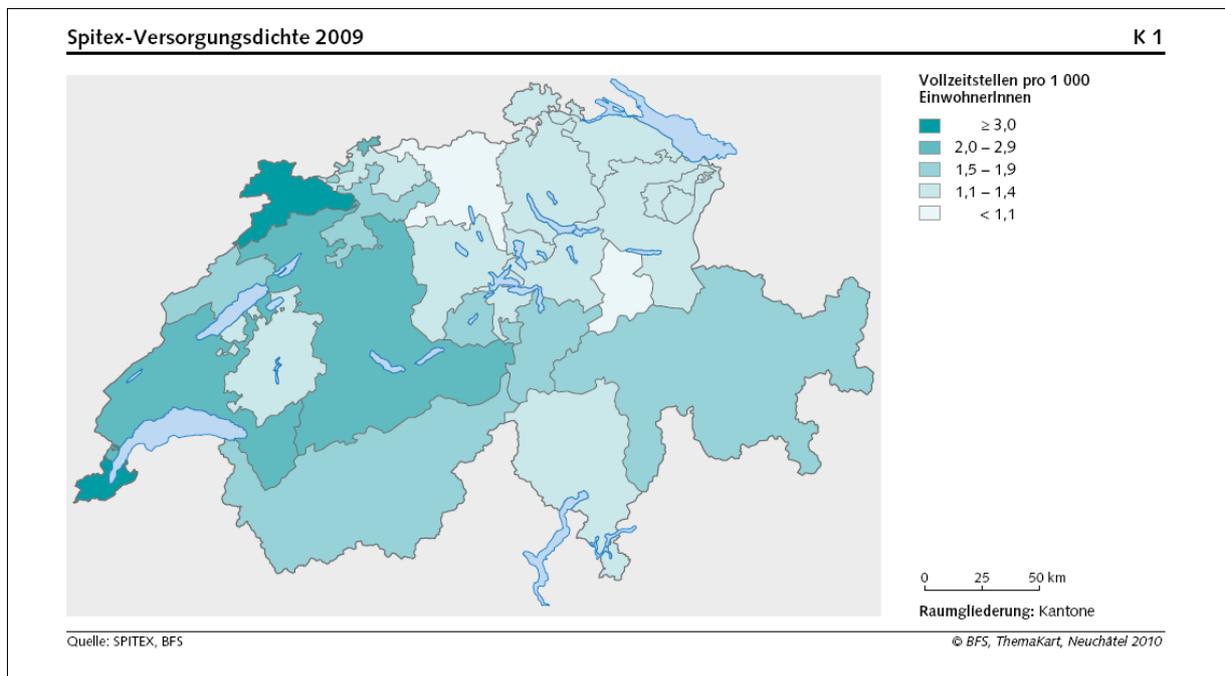


Abbildung 9: Spitex-Versorgungsdichte 2009 (BFS, 2010b, S. 11)

Generell zeichnet die demografische Entwicklung für einen erhöhten Personalbedarf in der Langzeitpflege verantwortlich. Gemäss BSV (2003) ist bei der Spitex gesamtschweizerisch bis ins Jahr 2020 mit einem Stellenmehrbedarf von bis zu 46 Prozent zu rechnen (S. 25). Eine Studie aus dem Jahr 2002 weist einen Fachkräftemangel von gut 30 Prozent der er-

fassten Spitex-Organisationen aus (Prey et al., 2004, zit. in Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 108).

Von einem „gravierenden Ressourcenproblemen“ bei der Pflege und Hilfe für hochaltrige Personen spricht Ruth Baumann-Hölzle (2003, S. 13). Ebenso sieht sie die Schweiz mit einem stetig steigenden Pflegeproblem konfrontiert und zwar in dualer Hinsicht, nämlich auf der sozialen wie auch individuellen Ebene. Denn einerseits bringen Frauen weniger Kinder zur Welt, andererseits sinkt ihre Bereitschaft zur unentgeltlichen Pflege (vgl. 4.4). (S. 15) Aus Sicht der Autorinnen ist es in diesem Zusammenhang als umso notwendiger, dass die Pflege nicht nur von Frauen abhängt, sondern auch je länger je mehr Männer sich, zumindest informell, dabei engagieren (vgl. 4.4.2).

Laut Höpflinger et al. (2011) ist noch offen, wie sich der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal in Zukunft auswirken wird. Vorstellbar sind attraktive Stellenangebote seitens privater Pflegedienste. Diese konkurrieren die öffentlichen Leistungserbringer in der Personalrekrutierung, was zu qualitativen Pflegeeinbussen bei Letztgenannten führen könnte. Höpflinger et al. sprechen sogar von einem Trend zur „Zwei-Klassen-Pflege“, in der „qualifizierte private Pflege“ und „ausgebrannte öffentliche Pflege“ einander gegenüberstehen (S. 117). Ebenso denkbar ist im Rahmen der Globalisierung ein Teilexport der Altenpflege in preisgünstigere Länder (ibid.). Diese Prognosen verdeutlichen die Gratwanderung „zwischen wirtschaftlichen Effektivitäts- und Effizienzkriterien und dem Verständnis einer den Menschen gerecht werdenden Pflege“ (Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 114).

#### **4.5.3. Schwachstellen in der Finanzierung professioneller Unterstützung**

Im Vergleich zur Pflegebedürftigkeit verzeichnet die Hilfebedürftigkeit eine wesentlich markantere Zunahme. Zuhause lebende hochaltrige Personen sind auf punktuelle hauswirtschaftliche Hilfeleistungen wie Putzen, Kochen, Einkaufen etc. angewiesen. Wie bereits in Kapitel 4.1.2 beschrieben, ist eine Differenzierung zwischen Hilfe- und Pflegebedarf deshalb zuhause zentraler als im Heim (Perrig-Chiello et al., 2010c, S. 1). Jedoch wirft diese Differenzierung Fragen nach deren Finanzierung auf, da diese Hilfeleistungen keine Pflichtleistung der Krankenversicherungen darstellen (ibid., S. 9). Höpflinger und Hugentobler (2005) machen eine steigende Nachfrage bei hauswirtschaftlichen Dienstleistungen durch die Spitex aus, weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass die Verrechnung dieser Leistungen rückläufig ist und vermuten den Grund bei einer fehlenden Kostenübernahme durch die Krankenversicherer (S. 82). Gemäss Perrig-Chiello et al. (2010c) benötigen aber über 50 Prozent der Spitex-Kundinnen und -Kunden überdurchschnittlich häufig Hilfe bei instrumentellen Aktivitäten (S. 9).

Die Frage nach der Finanzierung von nicht-krankenkassenpflichtigen Leistungen führt dazu, dass Höpflinger et al. (2011) auf die Gefahr einer „Zwei-Klassen-Pflege“ hinweisen, wofür sie die wirtschaftlich unterschiedliche Situation von pflegebedürftigen Menschen verantwortlich zeichnen. So hemmen finanzielle Einschränkungen die Pflege in den eigenen vier Wänden. Die Folge ist eine Umkehr des heute geltenden Paradigmas ambulant vor stationär. Höpflinger et al. (2011) fürchten, dass die ärmere Bevölkerung somit von staatlich subventionierten Pflegeleistungen abhängt, während sich wohlhabende Personen eine Pflege durch private Dienstleistungen oder in Residenzen erkaufen können. Ebenso ist die sogenannte „Schwarz-Pflege“, beispielsweise als illegale Pflegeeinsätze von osteuropäischen Frauen, diesbezüglich ein Thema. (S. 116-117)

Um die Finanzierung von oben erwähnten Hilfe- und/oder Pflegeleistungen, die allen hilfe- und/oder pflegebedürftigen Personen aufgrund der allgemeinen Sozialversicherungen zustehen, geht es im folgenden Kapitel.

#### **4.6. Finanzierung (Makroebene)**

Als letztes Kapitel, das den Ursachen für die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit der Lebe- und Sterbeorte hochaltriger, hilfe- und/oder pflegebedürftiger Personen nachgeht, werden im Folgenden verschiedene Finanzierungsquellen aus unterschiedlichen Sozialversicherungen für den ambulanten Bereich resp. für die Versorgung zuhause erläutert. Die Finanzierung ist auf der Makroebene, also der Ebene der politischen und gesellschaftlichen Strukturen verortet und fokussiert die grundsätzlich allen hochaltrigen, hilfe- und/oder pflegebedürftigen Personen zugänglichen materiellen Quellen.

Nach einem einführenden Teil werden die bei einer Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit anfallenden möglichen Kostenarten tabellarisch aufgezeigt. Danach wird die Finanzierung durch die einzelnen Sozialversicherungen erläutert, was unter Berücksichtigung der seit 1.1.2011 in Kraft gesetzten Neuordnung der Pflegefinanzierung geschieht. Den Abschluss dazu bilden entsprechende Kritiken von renommierten Experten.

##### **4.6.1. Komplexität des Finanzierungssystems**

Werden hochaltrige Menschen hilfe- und/oder pflegebedürftig, so entstehen unterschiedliche Kosten bezüglich des individuellen Hilfe- und/oder Pflegebedarfs. Hardy Landolt (2006) bezeichnet eine Pflegebedürftigkeit als ein soziales Risiko und betont, dass daraus anfallende Kosten von den Betroffenen meist nicht aus eigenen Mitteln bezahlt werden können (S. 18).

Nach Landolt (2006) entsteht bei pflegebedürftigen Personen eine finanzielle Versorgungslücke seitens der Sozialversicherungen, da diese unterschiedliche Pflegeversicherungsleistungen ausrichten (S. 18).

Bund und Kantone werden in der Bundesverfassung (BV) in Artikel 41 Absatz 2 in die Pflicht genommen, die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Alter für alle Personen sicherzustellen. Die von einer Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen sind mit einem komplexen sozialen Versicherungssystem konfrontiert. Aufgrund der gesetzlichen Kriterien beteiligen sich verschiedene Kostenträger an der Finanzierung der anfallenden Kosten, weshalb Landolt (2010) von einem unübersichtlichen und widersprüchlichen objekt- und subjektfinanzierten Mischsystem spricht (S. 3). Für hilfe- und/oder pflegebedürftige Personen und deren Angehörigen kann dieser Umstand nach Ansicht der Autorinnen dazu führen, dass sie möglicherweise nicht über alle vorhandenen Finanzierungsquellen informiert sind resp. diese nicht beanspruchen.

Die bei einer Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich relevanten Sozialversicherungen sind im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), im Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und im Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) geregelt. Einheitliche Leistungen richten die Krankenversicherungen (KV) innerhalb der Grundversicherung sowie die AHV aus. Anders sieht dies indes bei den Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV aus. Denn die Bandbreite der finanziellen Unterstützung zeigt sich hier kantonal und zum Teil sogar kommunal als unterschiedlich, insbesondere deshalb, weil der gesetzliche Vollzug der Sozialversicherungen aufgrund der föderalistischen Struktur in der Hoheit der einzelnen Kantone liegt (vgl. 4.2.3).

Zusätzlich zu den Sozialversicherungen leisten die versicherten Personen selber, sprich die Hilfe- und/oder Pflegebedürftigen, einen wesentlichen Beitrag an die Finanzierung der von ihnen benötigten Leistungen. Reicht dieser Beitrag nicht aus, beteiligt sich als letzte Instanz die öffentlich-rechtliche Sozialhilfe.

Im Gegensatz zu anderen Staaten existiert in der Schweiz keine eigenständige Pflegeversicherung. Landolt (2009) bemängelt, dass aufgrund dieser Tatsache der Anspruch der Pflegebedürftigen auf soziale Pflegeversicherungsleistungen sowie die finanziellen Deckungslücken, die eventuell bei pflegenden Angehörigen entstehen, nicht geregelt sind (S. 3).

Das schweizerische Versicherungssystem zeigt sich komplex und uneinheitlich, weshalb Landolt (2006) eine grundlegende Reform als dringend notwendig erachtet. Dementsprechend postuliert er: „Es muss ein System geschaffen werden, das allen Pflegebedürftigen gleiche Versicherungsleistungen gewährt und ihnen die Möglichkeit gibt, die Pflegeform selbst zu wählen“. (S. 18)

Die Teilrevisionen der Bundesgesetze über die Krankenversicherung, über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV bilden zusammen das Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Das neue Bundesgesetz wurde per 1.1.2011 in Kraft gesetzt. Der Ausgestaltung der Neuordnung liegen zwei Ziele zu Grunde, nämlich einerseits die Entschärfung der sozialpolitisch schwierigen Situation pflegebedürftiger Menschen und andererseits eine kostenneutrale Umsetzung für die Krankenversicherungen. Als Leitmotiv dient generell der Grundsatz „ambulant vor stationär“ oder „teure Heimaufenthalte vermeiden und pflegebedürftige Personen ambulant pflegen“. Entlastung erfahren sollen vor allem der Mittelstand sowie Personen, die in sehr bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben (Andreas Dummermuth, 2011, S. 417-418).

Die nachstehenden Ausführungen berücksichtigen die Auswirkungen der per 1.1.2011 in Kraft getretenen Neuordnung zur Pflegefinanzierung.

#### 4.6.2. Anfallende Kosten und deren Finanzierung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit fallen vielfältige Kosten an, die von verschiedenen Kostenträgern bezahlt werden. Tabelle 3 erlaubt einen groben Überblick über die möglichen Kosten. Ebenso zeigt sie die sozialversicherungsrechtliche Zuständigkeit der finanziellen Abgeltung.

Arten von möglichen anfallenden Kosten	Leistungserbringer	Leistungen	Kostenträger
Krankheits- und Behandlungskosten (medizinische Massnahmen)	Arzt / Ärztin, Labor Physio- / Ergotherapie Ernährungsberatung Apotheke	Konsultationen, Behandlungen, Medikamente usw.	Pflichtleistungen der Grundversicherung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKPV), Krankenversicherung
Abklärungs-, Beratungs-, Pflege-, Behandlungskosten	Spitex-Organisationen (spitalexterne Hilfe, Kranken- und Gesundheitspflege ausserhalb von Spital oder Heim)	Pflegemassnahmen, Behandlungen und Untersuchungen zuhause, für die eine ärztliche Verordnung vorliegt	Pflichtleistung der OKPV, Tarife national einheitlich
		Abklärungen des Pflegebedarfs und Beratung von Patientinnen und Patienten	Teilübernahme aus Grundversicherung, jedoch nicht kostendeckend Evtl. Restkostenübernahme durch EL
Kosten hauswirtschaftlicher Leistungen und Mahlzeitendienst	Spitex, Pro Senectute, private Anbieter	hauswirtschaftliche Leistungen wie Reinigung, Besorgung der Wäsche, Einkauf  Mahlzeitendienst	keine Pflichtleistung der Grundversicherung, allenfalls Zusatzversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)  autonome Preisgestaltung der Organisationen
Kosten aus persönlicher Überwachung, Betreuung, aufwändiger Pflege, lebenspraktischer Begleitung	Spitex, Pro Senectute, private Anbieter, Angehörige, Privatpersonen		Hilflosenentschädigung (HE)  EL
Hilfsmittel	diverse Anbieter	Perücken, Lupenbrillen, Sprechhilfegeräte, Gesichtsepithesen, orthopädische Mass- oder Serien-Schuhe, Rollstühle ohne Motor	Krankenversicherung, Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL)  AHV: 75 Prozent der Nettokosten, unabhängig von Einkommen und Vermögen
		Treppenlift, Pflegebett, WC-Aufsatz, Duschhilfen	Evtl. Pro Senectute auf Gesuch hin

Tabelle 3: Kosten- und Leistungsübersicht bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (Quellen: AHVG, ELG, KVG, VVG, eigene Darstellung)

### **4.6.3. Finanzierung durch sozialversicherungsrechtliche Leistungsträger**

Im Folgenden richtet sich der Blick auf die einzelnen Kostenträger resp. auf deren unterschiedliche Leistungsarten. Hierbei handelt es sich um obligatorische Leistungen der verschiedenen Versicherungen, die grundsätzlich jedem hilfe- und pflegebedürftigen Menschen aufgrund des Gesetzes zustehen.

#### ***Leistungen der Krankenversicherung (KV)***

Die KV umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKPV) und eine freiwillige Taggeldversicherung (Art. 1a Abs. 1 KVG). Die folgenden Ausführungen sind Leistungen aus der OKPV und richten sich nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Diese haben zweckmässig, wirtschaftlich und wirksam zu sein.

#### ***Medizinische Massnahmen***

Leistungen der ambulanten Krankenpflege sind Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden (Art. 7 KLV). Sämtliche medizinische Massnahmen wie ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Analysen und Laborkosten sind in Art. 25 Abs. 2 KVG geregelt und müssen von der OKPV bezahlt werden. Nach dem Prinzip des anerkannten Leistungserbringers sind ebenso ärztlich verordnete Drittleistungen zu vergüten. Darunter fallen u.a. Leistungen der Spitex oder Physio- und Ergotherapie.

#### ***Spitex-Leistungen***

Von besonderer Bedeutung in der häuslichen Krankenpflege sind die Spitex-Organisationen. Um Leistungen im Rahmen der KV geltend zu machen, müssen diese gemäss Art. 51 KVV zugelassen sein. Ist dies der Fall, vergütet die OKPV jedoch nur die Kosten der Grund- und Behandlungspflege. Die Grund- und Behandlungspflegemassnahmen werden in Art. 7 KLV wie folgt definiert: „Die Grundpflege umfasst die nichtmedizinische Pflege / Hilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen. Sie hat keinen Heil- beziehungsweise Behandlungszweck.“ Mit Grundpflege ist die Hilfe bei den basalen Aktivitäten des Alltags (ADL) gemeint (vgl. 2.4).

Die Behandlungspflege beinhaltet die medizinische Pflege und weist damit einen Heil- resp. Behandlungszweck auf. Der Kostenersatz für die erwähnten Pflegemassnahmen richtete sich bis zum 31.12.2010 nach den kantonalen Tarifverträgen, d. h. diese wurden jährlich zwischen KV und kantonalen Spitex-Verbänden neu ausgehandelt. Mit der Einführung der Neuordnung zur Pflegefinanzierung legt neu der Bundesrat die Spixetarife national einheitlich fest. Diese werden von der OKPV vergütet.

Hilfe- und/oder pflegebedürftige Personen bezahlen bis zu diesem Stichtag (31.12.2010) für die Grund- und Behandlungspflege nur die Franchise und max. 700 Franken Selbstbehalt (10 Prozent). Eine grosse Veränderung per 1.1.2011 stellt somit der neue, im Bundesrecht festgesetzte zusätzliche Pflegekosten-Eigenanteil von max. 20 Prozent des höchsten Pflegebeitrags dar. Einige Kantone senkten den Wert auf 10 Prozent. Mit einem Pflegekosten-Eigenanteil von 20 Prozent bezahlen alle pflegebedürftige Menschen zukünftig einen Eigenanteil von bis zu 7'884 Franken pro Jahr (Landolt, 2010, S. 5). Claudio Zogg (2011) spricht von einer nicht zu unterschätzenden Zahl alter Menschen, die aufgrund dieser Neuregelung EL beantragen werden müssen (S. 96).

Matthias Wächter (2010) fügt an, dass der Kanton bei der Festsetzung der Höhe des Pflegekosten-Eigenanteils auch Überlegungen zur Gerechtigkeit anstellen muss. So ist die Gerechtigkeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten, indem beide Bereiche finanziell gleichgestellt würden. Ebenso gilt es dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die notwendigen zusätzlichen Unterstützungsleistungen in der Pflege zu Hause oftmals unzureichend durch die Leistungen der HE finanziert werden können. Somit kann ein prozentual kleinerer Pflegekosten-Eigenanteil, z. B. von nur 10 Prozent, die ambulante Pflege fördern und als Anreiz, zuhause zu bleiben, dienen. (S. 53-55)

Keine Pflichtleistungen der OKPV hingegen stellen Betreuungs-, Präsenz- und Überwachungskosten, Mehrkosten für hauswirtschaftliche Leistungen, Pflegehilfsmittel und Pflege durch Angehörige dar. Eine Kostenübernahme durch die KV ist somit nicht gegeben.

Gemäss eines Entscheides des schweizerischen Bundesgerichts vom 19. Dezember 2007 können Angehörige von der Spitex angestellt werden. Sie dürfen jedoch nur Grundpflegeleistungen erbringen, die als Spitex-Leistungen durch die OKPV abgegolten sind (Urteil 9C\_597/2007). Die pflegenden Angehörigen erhalten in diesem Fall eine finanzielle Abgeltung der KV für ihre Arbeit.

### *Hilfsmittel*

Ueli Kieser und Gabriela Riemer-Kafka (2008) definieren Hilfsmittel als „Gegenstände beziehungsweise Dienstleistungen Dritter, mit welchen die versicherte Person den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag“ (S. 98).

Das Gesetz führt auch hier die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit als Anspruchsvoraussetzung auf (Art. 32 Abs. 1 KVG). Die OKPV richtet Leistungen nach Art. 20 ff. KLV sowie nach der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) (KLV Anhang 2) aus. Die Liste beinhaltet zum Beispiel Gehhilfen wie Krücken, Inkontinenzhilfen (Einlagen) oder Be-

hälter zur Medikamentendosierung. Die Autorinnen stellen fest, dass Rollatoren – aus nicht ersichtlichen Gründen – in der Auflistung fehlen.

Wenn eine Leistungspflicht für Hilfsmittel auch noch andere Zweige der Sozialversicherungen betrifft, so erfolgt gemäss Kieser und Riemer-Kafka (2008) eine Koordination der Leistungen, welche im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) Art. 65 festgelegt ist (S. 98).

### ***Leistungen der Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV***

Über die AHV erfolgen Leistungen an die Kosten einer Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit, wenn ein Anspruch auf eine Altersrente besteht. Die AHV entrichtet finanzielle Beiträge an Hilfsmittel und in Form der HE.

#### ***Hilfsmittel***

Wer ein Hilfsmittel für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt, für die Selbstsorge oder für die Ausübung der Tätigkeit im angestammten Aufgabenbereich (Besorgen des Haushaltes) benötigt, erhält laut Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) eine Vergütung von 75 Prozent der Nettokosten (Art. 2 Abs. 2 HVA). Entschädigungsberechtigte Hilfsmittel sind zum Beispiel Perücken, orthopädische Schuhe, Hörgeräte, Rollstühle ohne Motor, Lupenbrillen und Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperationen. Die Leistungen werden von den Ausgleichskassen ausgerichtet.

Wer keinen Anspruch auf Hilfsmittel zulasten der AHV aufweist, kann bei der Pro Senectute vorstellig werden. Als Stiftung für das Alter gewährt sie ergänzende Beiträge. Zudem gibt sie selber Hilfsmittel oder Hilfsgeräte leihweise ab. Ein rechtlicher Anspruch auf die genannten Leistungen besteht jedoch nicht. (Informationsstelle AHV/IV, 2011a)

#### ***Hilflosenentschädigung (HE)***

Altersrentnerinnen und -rentner mit Wohnsitz in der Schweiz und ärztlich ausgewiesener Hilflosigkeit können zusätzlich zur Altersrente eine HE geltend machen. Als hilflos gilt eine Person, wenn sie wegen ihrer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 IVV). Zu den alltäglichen Lebensverrichtungen zählen An- / Auskleiden, Absitzen, Abliegen, Körperpflege, Verrichtung der Notdurft, Essen, Fortbewegung und Kontaktaufnahme (vgl. 2.3).

Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach dem Schweregrad der Hilflosigkeit (vgl. 2.4). Bis zum 31.12 2010 erhielten pensionierte Personen - sowohl zuhause als auch in Alters-

und Pflegeheimen lebende - erst ab einer mittelschweren Hilflosigkeit eine Entschädigung. Keine finanzielle Unterstützung gab es also für eine leichte Hilflosigkeit; dies hat sich mit der Einführung der Neuordnung zur Pflegefinanzierung geändert. Ab dem 1.1.2011 berechtigt eine Hilflosigkeit leichten Grades Personen, die zuhause leben, zum Bezug einer HE. Voraussetzung ist, dass die Hilflosigkeit ununterbrochen während mindestens eines Jahres bestanden hat (Art. 43<sup>bis</sup> Abs. 2 AHVG). Die ausgerichteten Beträge der HE betragen:

- bei Hilflosigkeit leichten Grades, monatlich Fr. 464.00
- bei Hilflosigkeit mittelschweren Grades, monatlich Fr. 1'160.00
- bei Hilflosigkeit schweren Grades, monatlich Fr. 1'856.00

Zogg (2011) bezeichnet die finanzielle Verbesserung durch die neu eingeführte HE leichten Grades für Personen zuhause als zu gering, um eine Wirkung zu erzielen. Seiner Meinung nach hätte man zudem die einjährige Karenzfrist streichen müssen. (S. 103)

### ***Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV***

In Art. 112 Abs. 2 lit. b BV steht, dass die AHV- und IV-Renten den Existenzbedarf angemessen decken sollen. Reichen nun die Altersrente und andere Einkommensquellen nicht zur Deckung des Existenzbedarfs, besteht ein Rechtsanspruch auf EL. Die EL bestehen einerseits aus jährlichen EL als Geldleistung zur Deckung des Existenzbedarfs (vgl. 4.2.3) und andererseits aus der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten (Art. 14 ELG). Für hilfe- und/oder pflegebedürftige Personen ist die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten ein wichtiger Aspekt, um in den eigenen vier Wänden verbleiben zu können.

Die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten setzt in der Regel einen grundsätzlichen Anspruch auf EL voraus. Eine betragsmässig begrenzte Vergütung der Kosten seitens der Ausgleichskasse ist nur dann gegeben, wenn keine andere Versicherung (beispielsweise KV) dafür verantwortlich ist (Informationsstelle AHV/IV, 2011b). Gemäss Widmer (2011) handelt es sich dabei um eine punktuelle Erweiterung der Leistungen der OKPV (S. 118). Das ELG definiert in Art. 14 Abs. 1 folgende Krankheitskosten, die im Rahmen der EL übernommen werden können: zahnärztliche Behandlung, Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen, ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren, Diät, Transport zur nächstgelegenen Behandlungsstelle, Hilfsmittel und die Kostenbeteiligung der KV (Selbstbehalt und Franchise) bis zu einem jährlichen Betrag von 1'000 Franken.

Josef Hoppler-Wyss (2011) führt aus, dass die zu vergütenden Krankheits- und Behindernungskosten seitens der Kantone zu bezeichnen sind (S. 181). Art. 14 Abs. 2 ELG bescheinigt zudem den Kantonen das Recht, nur diejenigen Ausgaben zu vergüten, die wirtschaftlich und zweckmässig sind. Auch die kantonale Beschränkung eines Höchstbetrages an die Krankheits- und Behinderungskosten ist zulässig. Dieser Betrag darf bei Alleinstehenden 25'000 Franken und bei Ehepaaren 50'000 Franken pro Jahr nicht unterschreiten. (Art. 14 Abs. 3 ELG)

Im Rahmen der Neuordnung zur Pflegefinanzierung wurde der Vermögensfreibetrag für selbstbewohnte Immobilien von zuvor 112'500 Franken auf 300'000 Franken angehoben. Voraussetzung für den erhöhten Freibetrag ist, dass jemand entweder eine HE leichten Grades erhält, oder bei Ehepaaren eine der beiden Personen in einem Heim lebt. (Art. 11 Abs. 1<sup>bis</sup> ELG) Damit soll der längere Verbleib zuhause auch bei Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit ermöglicht werden (vgl. 4.2.3).

### ***Kantonale Zusatzleistungen zur EL***

Die Kantone können zu den Ergänzungsleistungen des Bundes zur AHV und IV finanzielle Leistungen, sogenannte Beihilfen, ausserordentliche oder kantonale Ergänzungsleistungen bezahlen. Damit sind allfällige Mehrkosten, die durch die EL zur AHV und IV nicht bezahlt werden, zu vergüten (vgl. 4.2.1). (BSV, 2011, S. 15)

#### **4.6.4. Kritik an der Neuordnung der Pflegefinanzierung**

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung will einerseits die sozialpolitisch schwierige Situation von pflegebedürftigen Menschen entschärfen, andererseits soll eine kostenneutrale Umsetzung für die Krankenversicherungen erfolgen. Leitmotive sind dabei der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und der Wille, teurere Heimaufenthalte zu vermeiden und pflegebedürftige Personen ambulant zu versorgen. Entlastet werden sollen der Mittelstand und Personen, die in bescheidenen finanziellen Verhältnissen leben. (Dummermuth, 2011, S. 417-418)

Für Landolt (2006) ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung kein grosser Wurf, sondern stellt mit der Verlagerung der Kosten – also generell weg von den Krankenversicherern - viel mehr eine Verkomplizierung dar (S. 19). Gemäss Daniel Domeisen (2011) ist die Umsetzung der neuen Pflegefinanzierung gar misslungen, da die „kantoneigenen – besonders die finanziellen – Interessen“ zu schwer gewichtet wurden. Er weist darauf hin, dass durch die kantonal unterschiedlichen Umsetzungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung nicht von einer mehr oder weniger gesamtschweizerisch ähnlichen Lösung gesprochen werden kann. Verantwortlich dafür zeichnen die auf Bundesebene zu wenig präzise formulierten gesetzli-

chen Vorgaben. Er spricht deshalb von einer föderalistischen Mogelpackung. (S. 31) Den Kantonen gegenüber äusserst sich auch CURAVIVA Schweiz, der Dachverband der Alters- und Pflegeheime, kritisch: „Jeder Kanton kann das vollziehen, was ihm aus seiner Optik am besten dient“ (zit. in Bernhard Raos, 2011).

Zogg (2011) bezeichnet die Benützerinnen und Benützer der ambulanten Pflege als „offensichtliche Verlierer [sic!]“, insbesondere wegen des neu eingeführten Eigenanteils von 20 Prozent (S. 102). Auch der Spitex Verband Schweiz (2010) hält die kantonal eingeführten Patientenbeteiligungen für problematisch, da dadurch pflegende Angehörige stärker unter Druck geraten können und unter Umständen auf die Leistungen der Spitex verzichten (S. 1).

Ebenso konstatiert Domeisen (2011), dass einzelne Finanzierungslücken bei den tatsächlichen Pflegekosten auftreten. Im Weiteren ist er der Ansicht, dass es das eidgenössische Parlament verpasste, die Finanzierung der Palliativpflege oder die Pflege von demenzerkrankten Menschen zu regeln. (S. 31)

Die in Kapitel 4 dargelegten möglichen Ursachen, die zur Diskrepanz zwischen dem Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben und der Realität der effektiven Lebe- und Sterbeorte führt, sind wie dargelegt vielfältig. Kapitel 5 widmet sich deshalb noch einmal zusammenfassend den bisherigen Erkenntnissen.

## 5. Bisherige Erkenntnisse

Die bisherigen Erkenntnisse aus Kapitel 3 und Kapitel 4 werden an dieser Stelle nun zusammengefasst, bevor in Kapitel 6 eine Bewertung der Ursachen erfolgt, die die Verwirklichung des Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, erschweren.

### ***Grosse Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität des Lebe- resp. Sterbeortes***

Kapitel 3 belegt den Wunsch hochaltriger Menschen, in den eigenen vier Wänden zu verbleiben, wenn möglich bis ans Lebensende. Die Realität der Sterbeorte zeigt indes auf, dass zwischen dem Wunsch und der Wirklichkeit eine grosse Diskrepanz besteht. Die klare Mehrheit der schweizerischen Wohnbevölkerung, und somit auch hochaltrige Menschen, möchten bis zum Tod zuhause leben. 73 Prozent aller Befragten wünschen sich dies – für nur 23 Prozent ist dies jedoch tatsächlich möglich. Dieser individuelle Wunsch von rund drei Vierteln der Bevölkerung entspricht einem Bedürfnis resp. weist auf einen Bedarf hin. Dass dieser Bedarf nicht gedeckt wird, belegen die effektiven Sterbeorte.

### ***Ursachen, die zu dieser Diskrepanz führen***

Die Antwort auf die Frage, weshalb dieser Bedarf nicht gedeckt werden kann, verlangt die Ergründung möglicher Ursachen auf der Ebene des Individuums und seiner Ausstattung (Mikroebene) sowie der Ebene des Menschen in seinem Umfeld, in seinen Beziehungen (Mesoebene) und auf der Ebene der strukturellen Gegebenheiten, in denen eine Person lebt (Makroebene) (vgl. 4). Folgende Ursachen wurden hierbei ersichtlich:

#### ***Reduzierte gesundheitliche Ausstattung und Unterstützungsbedarf (Mikroebene)***

Wie in Kapitel 4.1 dargelegt, sehen sich hochaltrige Menschen einerseits mit normalen Alterungsprozessen konfrontiert. Andererseits führt der Abbauprozess des Organismus zu einer alterstypischen Morbidität oder sogar Multimorbidität.

Alterung und Krankheiten verursachen im hohen Lebensalter grössere Vulnerabilität und schwindende Ressourcen in der körperlichen Ausstattung des Individuums. In der Bewältigung des Alltags zeigt sich ein Hilfe- oder gar ein Pflegebedarf. Bei zuhause lebenden hochaltrigen Menschen ist der Hilfebedarf bei den instrumentellen Aktivitäten, z.B. bei hauswirt-

schaftlichen Arbeiten, ausgeprägt. Pflegebedürftige Personen, die in basalen Aktivitäten eingeschränkt sind, leben oftmals nicht mehr in ihrem Zuhause. Deutlich wurde zudem, dass Frauen generell eine schlechtere Gesundheit im Alter aufweisen. Ausserdem zieht eine tiefe Schulbildung oft auch einen höheren Hilfebedarf bei instrumentellen Tätigkeiten nach sich.

Sowohl bei Hilfe- wie auch bei Pflegebedürftigkeit ist der Verbleib im eigenen Daheim für hochaltrige Menschen von der Unterstützung durch Andere abhängig. Die selbstbestimmte Entscheidung über den Lebe- oder den Sterbeort sowie die Umsetzung dieser Entscheidung ist einfacher zu bewerkstelligen, solange die körperliche Ausstattung dies erlaubt. Durch biologische Abbauprozesse ist diese aber zunehmend in Frage gestellt.

#### *Wirtschaftliche Ungleichheiten im hohen Alter (Mikroebene)*

Die wirtschaftliche und somit die sozioökonomische Ausstattung vieler alter Menschen hat sich dank der AHV, der BV und der privaten Vorsorge sowie der Möglichkeit, Vermögen zu erarbeiten, massgeblich gebessert. Dennoch gibt es - vor allem bei der heutigen hochaltrigen Bevölkerung - Personen, die über wenig Einkommen und Vermögen verfügen. Ihr Einkommen generiert sich überwiegend aus der AHV-Rente, da sie noch keine oder nur geringe Beiträge an die BV leisteten und wenig privat vorsorgen konnten. Verfügen sie über kein Vermögen oder ist es in Wohneigentum gebunden, kann dies gerade bei auftretender Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen Problemen führen.

Geringe finanzielle Mittel sind bei hochaltrigen Menschen keine Seltenheit. Ein beträchtlicher Anteil von ihnen erhält deshalb EL des Bundes. Jedoch kann der Besitz von Wohneigentum bewirken, dass kein Anspruch auf EL besteht. Folgedessen muss das Wohneigentum oft verkauft werden.

Wer über mehr finanzielle Mittel verfügt, kann sich im Alter unter Umständen länger den Verbleib zuhause sichern. Mehr wirtschaftliche Ressourcen ermöglichen beispielsweise, Zusatzversicherungen bei einer Krankenkasse gemäss VVG abzuschliessen oder den Bezug von privaten Haushalthilfen.

#### *Wohnräume und -umgebung bestimmen u.a. über den Verbleib zuhause (Mikroebene)*

Um im hohen Alter zuhause zu verbleiben, ist auch die sozialökologische Ausstattung – insbesondere die Wohnräume und -umgebung – zentral. Wohnungen und Häuser müssen den Bedürfnissen und Erfordernissen hochaltriger Menschen angepasst sein. Der Verbleib in den eigenen vier Wänden wird massgeblich durch die räumliche und bauliche Ausgestaltung der Häuser und Wohnungen mitbestimmt. Viele von hochaltrigen Personen bewohnte Häuser

und Wohnungen weisen einen klaren Bedarf an baulichen Anpassungen auf, der jedoch in der Schweiz noch wenig umgesetzt ist.

Nicht nur die bewohnten Räumlichkeiten an sich verlangen nach altersgerechter Ausgestaltung, sondern auch die entsprechende Wohnumgebung. Gerade bei nachlassenden körperlichen Ressourcen sind hochaltrige Menschen darauf angewiesen, dass z.B. in Wohnortsnähe eingekauft werden kann oder die öffentlichen Verkehrsmittel gut erreichbar sind.

#### *Die Kernfamilie leistet den Hauptanteil an informeller Unterstützung (Mesoebene)*

Der Verbleib in den eigenen vier Wänden hängt in hohem Mass vom zur Verfügung stehenden informellen Unterstützungsnetz ab. Ein Hilfe- und/oder Pflegebedarf und das Leben zuhause erfordern verlässliche Beziehungen mit Menschen, mit denen ein Austausch stattfindet (Mesoebene).

Haupt-Unterstützungspersonen des informellen Netzes sind die Mitglieder der traditionellen Kernfamilie, allen voran die noch lebenden Ehefrauen oder Ehemänner. Aber auch Töchter und Söhne sind stark eingebunden und leisten vor allem bei Hilfebedürftigkeit, seltener bei Pflegebedürftigkeit, ihrer Eltern Unterstützung. Je räumlich näher die Angehörigen leben, umso eher kann unterstützt werden. Bereits heute müssen sich Personen ohne Nachkommen damit auseinandersetzen, dass sie im Alter „häufiger als Menschen mit Nachkommen auf eine professionelle Alterspflege angewiesen“ sind (Perrig-Chiello et al., 2008, S. 67).

Das informelle Unterstützungsnetz unterliegt vielfältigen Belastungen, insbesondere zeitlichen, was sich einerseits bei Töchtern zeigt, die zunehmend erwerbstätig sind und gleichzeitig oft eigene Kinder grossziehen. Andererseits weist die Mehrheit pflegender Angehöriger eine schlechtere Gesundheit auf als nicht pflegende. Entlastungsangebote sind hier dringend notwendig. Nicht nur pflegende Angehörige sind eventuell belastet, auch für die Gepflegten selbst ist diese Unterstützung manchmal mit ambivalenten Gefühlen verbunden.

#### *Unterschiedliche regionale Versorgungsangebote, Personalmangel und fehlende Vernetzung (Makroebene)*

Zusätzlich zur informellen Unterstützung sind hochaltrige Personen zuhause sowohl auf professionelle Unterstützung (z.B. Spitex) als auch auf gut ausgebaute ambulante Versorgungsangebote angewiesen. Das Versorgungsnetz als gesellschaftlich verortete Struktur (Makroebene) ist in der Schweiz regional unterschiedlich gut ausgebaut. Die Kantone haben jedoch den Nachholbedarf aufgrund künftiger demografischer Entwicklungen und der Tatsache, dass mehr ambulante Leistungen nachgefragt werden, erkannt.

Für die ambulante Unterstützung hilfe- und/oder pflegebedürftiger Menschen ist eine vernetzte Zusammenarbeit zwischen Institutionen wie Spitäler, Heimen, Ärzteschaft und der Spitex notwendig. Ebenso wichtig ist die Vernetzung mit den Leistungen dieser Institutionen für pflegende Angehörige, da sie dadurch entlastet werden (Perrig-Chiello, 2010b, S. 9).

Gezeigt hat sich ein Personalmangel bei den ambulanten professionellen Versorgungsdiensten. Einen Fachkräftemangel von gut 30 Prozent bei Spitex-Organisationen weisen im Jahr 2002 Prey et al. (2004) aus (zit. in Höpflinger & Hugentobler, 2005, S. 108). Noch ungelöst bleibt die Frage, wie diesem Mangel begegnet werden kann und wie er sich auswirken wird. Befürchtet werden verschlechterte Qualität in der Pflege aufgrund der Konkurrenz zwischen privaten und öffentlichen Anbietern von Pflegeleistungen oder gar eine „Zwei-Klassen-Pflege“ (Höpflinger et al., 2011, S. 117).

#### *Kompliziertes Finanzierungssystem und ungedeckte Kosten (Makroebene)*

Die Schweiz kennt keine national einheitliche Pflegefinanzierung. Die Kosten einer Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit tragen verschiedene Sozialversicherungen mit unterschiedlich hohen finanziellen Beträgen. Betroffene Personen sind einem komplexen materiellen Abgeltungssystem ausgesetzt, wobei ihnen oftmals die sozialversicherungsrechtlich relevanten Informationen fehlen resp. sie keine Kenntnis von ihrem diesbezüglichen rechtlichen Anspruch haben.

Zudem entstehen hilfe- und/oder pflegebedürftigen Personen ungedeckte Kosten. Vor allem Leistungen, die den Hilfebedarf bei instrumentellen Aktivitäten abdecken – wie Haushaltsführung – werden nicht von der OKPV übernommen. Gerade die Nachfrage nach diesen Hilfeleistungen ist jedoch sehr hoch. Der neu eingeführte Eigenanteil von 20 Prozent auf alle Spitex-Leistungen verschärft die Situation zusätzlich.

Finanzielle Entlastung bietet zwar die HE, zumal seit 1.1.2011 auch Personen, die zuhause leben, bei leichter Hilflosigkeit anspruchsberechtigt sind, was jedoch erst nach einer Karenzfrist von einem Jahr eintritt. Auch die Leistungen der EL tragen wesentlich dazu bei, zuhause bleiben zu können. Dennoch sind die entstehenden Kosten oft nicht vollumfänglich gedeckt. Das birgt die Gefahr, dass sich nur begüterte hochaltrige Menschen die Pflege zuhause leisten können und das allgemein geltende Paradigma ambulant vor stationär nur noch für diese gilt.

## **6. Bewertung aus Sicht der Sozialen Arbeit**

Zusammenfassend verdeutlicht Kapitel 5 die Ursachen, die der Realisierung des Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, von hochaltrigen, hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen entgegenstehen.

Im folgenden Kapitel werden diese Ursachen erneut aufgegriffen und aufgrund des Berufskodexes der Sozialen Arbeit bewertet. Dazu wird zuerst die Profession der Sozialen Arbeit definiert, um anschliessend darzulegen, weshalb sich die Soziale Arbeit als Profession dem Thema, also dem Verbleib hochaltriger, hilfe- und/oder pflegebedürftiger Personen in ihrem Daheim, widmen soll. Zudem werden der Gegenstand und die Ziele der Sozialen Arbeit genannt. Weiter werden die Ursachen, die zur Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität der Lebe- und Sterbeorte im hohen Alter führen, aufgrund derjenigen Werte und Grundsätze bewertet, die für die Soziale Arbeit massgebend sind.

### **6.1. Definition, Gegenstand und Ziel der Sozialen Arbeit**

Im ‚Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz‘ ist die Profession Soziale Arbeit folgendermassen definiert:

Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Indem sie sich sowohl auf Theorien menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme stützt, vermittelt Soziale Arbeit an den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Für die Soziale Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit fundamental. (AvenirSocial, 2010, S. 8)

Die oben genannte Definition beauftragt die Soziale Arbeit als Profession, sich auch im Hinblick auf hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen, die zuhause wohnen bleiben wollen, zu engagieren. Dies, weil es darum geht, Menschen zu ermächtigen und zu befreien und an den Orten zu vermitteln, wo sie und ihre Umfelder aufeinander einwirken. Es gilt deshalb, diese ‚Orte‘ genauer anzuschauen, um zu erkennen, ob potentiell vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Hochaltrige unter Druck geraten oder Gefahr dazu besteht.

Den Gegenstand der Sozialen Arbeit bilden im Zusammenhang mit hochaltrigen Menschen und ihrem Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben, einerseits praktische Probleme, andererseits soziale Probleme, zu deren Lösungen die Soziale Arbeit beitragen soll. Praktische Probleme zeigen sich laut Beat Schmocker (2011a) zum Beispiel, „wenn bei faktischen Sachverhalten Unvereinbarkeiten z.B. zwischen Ist- und Soll-Zustand oder zwischen Zielen und Mitteln bestehen“ (S. 52). Soziale Probleme wiederum sind „praktische Probleme, die menschliche Individuen als Mitglieder sozialer Systeme im Zusammenhang mit ihrem ‚Eingebunden-werden‘/‚Eingebunden-sein‘/‚Eingebunden-bleiben‘ in die sie umgebende Sozialstruktur betreffen und die sie zu lösen haben, um ihre Bedürfnisse (...) befriedigen zu können“ (S. 53).

Dabei kann es sein, dass die Bedürfnisbefriedigung nicht mehr gelingt, weil behindernde Strukturen existieren und/oder das Individuum zeitweise oder dauernd nicht (mehr) über die notwendigen Möglichkeiten verfügt (ibid.). Im Kontext der Lebenssituation von hochaltrigen Personen bedeutet dies, dass die Soziale Arbeit neben den vulnerablen Individuen auch die informellen und professionellen Unterstützungsnetze sowie die strukturellen Gegebenheiten beachten soll, welche Einfluss auf die Zielerreichung haben. Die Soziale Arbeit nimmt somit eine wichtige Schnittstellenfunktion ein.

Ziel für sozialarbeiterisches Handeln ist das Wohlbefinden (well-being) der einzelnen Menschen. Die Definition der Sozialen Arbeit verweist weiter auf die drei Ebenen Mikro, Meso und Makro. Soziale Arbeit soll auf allen drei Ebenen dieses Ziel verfolgen: In Bezug auf das Individuum (Mikroebene) soll die Soziale Arbeit den Menschen ermächtigen, sich aus „selbst- oder fremdgesteuerten Zwängen“ zu befreien, um damit Not abzuwenden. In Bezug auf die Mesoebene soll sie „hilfreiche menschliche Beziehungen“ fördern und in Bezug auf die Makroebene soll sie den „menschliches Leben begünstigenden sozialen Wandel“ fördern. (ibid., S. 11)

## **6.2. Bewertung der zur Diskrepanz führenden Ursachen**

Der Sozialen Arbeit und letztlich ihrem Handeln liegen zentrale Grundwerte wie die Achtung der Würde jedes Menschen und die Achtung der daraus folgenden Rechte sowie die Werte Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit zugrunde (AvenirSocial, 2010, Pkt. 8 Ziff. 1, 2, & 3, S. 8). Weiter misst die Soziale Arbeit der sozialen Gerechtigkeit als Prinzip besondere Bedeutung zu und fordert „menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme“ (ibid., Pkt. 9 Ziff. 1, 2 & 3).

Die aus diesen Grundwerten abgeleiteten Grundsätze und Verpflichtungen für die Soziale Arbeit werden nun mit Bezug auf die gewonnenen Erkenntnisse über die Ursachen erläutert,

die den Wunsch hochaltriger Menschen, bis zum Tod zuhause zu leben, beeinträchtigen. Dabei beschränken sich die Autorinnen auf die beiden Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung sowie auf die Verpflichtung zur gerechten Verteilung von Ressourcen. Ausgewählt haben die Autorinnen diese, da sie deren Einhaltung aufgrund der erklärenden Ursachen in Kapitel 4 als besonders in Frage gestellt erachten.

### *Grundsatz der Selbstbestimmung*

„Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen Anderer“ (AvenirSocial, 2010, Pkt. 8 Ziff. 5, S. 8).

Kapitel 3 dieser Arbeit hat gezeigt, dass der Verbleib in den eigenen vier Wänden für alte Menschen zu den höchsten Wertprioritäten gehört (Kruse & Wahl, 2010, S. 415). Das Zuhause-Bleiben-Können bedeutet für sie in hohem Mass Autonomie (ibid., S. 185). Generell ist das Recht auf Selbstbestimmung jedoch für hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen aufgrund abnehmender gesundheitlicher Ausstattung und eines zunehmenden Unterstützungsbedarfs gefährdet. Verschärft wird diese Situation unter Umständen durch fehlende sozioökonomische Ressourcen (finanzielle Mittel) sowie mangelnder sozialökologischer Ausstattung (Wohnbedingungen).

Grundsätzlich muss die Soziale Arbeit für hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen das Recht auf Selbstbestimmung verteidigen und einfordern, wobei zu berücksichtigen gilt, dass sich diese Personen nicht selbst gefährden. Diesem Umstand gilt es bei der beschriebenen Thematik besonders Rechnung zu tragen. Vor allem kognitive Leistungseinbußen oder demenzielle Erkrankungen stellen die Möglichkeit der Selbstbestimmung stark in Frage. Die Herausforderungen, die sich daraus ergeben, betreffen sowohl die hochaltrige Person selbst als auch deren Angehörige, das soziale Umfeld sowie u.a. die Soziale Arbeit.

Mit diesen Herausforderungen sind insbesondere die Angehörigen konfrontiert. Denn der Grundsatz der Selbstbestimmung beinhaltet u.a. auch die Rechte und legitimen Interessen Anderer, welche nicht gefährdet werden dürfen. Die schlechtere Gesundheit vieler pflegender Angehörigen (im Vergleich zur nicht pflegenden Bevölkerung), wie in Kapitel 4.4.4 dargestellt, verweist weiter auf die Grenzen der Selbstbestimmung Hochaltriger. Im Alltag dürften sich viele pflegende Familienmitglieder im Dilemma zwischen Selbst- versus Fremdbestimmung bezüglich gepflegter Person befinden.

Die Soziale Arbeit ist gefordert, hier sorgfältig abzuwägen. Einerseits gilt es, das Recht auf Selbstbestimmung hochaltriger Menschen zu schützen, andererseits die der Profession zugrunde liegende gesellschaftliche Verantwortung wahrzunehmen, indem – notfalls auch gegen den Willen hochaltriger Personen – zu ihrem eigenen Schutz eingegriffen wird. Ebenso müssen die Interessen Anderer resp. deren Selbstbestimmung einbezogen und diesen Menschen Unterstützung gewährt werden, wie sie mit der Situation umgehen können.

#### *Grundsatz der Ermächtigung*

„Die eigenständige und autonome Mitwirkung an der Gestaltung der Sozialstruktur setzt voraus, dass Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ihre Stärken entwickeln und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt sind“ (AvenirSocial, 2010, Pkt. 8 Ziff. 8, S. 9).

Aus bereits beschriebenen Gründen sind hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen in besonderem Mass bei der autonomen Mitwirkung und Gestaltung der sie umgebenden Sozialstruktur zunehmend beeinträchtigt. In Kapitel 4.4 wurden das informelle sowie in Kapitel 4.5 das professionelle Unterstützungsnetz thematisiert. Ebenso wurde in Kapitel 4.6 die Finanzierung von Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit aufgezeigt. Hochaltrige Menschen und ihre Angehörigen müssen über Entlastungsangebote, Vernetzungschancen und Finanzierungsmöglichkeiten durch sozialversicherungsrechtliche Ansprüche bei einem Hilfe- und/oder Pflegebedarf informiert sein. Der Sozialen Arbeit fällt die Aufgabe zu, Ressourcen zu erschliessen, denn „moralisch geboten sind jene professionellen Handlungen, die Menschen zur Wahrung ihrer Rechte befähigen, sie aufklären und ihre Handlungskompetenzen stärken“ (Schmocker, 2011a, S. 35).

Insbesondere die Komplexität des Sozialversicherungssystems, das bei Hochaltrigkeit und Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit – und eventueller geringer finanzieller Mittel – zum Tragen kommt, erfordert verlässliche Informationen. Trotz reduzierten körperlichen Möglichkeiten können Menschen, die ermächtigt werden, dementsprechend auch selber handeln.

#### *Die Verpflichtung zur gerechten Verteilung von Ressourcen*

„Die einer Gesellschaft zur Verfügung stehenden Ressourcen, die für das Wohlbefinden der Menschen eingesetzt werden können, sind bedürfnisgerecht, adäquat und rechtmässig zu erteilen; insbesondere vor dem Hintergrund knapper Ressourcen ist die Verteilungsgerechtigkeit um so dringlicher sicherzustellen“ (AvenirSocial, 2010, Pkt. 9, Ziff. 6, S.10).

Das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit, das in der Definition der Profession Soziale Arbeit genannt wird, verpflichtet die Professionellen der Sozialen Arbeit zur gerechten Verteilung

von Ressourcen. Für die Autorinnen sind im Hinblick auf die Ursachen, die dazu führen, dass hochaltrige Menschen ihren Lebensabend unter Umständen nicht in ihren eigenen vier Wänden verbringen können, vor allem das professionelle Versorgungsnetz (vgl. 4.5) sowie die Finanzierung von anfallenden Kosten aus einem Hilfe- und/oder Pflegebedarf (vgl. 4.6) massgebend.

Schmocker (2011b) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass der Sozialen Arbeit und ihrem Intervenieren am Ort, wo Individuum – also hochaltrige Menschen – und Gesellschaft aufeinandertreffen, Menschenbilder zugrunde liegen: Der Mensch als Wesen

(...) aus Fleisch und Blut, der leidens-, lern- und wissensfähig, also verletzbar, letztlich sterblich, jedoch in der Lage ist, Beziehungen einzugehen und damit soziale Strukturen zu schaffen, die ihn zwar vor seiner Verletzlichkeit schützen, von denen er in seiner Bedürfnisbefriedigung aber auch abhängig ist. Soziale Strukturen und Systeme sind somit entweder begünstigende oder behindernde Bedingungen für den Menschen. (S. 10)

Das professionelle, ambulante Versorgungsangebot der Hilfe und Pflege ist regional unterschiedlich gut ausgebaut. Dadurch sind die Chancen für hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Personen, in ihrem Zuhause bleiben zu können, unterschiedlich verteilt. Das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit ist somit in Frage gestellt, wenn strukturelle Gegebenheiten (Makroebene) so gestaltet sind, dass die einen begünstigt sind und andere nicht. Zudem weckt der Personalmangel bei ambulanten Versorgungsdiensten Ängste vor einer verschlechterten Pflegequalität und vor einer „Zwei-Klassen-Pflege“ (Höpflinger et al., 2011, S. 117).

Genau diese Gefahr einer „Zwei-Klassen-Pflege“ – und somit eine fehlende Chancengleichheit – wird durch Lücken in der Finanzierung von Hilfe- und/oder Pflegeleistungen weiter verstärkt. Denn die aus einer Hilfebedürftigkeit entstehenden Kosten, z.B. für hauswirtschaftliche Leistungen, werden von den Krankenkassen nicht bezahlt. Wer es sich leisten kann, trägt diese Kosten selber. Der seit 1.1.2011 eingeführte höhere Eigenanteil auf Spitex-Kosten wirkt sich v.a. für Hochaltrige, die nur über geringe finanzielle Mittel verfügen, unter Umständen fatal aus, da er ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigt. Zudem kann es sein, dass sie aufgrund von Wohneigentum keinen Anspruch auf EL geltend machen können.

Die Tatsache, dass es in der Schweiz keine einheitliche Pflegeversicherung gibt und das Finanzierungssystem äusserst komplex ist, erschwert es insbesondere Personen mit tieferer Bildung, sich einen Überblick über die ihnen eventuell zustehende Gelder zu verschaffen. Aus Sicht der Autorinnen ist die Art und Weise, wie die Finanzierung von Kosten aus Hilfe-

und Pflegebedürftigkeit strukturell geregelt ist, eine behindernde Bedingung für hochaltrige Personen und bedarf der Veränderung durch gesellschaftspolitisches Aktiv-Werden der Sozialen Arbeit.

Auch Maja Heiner (2006) sieht die Aufgabe der Sozialen Arbeit darin, auf soziale Ungerechtigkeiten aufmerksam zu machen, Folgen gesellschaftlicher Probleme darzulegen, über bestehende Lücken in der sozialen Infrastruktur zu informieren und schliesslich Verbesserungsvorschläge anzubringen (S. 359).

Im anschliessenden Kapitel 7 legen die Autorinnen das Aktiv-Werden dar und gehen auf die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit für hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen zum Verbleib in ihrem Zuhause ein.

## **7. Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit**

Die Ursachen für die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit wurden ausführlich dargelegt und in Kapitel 6 - gestützt auf den Berufskodex der Sozialen Arbeit - bewertet. Die nachstehenden Ausführungen zeigen Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit beim Verbleib hochaltriger Menschen in ihrem Zuhause auf. Dazu wird zuerst das aus der sozialräumlichen Sozialarbeit stammende *SONI*-Schema eingeführt und die Mikro-, Meso- und Makroebenen den *SONI*-Handlungsfeldern zugeteilt. Als Weiteres werden Funktion und Rolle der Sozialen Arbeit erläutert. Danach werden Handlungsmöglichkeiten auf der Mikro-, Meso- und Makroebene dargelegt, die hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen in der Realisierung ihres Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, unterstützen können.

### **7.1. Sozialraumorientierung und *SONI*-Schema (Sozialstruktur, Organisation, Netzwerk und Individuum)**

Die in Kapitel 4 dargelegten Ursachen, die der Realisierung eines Lebens zuhause trotz Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit selbst in der letzten Lebensphase entgegenstehen, sind vielschichtig und komplex. Ebenso wie die Beschreibung und Erklärung eines Sachverhalts verlangen auch Lösungen und letztlich Handeln nach Berücksichtigung der drei Ebenen Mikro, Meso und Makro (Schmocker, 2011b, S. 11). Die Autorinnen sind überzeugt, dass ein der Thematik dieser Bachelorarbeit angemessenes, sozialarbeiterisches Handeln auf allen drei Ebenen ansetzen muss, insbesondere, weil beispielsweise die Beschränkung auf die Ebene des Individuums und seiner Ausstattung (Mikro) zu kurz greifen würde.

Um der Komplexität und Mehrniveaulität der aufgezeigten Ursachen (vgl. 4) gerecht zu werden, wird das aus der sozialraumorientierten Sozialarbeit stammende *SONI*-Schema eingeführt. Hochaltrige Menschen als Individuen (Mikroebene) sind in soziale Unterstützungsnetzwerke (Mesoebene) und strukturelle Gegebenheiten (Makroebene) eingebettet. Gemäss Frank Früchtel, Gudrun Cyprian und Wolfgang Budde (2007a) eröffnen die Beziehungen, Verbindungen und Verschränkungen, die Wechselwirkungen und Abhängigkeiten aller drei Ebenen einen ‚sozialen Raum‘, in dem die Soziale Arbeit tätig wird, wenn sich darin soziale Probleme ergeben (S. 11).

Generell reduziert das *SONI*-Schema Komplexität und erlaubt eine ganzheitliche Sichtweise. Des Weiteren verschränkt das Schema verschiedene Theorien und Handlungsansätze der

Sozialen Arbeit auf neue Weise. Es handelt sich dabei um Herangehensweisen

- auf *unterschiedlichen Ebenen*, nämlich Mikro, Meso und Makro
- aus *unterschiedlichen Praxisfeldern* der Sozialen Arbeit wie fallbezogene, fallübergreifende und fallunabhängige Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit
- aufgrund der *Grundwerte* soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte und Menschenwürde
- aus *unterschiedlichen Theorien* der Sozialen Arbeit. (Früchtel et al., 2007a, S. 22)

Abbildung 10 stellt das *SONI*-Schema gemäss Früchtel et al. (2007a) dar. Referenzpunkte des Modells bilden sowohl das System als auch die Lebenswelt. Das *System* fokussiert die Bedingungen des Hilfesystems. Die *Lebenswelt* richtet das Augenmerk auf das Individuum und sein Umfeld. Dem System sind einerseits die Sozialstruktur, andererseits die Organisationen angehörig. Der Lebenswelt sind das Netzwerk sowie das Individuum zugeordnet. Sozialstruktur, Organisationen, Netzwerk und Individuum bilden die vier *SONI*-Handlungsfelder. (S. 29) Nach Frank Früchtel und Wolfgang Budde (2011) ermöglichen diese vier Handlungsfelder ein systematisches und verknüpftes einzelfallorientiertes, steuerungsbezogenes, zivilgesellschaftliches und politisches Handeln (S. 32).

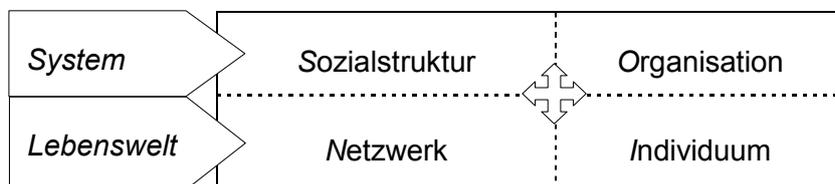


Abbildung 10: *SONI*-Schema (Früchtel et al., 2007a, S. 29, eigene Darstellung)

Das *SONI*-Schema oben soll verdeutlichen, dass die vier Handlungsfelder miteinander in Verbindung stehen, voneinander abhängen und interagieren. Zudem bietet das Schema den Autorinnen dieser Arbeit einen strukturellen Orientierungsrahmen, aufgrund dessen sich die Handlungsfelder der Mikro-, Meso- und der Makroebene zuordnen lassen.

Bezieht man also das Schema konkret auf das Thema der vorliegenden Arbeit, beinhaltet das Handlungsfeld Sozialstruktur einerseits die Versorgungsstrukturen für die Pflege hochaltiger, hilfe- und/oder pflegebedürftiger Menschen, andererseits die Regelungen der Finanzierung von Hilfe- und/oder Pflegeleistungen. Das Feld Sozialstruktur ist somit der Makroebene zuzuordnen, da beides - Versorgungsstrukturen und Finanzierung der Kosten - gesellschaftlich/politisch verankerte Strukturen darstellen.

Im Handlungsfeld *Organisation* rücken die Institutionen des professionellen Unterstützungsnetzes an sich ins Blickfeld, beispielsweise die Spitex. Als Teil der Versorgungsstruktur sind sie der Makroebene zuzuordnen. Als Organisationen müssen sie sich so weiterentwickeln, dass sie ihren Auftrag (Pflege) optimal erfüllen können. Im Handlungsfeld *Organisation* geht es deshalb u.a. um institutionelle Veränderungen.

Im Handlungsfeld *Netzwerk* steht die hochaltrige Person in Beziehung und Austausch zu ihrem/seinem direkten sozialen Umfeld, also dem informellen Unterstützungsnetz. Dazu gehören neben der Kernfamilie auch der Freundes- und Bekanntenkreis, Personen aus der Nachbarschaft sowie Freiwillige. Die Autorinnen verorten dieses Handlungsfeld auf der Mesoebene.

Das Handlungsfeld *Individuum* handelt von den einzelnen hochaltrigen Menschen und ihrer Ausstattung an Gesundheit, Erkenntniskompetenzen etc. Die Soziale Arbeit bewegt sich dort also auf der Mikroebene.

## **7.2. Methodisches Vorgehen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene**

Die oben beschriebenen Handlungsfelder resp. die verschiedenen Ebenen (Mikro, Meso, Makro), denen sie zugeordnet werden können, verlangen nach spezifischem sozialarbeiterischem Handeln. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es nicht genügt, auf einer einzigen Ebene tätig zu werden, da, wie oben bereits erwähnt, gesellschaftlich vorgegebene Strukturen, darin tätige Organisationen und Netzwerke sowie das Individuum voneinander abhängen und sich wechselwirkend beeinflussen. Maja Heiner (2006) teilt denn auch den drei Ebenen Mikro, Meso und Makro je eine bestimmte sozialarbeiterische Sicht- und Arbeitsweise zu. Für die Mikroebene führt sie die fallbezogene Arbeitsweise an und meint damit die „Arbeit mit bestimmten Klient/innen [sic!] und ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld an der Verbesserung ihrer Lebenslage“. (S. 354)

Auf der Mesoebene nennt Heiner (2006) die fallübergreifende Arbeit, weil es primär um Einflussnahme und Mitwirkung im Sinne von Infrastruktur- und Angebotsentwicklungen geht (S. 355). Die Entwicklungsaufgaben sollen also zur Verbesserung der sozialen Infrastruktur beitragen und können auch das informelle und professionelle Unterstützungsnetz betreffen. Dabei tritt vor allem die Zusammenarbeit mit diesen Netzwerken ins Zentrum.

Die Makroebene zeichnet sich nach Heiner (2006) durch die fallunabhängige Arbeit aus. Professionelle der Sozialen Arbeit haben sich u.a. auch im Feld der Sozialstrukturen zu engagieren. Dabei handelt es sich einerseits um das politische und gesellschaftliche Wahrnehmen und Bewerten sozialer Probleme (politische Meinungsbildung), andererseits um die politische

und gesellschaftliche Einflussnahme auf soziale Probleme (politische Willensbildung). (S. 355.)

Die folgende Tabelle 4 bildet neben den SONI-Handlungsfeldern die entsprechende Mikro-, Meso- oder Makroebene sowie die dazu gehörenden ursächlichen Bereiche ab. Ebenso ersichtlich ist die den Ebenen zugeordnete methodische Arbeitsweise der Sozialen Arbeit. Zusätzlich zeigt Tabelle 4 die Funktion von sozialarbeiterischem Handeln in den entsprechenden Handlungsfeldern sowie die Rolle, die der Sozialen Arbeit dabei zukommt.

	<i>SONI-Handlungsfelder</i>	<i>Ebene</i>	<i>Ursachen (aus Kapitel 4)</i>	<i>Methodische Arbeitsweise</i>	<i>Funktion der Sozialen Arbeit</i>	<i>Rolle der Sozialen Arbeit</i>
<i>Lebenswelt</i>	Individuum	Mikro	Bio-psychologische Aspekte Wohnverhältnisse Einkommen und Vermögen	fallbezogen	Stabilisierung Betreuung Begleitung Veränderung Entwicklung Information Service	Beratende Begleitende Informierende
	Netzwerke	Meso	Informelles Unterstützungsnetz	fallübergreifend	Stabilisierung Betreuung Begleitung Information Service	Beratende Begleitende Koordinierende Vernetzende Informierende
<i>System</i>	Organisation	Makro	Professionelles Unterstützungsnetz	fallunabhängig	Veränderung Entwicklung	Informierende Lobbyierende
	Sozialstruktur	Makro	Finanzierung (mit Teilaspekt Wohnverhältnisse)	fallunabhängig	Veränderung Entwicklung	Informierende Lobbyierende

Tabelle 4: Übersicht über SONI-Handlungsfelder in Bezug auf sozialarbeiterisches Handeln (eigene Darstellung)

Die dritte leitende Frage dieser Arbeit lautet: Wie kann die Soziale Arbeit hochaltrige Menschen bei der Verwirklichung ihres Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, unterstützen? Zur Beantwortung dieser Frage werden im Folgenden sowohl die Ursachen auf den drei Ebenen Mikro, Meso und Makro aufgegriffen sowie die je nach Ebene geeignete Arbeitsweise, Funktion und Rolle der Sozialen Arbeit analog zu Tabelle 4 aufgezeigt. Ebenso werden

jeweils zuerst das Ziel resp. die Ziele genannt, die mit dem sozialarbeiterischen Handeln erreicht werden sollen.

Professionelle der Sozialen Arbeit verfügen über ein breitgefächertes Handlungswissen. Dieses befähigt die Fachkräfte, auf sämtlichen drei Ebenen aktiv zu werden. Aufgrund der vielfältigen Handlungsmöglichkeiten erachten es die Autorinnen indes für angebracht, nur ausgewählte Möglichkeiten darzulegen. Es sind dies Ressourcenerhaltung und –erschliessung auf der Mikroebene, Ressourcenerschliessung und Netzwerkarbeit auf der Meso- sowie Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying auf der Makroebene.

### **7.3. Ressourcenerhaltung und Ressourcenerschliessung (Mikroebene)**

Sozialarbeiterisches Handeln auf der Mikroebene - und somit gemäss *SONI*-Schema im Handlungsfeld *Individuum* - fokussiert ebendieses Individuum und seine Ausstattung. Kapitel 4.1 zeigte, dass sowohl die Gesundheit als zentrale körperliche Ausstattung als auch die kognitive Leistungsfähigkeit – und damit unter Umständen die Ausstattung mit Erkenntnis-kompetenzen – mit fortschreitendem Alter zunehmend geringer werden. Kapitel 4.2 verdeutlichte, dass fehlende oder geringe sozioökonomische Mittel (Einkommen, Vermögen) die Verwirklichung des Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, behindern können. Die sozialökologische Ausstattung, wie sie sich in Form der Wohnsituation sowie möglichen baulichen und infrastrukturellen Hindernissen für den Verbleib in den eigenen vier Wänden zeigen, wurde in Kapitel 4.3 thematisiert.

Das Handeln der Sozialen Arbeit auf der Mikroebene – bei, mit und/oder für hochaltrige Menschen – ist generell durch die beiden Grundsätze der Selbstbestimmung und der Ermächtigung geleitet (vgl. 6.2). Dementsprechend erachten die Autorinnen als übergeordnetes, handlungsleitendes Ziel, hochaltrigen Menschen einen gelingenden Alltag zu ermöglichen und sie zu befähigen, ihre verbleibenden Kompetenzen so lange es geht anzuwenden oder gar neue zu erwerben. Die Alltagsbewältigung für und mit den betroffenen Personen steht deshalb im Zentrum. Dabei ist einerseits der Umgang mit dem, durch biopsychologische Prozesse verursachten, zunehmenden Verlust von lebenslanger Autonomie und daraus resultierender personeller Abhängigkeit von andern zentral. Andererseits geht es um das Erschliessen und Vermitteln von praktischer Hilfe und/oder Pflege, sei es beispielsweise durch Information oder Vernetzung mit weiteren Stellen oder durch das Geltend-Machen finanzieller Ansprüche.

Die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit sind indes dort, wo es um Pflege und medizinische Versorgung im engeren Sinne geht, begrenzt. Die Umsorgung

hochaltriger, pflegebedürftiger Personen wird massgeblich durch Organisationen wie die Spitex sichergestellt.

Welche Arbeitsweisen der Sozialen Arbeiten bieten sich an, um hochaltrige Menschen in ihrem Alltag zu stärken resp. dafür zu ermächtigen? Dabei ist eine fallspezifische Arbeitsweise elementar. Denn sie ermöglicht es, individuell sowohl innere (interne) als auch äussere (externe) Ressourcen des einzelnen resp. für den einzelnen Menschen zu erschliessen. Staub-Bernasconi (1998) bezeichnet die Ressourcenerschliessung als „historisch-klassische Arbeitsweise Sozialer Arbeit“, wobei deren Hauptziel darin besteht, die „ressourcenmässige Besserstellung“ von Menschen zu ermöglichen (S. 58).

Geht es um die inneren Ressourcen eines Menschen, verweist Wolf Ritscher (2005) auf eine Basis an sozialkommunikativen und psychischen Fähigkeiten, auf welche zur Alltagsbewältigung zugegriffen werden kann. Nach Ritscher sind grundsätzlich alle Menschen in der Lage, ihren Alltag mit Hilfe von Bewältigungsstrategien, sogenannten Coping-Strategien, zu bestreiten. (S. 174) Er führt zudem aus, dass es um die „Entwicklung, Veränderung oder Verbesserung von Fähigkeiten und Möglichkeiten“ geht, um so eigene aktuelle Lebensbedingungen zu beeinflussen und am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können. Letztlich geht es also um Handlungsfähigkeit. (S. 160)

Für Professionelle der Sozialen Arbeit heisst dies, alle dem Individuum zur Verfügung stehenden inneren, psychischen und kognitiven Ressourcen zu berücksichtigen. Primär gilt es auf individueller Ebene, hochaltrige Menschen zu ermächtigen, dass sie trotz Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit einerseits alternative Handlungsweisen erlernen, neue Problemlösungen ausprobieren und auch im hohen Alter trotz Einschränkungen ihr (verbleibendes) Wissen und Können weiter anwenden. Dies kann dadurch geschehen, dass in der Beratung und Begleitung an den lebenslangen Erfahrungen alter Menschen angeknüpft und ihr biographischer Hintergrund berücksichtigt wird, so dass sie als Expertinnen und Experten in eigener Sache ernst genommen werden.

Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, geht es hier um hochaltrige Personen, die von altersbezogenen, körperlichen oder kognitiven Abbauprozessen betroffen sind und dadurch unter Umständen hilfe- und/oder pflegebedürftig werden. Die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung sind dementsprechend zunehmend in Frage gestellt. Als Coping-Strategie in dieser Situation kann u.a. die von Andreas Kruse (2007) „als zentrale Kategorie einer Ethik des Alters eingeführte ‚bewusst angenommene Abhängigkeit‘“ angesehen werden (S. 191). Dabei handelt es sich um die Fähigkeit, Abhängigkeit von andern als „ein natürliches Phänomen des Menschseins zu deuten“, aufgrund dessen Einschränkungen und irreversible Verluste akzeptiert werden (ibid., S. 219).

In der Rolle als Beratende oder Begleitende von Menschen in der Lebensphase Hochaltrigkeit, die unter Umständen durch diese Verluste massgeblich geprägt sind, ist nach Ansicht der Autorinnen eine personenzentrierte Beratungshaltung nach Carl Rogers besonders wichtig. Dies insbesondere deshalb, weil Hochaltrigkeit und damit verbundene Verluste (Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Autonomie etc.) eine krisenhafte Zeit darstellen können. Hierbei kann die Bewältigung durch ein Gegenüber, das kongruent, akzeptierend und empathisch ist, unterstützt werden. Rogers (2009) beschreibt Kongruenz, Akzeptanz und Empathie als:

- *Authentizität und Transparenz*: Sich in seinen wirklichen Gefühlen zeigen
- *Warmes Akzeptieren* und Schätzen des Anderen als eigenständiges Individuum
- *Einfühlung*: die Fähigkeit haben, den Anderen und dessen Welt mit dessen Augen zu sehen (S. 51-52).

In der Rolle der Informierenden kümmern sich Professionelle der Sozialen Arbeit um die Erschliessung von externen Ressourcen. Dabei geht es zum einen um materielle Mittel, die zugänglich gemacht werden. Konkret heisst dies, dass hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen – oder deren Angehörige – über die ihnen zustehenden Leistungen aus den Sozialversicherungen informiert und diese zu ihren Gunsten allenfalls geltend gemacht werden. Die Unterstützung beim Ausfüllen von Anmeldeformularen für die HE, EL sowie das Einfordern von Mitteln durch die AHV bilden unter vielem anderem wichtige praktische Aktivitäten. Externe Ressourcenerschliessung umfasst zudem die Informationen zu Unterstützungsleistungen von Organisationen wie der Spitex, der Pro Senectute, des Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) und anderen Angeboten wie hauswirtschaftliche Hilfe, Mahlzeitendienst, Fahrdienste oder Begleitung bei ausserhäuslichen Aktivitäten. Bei Fragen zu baulichen Massnahmen können Professionelle der Sozialen Arbeit auf Anlaufstellen - wie z.B. auf die Fachberatung für altersgerechtes Bauen - verweisen.

Die ganzheitliche Erschliessung von Ressourcen, also solchen, die sowohl der Person intern wie auch extern zur Verfügung stehen, stellt auf der Mikroebene ein elementares Instrument zum Verbleib in den eigenen vier Wänden dar. Gemäss Staub-Bernasconi (1998) sind dafür „Bedürfnisabklärungen, Planungs-, Organisations-, Kooperations- und Koordinationskompetenzen, Aus- und Verhandlungstechniken (...) Expertisen und Rechtsmittel“ notwendig (S. 58). Thomas Möbius (2010) verweist im Zusammenhang mit Ressourcenarbeit auf die Erfordernis von konzeptionellen Kenntnissen u. a. in der Lebenswelt- und Sozialraumorientierung sowie der Netzwerkarbeit (S. 25).

Dementsprechend beinhaltet das folgende Unterkapitel das informelle Unterstützungsnetz, also generell das Netzwerk.

#### **7.4. Ressourcenerschliessung und Netzwerkarbeit (Mesoebene)**

Handeln auf der Mesoebene – gemäss SONI-Schema also im Handlungsfeld Netzwerk – richtet sich auf die Beziehungen und den Austausch des Individuums mit anderen. In Kapitel 4.4 wurde das informelle Unterstützungsnetz von hochaltrigen, hilfe- und/oder pflegebedürftigen Personen thematisiert. Die Kernfamilie leistet den grössten Anteil an informeller Hilfe und ist teilweise auch in der Pflege stark eingebunden. Die Herausforderungen, die damit einhergehen können, belasten Angehörige oftmals über ihre Grenzen hinaus. Studien belegen, dass pflegende Angehörige im Vergleich zur Restbevölkerung eine durchschnittlich schlechtere Gesundheit aufweisen (vgl. 4.4.4).

Diese Tatsache ist in mehrfacher Hinsicht alarmierend. Zum einen erzeugen schlechte Gesundheitskonstitutionen gesellschaftliche sowie volkswirtschaftliche unbezifferbare Folgererscheinungen. Zum anderen ist das professionelle Unterstützungsnetz auf die familiäre Hilfe und/oder Pflege angewiesen, da oftmals nur in gutem Zusammenspiel von informeller Hilfe und professioneller Pflege möglich wird, dass hochaltrige Menschen weiter in ihrem Zuhause bleiben können. Die Autorinnen gehen deshalb mit Kruse und Wahl (2010) einig, dass der Familie als Unterstützungsnetz besondere Beachtung geschenkt werden muss (S. 305). Denn es gilt, die Ressourcen der Pflegenden zu schützen.

Für das Handeln der Sozialen Arbeit auf der Mesoebene, der Ebene des Netzwerks, erachten die Autorinnen als handlungsleitende Ziele, das informelle Unterstützungsnetz zu festigen, helfende und/oder pflegende Angehörige zu stärken und/oder sie zu entlasten. Auch bei ihnen steht die Ermächtigung zur Bewältigung ihres ‚Hilfe- und/oder Pflege-Alltags‘ im Vordergrund, wobei Ermächtigung u.U. auch auf ‚Sorge um sich selber‘ zielen kann.

Welche Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit bieten sich an, um vor allem das familiäre Unterstützungsnetz zu ermächtigen? Elementar erscheint einerseits die fallspezifische Arbeitsweise, andererseits die fallübergreifende. Fallspezifisch geht es, wie bereits in Kapitel 7.3 dargestellt, um die Ressourcenerschliessung im Hinblick auf eine individuelle Hilfe- und/oder Pflegesituation. Zusätzlich zur materiellen Ressourcenerschliessung kommt in Bezug auf die Angehörigen ebenfalls die spezifische Information über Entlastungsangebote und/oder die Vernetzung mit ihnen hinzu.

Die Autorinnen gewichten die Netzwerkarbeit als sozialarbeiterisches Handeln als zentral, wenn es um das informelle Unterstützungsnetz von hochaltrigen Personen geht. Professionelle Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter werden in diesem Bereich als Vernetzende sowie allenfalls als Koordinierende tätig.

Iris Bunzendahl und Björn Peter Hagen (2004) definieren Netzwerke als „Systeme, in denen Informationen ausgetauscht, Unterstützung mobilisiert, Ressourcen genutzt, Aktivitäten koordiniert und Strukturen verändert werden“ (S. 169). Für Michael Galuske (2007) zielt die Netzwerkarbeit darauf ab, unzureichende oder brüchige Unterstützungsnetze von Klientinnen und Klienten - hier also sowohl hochaltrige Personen selbst als auch deren Angehörige (Anmerkung der Autorinnen) - zu stabilisieren resp. auszubauen (S. 311). Er betont, dass die Forschung „nachdrücklich auf die soziale Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungsfunktion lebensnaher Netze hingewiesen“ hat (S. 309). Heike Meyer (2007) bezeichnet die soziale Unterstützung in ihrer Studienarbeit als „Puffer“ in schwierigen Lebenssituationen (S. 18).

Damit dieser „Puffer“ wirken kann, brauchen helfende und pflegende Angehörige nach Ansicht der Autorinnen u.a.

- flexible und individuelle Hilfe durch das professionelle Unterstützungsnetz
- Entlastungsangebote wie Tageshospize, Ferienbetten und stundenweise Ablösung
- weitere informelle Unterstützungspersonen zur Entlastung (Freundinnen, Freunde, Nachbarinnen, Nachbarn, Freiwillige etc.)
- Wertschätzung für die von ihnen geleistete Arbeit
- Orte und Gefässe, um sich emotional und psychisch zu entlasten.

Laut Bunzendahl und Hagen (2004) werden in personenbezogenen Netzwerken Angehörige, Personen aus der Nachbarschaft sowie professionelle Unterstützungssysteme miteinander verschränkt (S. 170). Für Sibylle Friedrich (2010) besteht das Ziel der Netzwerkarbeit darin, Personen „dabei zu unterstützen, Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten, sowie zu üben, sich Unterstützung im Alltag und in Krisenzeiten aus dem privaten Netzwerk zu holen und zu sichern“ (S. 63).

Konkret handeln kann die Soziale Arbeit, indem sie z.B. Netzwerkkarten erstellt, wie dies Friedrich (2010) vorschlägt. Hierbei werden alle bereits im Unterstützungsnetz tätigen informellen Unterstützungspersonen sowie mögliche weitere Personen aus Verwandtschaft, Freundeskreis, Nachbarschaft und Freiwillige usw. ebenso grafisch erfasst. Auch professionelle Unterstützungsnetze werden aufgeführt. (S. 64) Professionelle der Sozialen Arbeit können nebst der Hilfe bei der Vernetzung auch die Koordination von verschiedenen Personen des informellen Unterstützungsnetzes, aber auch zwischen informeller und professioneller Unterstützung anbieten.

Angesichts der in Kapitel 1 beschriebenen demografischen Entwicklung mit einer steigenden Anzahl hochaltriger Menschen in den kommenden Jahren und damit einhergehender Zu-

nahme der Zahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen scheint den Autorinnen die Netzwerkarbeit besonders bedeutsam. Zudem erachten die Autorinnen diese deshalb als sehr relevant, da bereits heute Personen ohne Nachkommen viel stärker auf die professionelle Unterstützung angewiesen sind (Perrig-Chiello et al., 2008, S. 67), deren Kapazitäten jedoch angesichts der oben genannten Tatsachen knapper werden dürfte.

### **7.5. Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying (Makroebene)**

Handeln der Sozialen Arbeit auf der Makroebene bezieht sich gemäss *SONI*-Schema auf die Handlungsfelder Organisation und Sozialstruktur, was u.a. in Kapitel 4.5 mit der Versorgung hochaltriger, hilfe- und/oder pflegebedürftiger Menschen durch das professionelle Unterstützungsnetz resp. durch Organisationen wie der Spitex dargestellt wurde. Gezeigt hat sich hierbei, dass nicht in allen Teilen der Schweiz ausreichend gut ausgebaute Organisationen vorhanden sind. Zudem fehlt es teilweise an Personal. In Kapitel 4.6 wurde deutlich, dass die Finanzierung von Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit als gesellschaftlich/politisch gegebene Sozialstruktur unzureichend gestaltet ist, um allen Menschen Chancengleichheit beim Verbleib in den eigenen vier Wänden im hohen Alter zu sichern.

Handlungsleitendes Ziel für die Soziale Arbeit auf der Makroebene ist für die Autorinnen im Handlungsfeld Organisation – und somit bezüglich des professionellen Unterstützungsnetzes - das Erreichen folgender vier Punkte, nämlich:

- flächendeckend einheitliche Versorgungsstrukturen
- regionaler Ausbau der Spitexdienste
- Einführung eines 24-h-Spitexdienstes
- Aufwertung von Pflegeberufen.

Den Autorinnen ist bewusst, dass sich diese Ziele nur erreichen lassen, wenn auch die gesellschaftspolitischen strukturellen Gegebenheiten – die Sozialstruktur also – es den Organisationen erlauben, sich so zu entwickeln, dass sie dieser Zielerreichung dienlich sind.

Im Handlungsfeld Sozialstruktur, wo die Finanzierung von Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit verortet werden kann, erachten die Autorinnen die Erreichung folgender Ziele als für die Soziale Arbeit handlungsleitend:

- einheitliche Umsetzung der Neuen Pflegefinanzierung in allen Kantonen, vor allem hinsichtlich des prozentualen Eigenanteils an Pflegekosten

- bessere Abdeckung der Kosten aus Hilfebedürftigkeit, z.B. bei hauswirtschaftlichen Leistungen
- Streichung der einjährigen Karenzfrist für den Erhalt einer Hilflosenentschädigung leichten Grades
- gleiche Handhabung bezüglich Gewährung kantonaler Ergänzungsleistungen.

Welche Arbeitsweisen bieten sich an, um die oben genannten Ziele zu erreichen? Die Autorinnen erachten eine fallunabhängige Arbeitsweise, die eine Veränderung resp. Entwicklung der gesellschaftlichen Strukturen ermöglicht, als notwendig. Der Profession Soziale Arbeit messen sie dabei die Rolle der Informierenden und der Lobbyierenden bei.

Im Wissen darum, dass die gesellschaftlich/politisch verankerten Strukturen immer den Kontext für die soziale Praxis bilden, erachten die Autorinnen die Beteiligung der Sozialen Arbeit am gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs als unumgänglich. Die Soziale Arbeit soll sich, gestützt auf Pkt. 14 des Berufskodexes, den Handlungsmaximen der Professionellen der Sozialen Arbeit, bezüglich der Gesellschaft in die politische Debatte einbringen (AvenirSocial, 2010, S. 13).

Das Finanzierungssystem aus den Sozialversicherungen im Hilfe- und/oder Pflegebereich ist sehr komplex. Anteile der Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit werden durch die KV, die EL, die HE sowie die AHV übernommen (vgl. 4.6). Nach Meinung der Autorinnen ist es notwendig, diese Komplexität zu reduzieren, da viele hochaltrige Personen oder deren Angehörigen sich darin nicht zurechtfinden oder oft nicht wissen, wo sie überall Anspruch auf Leistungen hätten. Reduziert werden kann sie mit der Zusammenlegung der verschiedenen Kostenträger zu einer einzigen, national einheitlich gestalteten Sozialversicherung, einer nationalen Pflegeversicherung. Diese soll sämtliche Leistungen erbringen, die die Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit abdecken. Nationale Abrechnungsstandards sollen bisherige kantonale Ungleichheiten ersetzen. Wie Landolt (2006) vertreten auch die Autorinnen die Ansicht, dass allen hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen dieselben (also einheitliche) Leistungen zustehen, was mit einer zuständigen Sozialversicherung gewährleistet wäre. Damit würde zumindest auch der Chancengleichheit gerecht getan werden.

Sozialarbeiterisches Handeln soll deshalb auf eine nationale Pflegeversicherung hinwirken. Eine national verankerte Pflegeversicherung als gesellschaftlich verortete Struktur bedingt indes der Zustimmung durch die Bevölkerung resp. der Politik. Im politisch direkt demokratischen System der Schweiz partizipieren Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung von gesellschaftlich verankerten Gegebenheiten massgeblich mit. So entscheiden sie in letzter Instanz u.a. über gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen, also auch über die Schaffung einer möglichen nationalen Pflegeversicherung.

Auf der Makroebene – also beim Handlungsfeld Sozialstruktur und beim Handlungsfeld Organisation, wenn es sich um die diesbezügliche Entwicklung im Rahmen der gesellschaftlichen/politischen Bedingungen handelt – geht es laut Früchtel et al. (2007b) um Einmischung und Einflussnahme (S. 259). Denn generell vermitteln Professionelle der Sozialen Arbeit gemäss dem Berufskodex „der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik ihr Wissen über soziale Probleme sowie deren Ursachen und Wirkungen auf individueller und struktureller Ebene, und tragen so dazu bei, dass ihre Expertise nutzbar wird“ (AvenirSocial, 2010, S. 13).

Zur Vermittlung und als Beitrag zur Nutzung von Wissen hinsichtlich der oben genannten Ziele bietet sich für die Soziale Arbeit - in ihrer Rolle als Informierende - die Öffentlichkeitsarbeit an. Hierbei geht es um soziale Bewusstseinsbildung und darum, die Bevölkerung für politische Vorstösse zu ermächtigen. In diesem Zusammenhang wirkt sie in ihrer Rolle als Lobbyierende auf die Veränderung der gesellschaftlichen/politischen Strukturen hin.

Ria Puhl (2008) erachtet Öffentlichkeitsarbeit als eine wichtige Methode der Sozialen Arbeit, die stetig an Stellenwert gewinnt (S. 625). Zukunftsorientierte Entscheidungen, wie hier die Einführung einer nationalen Pflegeversicherung oder die Streichung der einjährigen Karenzfrist für den Erhalt der HE leichten Grades, verlangen nach umfassenden Informationen. Puhl sieht die Soziale Arbeit hierbei als eine „intermediäre Instanz (zwischen Staat, Markt und Selbstorganisation)“ (S. 627). Öffentlichkeitsarbeit bedeutet generell Kommunikation mit der Gesellschaft, also mit ihr in Kontakt zu treten und den gegenseitigen Austausch zu pflegen, wobei die Soziale Arbeit explizit sozialpolitische Zusammenhänge, soziale Probleme und mögliche Lösungsvorschläge thematisiert. Zudem soll sie versuchen, bei der Bevölkerung Verständnis für soziale Anliegen zu wecken. (ibid., S. 625)

Öffentlichkeitsarbeit ist vielfältiger Natur und kann u. a. über persönliche Gespräche, Briefe, Medienarbeit (Print- und Onlinemedien), Informationsbroschüren, Podiumsdiskussionen, Vorträge und Seminare erfolgen. Laut Ria Puhl (2008) sollen Professionelle der Sozialen Arbeit vielfältige Kommunikationswege und -mittel einsetzen, um spezifische Zielgruppen, aber auch eine breite Öffentlichkeit zu erreichen (S. 628). Sie betont, dass die Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit nicht zu unterschätzen ist, denn dies würde bedeuten, „gerade in Phasen immer knapper werdender Ressourcen, Chancen zu verschenken“ (S. 627).

Aber nicht nur Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, wenn es um oben dargelegte Ziele geht. Gefragt ist auch Lobbyarbeit durch die Soziale Arbeit, die darauf hinwirkt, politische Entscheidungsträgerinnen und -träger für ihre Anliegen zu gewinnen. Bisweilen existiert (noch) kein Handlungsfeld der Sozialen Arbeit, das sich explizit auf Lobbying spezialisiert hat. Auch in der Ausbildung zum Bachelor of Social Work fehlen entsprechende fachliche Inhalte. Trotzdem vertreten die Autorinnen die Ansicht, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit

dieses Instruments bedienen sollen, analog anderer Professionen wie beispielsweise der Jurisprudenz, der Medizin oder der Ökonomie.

Gemäss Früchtel et al. (2007b) bietet sich im Handlungsfeld Sozialstruktur Lobbying als Handlungsweise an. Lobbying ist „der informelle Austausch von Informationen und der Versuch die Politik zugunsten einzelner Interessen zu beeinflussen“. (S. 292) Es geht also darum, die Legislative und die Exekutive zu beeinflussen, was primär über persönliche Kontakte geschieht. Früchtel et al. betonen, dass Lobbyierende hierbei Informationen anbieten und im Austausch dazu werden ihre Interessen von Politikerinnen und Politikern berücksichtigt. Lobbyarbeit geschieht nicht öffentlich, sondern findet fast immer im Hintergrund, in persönlichen Arbeitsgesprächen statt. (S. 293) Entgegen andern Bereichen, wo Lobbying oft markt-orientierten Eigeninteressen z.B. einer Branche dient, leistet die Soziale Arbeit ihre Lobbying-tätigkeit als „Interessenvertretung für benachteiligte Menschen“ (ibid., S. 294), was am effektivsten geschieht, wenn nicht nur Informationen, die u.a. Forschung oder Medien anbieten, sondern fundierte Informationen und Geschichten von betroffenen Menschen vermittelt werden, die einen „Mehrwert gegenüber dem allgemein Zugänglichen“ haben. (ibid.)

Deshalb empfehlen Früchtel et al. (2007b), dass sich die Soziale Arbeit an Entscheidungsträgerinnen und –träger auf kommunaler sowie auf nationaler Ebene wendet und Lobbying betreibt (S. 294). Geht es um oben genannte Ziele, die in der Schweiz sowohl auf Bundesebene (nationale Pflegeversicherung, Streichung Karenzfrist bei der HE) als auch auf Kantonsebene (einheitliche Regelungen bezüglich Eigenanteil Pflegekosten, kantonale EL) entschieden werden, ist dieser Rat sicher angebracht.

Zusammenfassend gilt es, noch einmal darauf hinzuweisen, dass Professionelle der Sozialen Arbeit über Wissen und vielfältige Handlungsmöglichkeiten verfügen, um einen wichtigen Beitrag zu leisten, dass hochaltrige Menschen trotz Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zuhause verbleiben können. Damit die Chancengleichheit zur Erfüllung dieses Wunsches gewährt ist, hat sozialarbeiterisches Handeln, wie oben gezeigt, auf der Mikro-, der Meso- sowie der Makroebene anzusetzen. Die ganzheitliche Sichtweise der sozialraumorientierten Sozialarbeit, die gemäss SONI-Schema die vier Handlungsfelder Sozialstruktur, Organisation, Netzwerk und Individuum gleichwertig umfasst, hilft dementsprechend zu klären, in welchen Bereichen Professionelle der Sozialen Arbeit tätig werden sollen.

Im folgenden Kapitel 8 werden nun die drei für diese Bachelorarbeit leitenden Fragen zusammenfassend beantwortet und daraus Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit gezogen.

## 8. Beantwortung der Fragestellungen und Schlussfolgerungen

Generell hat die vorliegende Arbeit, wie in Kapitel 1 dargelegt, zum Ziel, sowohl auf den Wunsch hochaltriger, hilfe- und/oder pflegebedürftiger Menschen bezüglich ihres Lebe- und Sterbeortes als auch auf die reelle Verwirklichung dieses Wunsches hinzuweisen. Um dies zu erreichen, haben die Autorinnen drei entsprechende Fragen (vgl. 1.2) formuliert, die im folgenden Unterkapitel nun beantwortet werden. Daran anschliessend folgen Schlüsse für die Soziale Arbeit, die sich aus der Beantwortung dieser Fragestellungen ergeben.

### 8.1. Beantwortung der Fragestellungen

Die in Kapitel 1.2 formulierten Fragen werden hier noch einmal aufgeführt, um sie anschliessend zu erörtern:

Wie stellt sich die Diskrepanz zwischen dem Wunsch hochaltriger Menschen, zuhause zu leben bis zum Tod und der Wirklichkeit in der Schweiz dar? (Beschreibungswissen)

Das selbständige Wohnen gilt als eine der höchsten Wertprioritäten alter Menschen. Dass der Wunsch, in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, ausgeprägt ist, belegen einerseits Wohnumfragen der Age Stiftung, in denen im Jahr 2008 28 Prozent resp. 27 Prozent der 80-Jährigen und Älteren einen künftigen Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim klar verwarfen. Wenn ein Umzug ins Auge gefasst wurde, dann hauptsächlich, weil es einfach nicht mehr anders ging. Andererseits belegt die repräsentative Studie des BAG aus dem Jahr 2009 zum Thema Palliative Care, dass 73 Prozent der schweizerischen Wohnbevölkerung zuhause sterben möchte. Zwar bildet diese Umfrage den Wunsch der Gesamtbevölkerung ab, also nicht nur derjenige von hochaltrigen Personen, doch gehören sie ebenso zu der befragten Personengruppe.

Dieser sehr deutliche Wunsch steht aber in klarem Gegensatz zu den tatsächlichen Sterbeorten. Eine in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführte Studie aus dem Jahr 2004 belegt, dass nur 23 Prozent dieser Personen zuhause versterben. Menschen ab 80 Jahren sterben grösstenteils in Spitälern sowie Alters- und Pflegeheimen. Gemäss einer repräsentativen Erhebung des BFS im Jahr 2009 sterben Menschen ab dem 75. Altersjahr zu 85 Prozent und ab 90-Jahren sogar zu 95 Prozent in Spitälern oder in Alters- und Pflegeheimen.

Selbst unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Erhebungsarten der Daten in Bezug auf die befragten Bevölkerungsgruppen zeigt sich trotzdem eine markante Diskrepanz zwischen

dem Wunsch hochaltriger Menschen, bis zum Tod zuhause zu leben und der effektiven Wirklichkeit. Dementsprechend greift dies die zweite Frage dieser Arbeit auf:

Welche Ursachen führen zu dieser Diskrepanz? (Erklärungswissen)

Die Ursachen, die zu der oben erwähnten Diskrepanz führen, sind komplex und mehrniveuaual, weshalb sie sich auf der Mikro-, Meso- und Makroebene zeigen.

Auf der Mikroebene, also der Ebene des Individuums, finden sie sich bei der körperlichen, sozioökonomischen und sozialökologischen Ausstattung hochaltriger Menschen. Die wohl bedeutendste Ursache dieser drei besteht darin, dass die Ausstattungsdimension Gesundheit durch Alterungsprozesse sowie im hohen Alter auftretende Morbidität oder gar Multimorbidität beeinträchtigt wird. Dadurch reduzieren sich die instrumentellen wie auch die basalen Fertigkeiten, weshalb hochaltrige Menschen Hilfe, Betreuung oder gar Pflege benötigen, um den Alltag zu bewältigen. Ihren Wunsch, zuhause leben zu bleiben, können sie somit nicht mehr alleine realisieren.

Als weitere Ursache auf der Mikroebene ist die Einkommens- und Vermögenssituation (sozioökonomische Ausstattung) hochaltriger Menschen zu nennen. Wer über mehr materielle Mittel verfügt, kann sich – zusätzlich zu den Leistungen der Sozialversicherungen an die Kosten bei Hilfe- und/oder Pflegebedarf – eher professionelle Unterstützung leisten. So können aus einem Hilfebedarf resultierende Kosten, z.B. für hauswirtschaftliche Hilfe, selbst bezahlt werden. Aber längst nicht alle hochaltrigen Personen verfügen über genügend Geld, um sich dies zu leisten. Gerade heutige Hochaltrige weisen ein erhöhtes Risiko an geringen finanziellen Mitteln auf. Entschärft wird diese Situation zwar durch EL und HE, doch sind ihre Chancen, zuhause zu verbleiben, gegenüber Personen mit mehr sozioökonomischen Mitteln geschmälert.

Hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen können nur dann zuhause gepflegt oder betreut werden, wenn ihre Wohnverhältnisse (sozialökologische Ausstattung, Mikroebene) dies erlauben. Als hinderliche Faktoren nennen Fachkräfte u. a. Treppen, Schwellen, zu wenig Platz für ein Pflegebett oder zu kleine WC-Räumlichkeiten. Sind Betroffene mit baulichen Massnahmen konfrontiert, wohnen aber in einem Mietobjekt, kann sich dies zusätzlich als erschwerend erweisen. Zudem befürchten Vermietende aufgrund baulicher Anpassungen oftmals eine Wertverminderung. In dieser Hinsicht haben es Betroffene mit Wohneigentum einfacher, sich den Verbleib zuhause zu sichern, sofern sie über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen. Nebst ungeeigneten Wohnräumen kann auch fehlende Infrastruktur

- keine Geschäfte, keine Poststelle etc. – die Verwirklichung des Wunsches, zuhause leben zu bleiben, behindern.

Auf der Mesoebene, der Ebene des Individuums und seiner Einbettung in Beziehungen, hat sich gezeigt, dass hochaltrige, hilfe- und/oder pflegebedürftige Menschen ihren Wunsch kaum realisieren können, wenn sie nicht auf ein informelles Unterstützungsnetz zurückgreifen können. Denn dieses zeichnet sich massgeblich dafür verantwortlich, ob Betroffene in den eigenen vier Wänden verbleiben können. Hauptpersonen im informellen Unterstützungsnetz sind Angehörige der traditionellen Kernfamilie, wobei sich insbesondere noch lebende Ehefrauen oder Ehemänner bis an ihre Leistungsgrenze engagieren – und teils darüber hinaus – und zwar bei Hilfe- sowie Pflegebedürftigkeit. Ebenso unterstützen Töchter und Söhne ihre hilfebedürftigen Eltern sehr, vor allem bei instrumentellen Aktivitäten. Pflegenden Angehörige sind häufig stark belastet, was sich erwiesenermassen oft auf die gesundheitliche Konstitution auswirkt. Diese Belastung führt mitunter dazu, dass die Betreuung zuhause nicht mehr gewährleistet werden kann. Weisen hochaltrige Menschen kein Angehörigenetz auf, so sind sie von Anfang an auf ein externes, professionelles Unterstützungsnetz angewiesen, weil andere informelle Unterstützungsnetze (Freundeskreis, Nachbarschaft, Freiwillige), die zwar wichtig sind, den Bedarf an Hilfe und Pflege nicht abdecken können.

Weitere Ursachen, die die Verwirklichung des Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, behindern, zeigen sich in Bezug auf das professionelle Unterstützungsnetz und der Finanzierung von Hilfe- und Pflegekosten auf der Makroebene. Beide Bereiche werden massgeblich durch gesellschaftliche/politische Rahmenbedingungen gestaltet. Bei der professionellen Pflege lassen sich zum Teil erhebliche regionale Versorgungsunterschiede feststellen, wobei die ambulanten Versorgungsnetze teilweise zu wenig ausgebaut sind, um den Bedarf zu decken. Zudem fehlt es oftmals an der Vernetzung zwischen Hausärztinnen und –ärzten, der Spitex, Angehörigen etc. Ebenso muss ein Mangel an qualifizierten Pflegefachkräften konstatiert werden, der sich in Zukunft wohl noch verschärfen wird, da künftig mehr Menschen hochaltrig werden. Vermutet wird, dass der Mangel aufgrund fehlender gesellschaftlicher Anerkennung, strenger Arbeitsbedingungen und unattraktiver Löhne begünstigt wird.

Die Finanzierung der Kosten aus Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit erachten die Autorinnen - neben den biologischen Aspekten und den Grenzen der Unterstützungsnetze - als überaus relevante Ursache, die der Realisierung des Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, entgegenstehen. Die Schweiz verfügt über keine nationale Pflegeversicherung. Betroffene erhalten zwar aus diversen Sozialversicherungen finanzielle Unterstützung, wissen jedoch oft nichts von diesen Geldquellen resp. ihrem diesbezüglichen Anrecht darauf. Zudem zeigen sich - v.a. bei EL - regionale Unterschiede hinsichtlich der Leistungen gegenüber Betroffene-

nen. Als Weiteres zeigt sich, dass vor allem die Kosten aus einem Hilfebedarf bei den instrumentellen Aktivitäten unzureichend gedeckt sind. Die HE leichten Grades soll zwar diese Kosten ebenfalls decken helfen, sie wird aber erst nach einer einjährigen Karenzfrist ausgerichtet.

Um in Bezug auf die oben genannten Ursachen gleichwohl diesbezügliche Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, lautete die dritte Fragestellung:

Wie kann die Soziale Arbeit hochaltrige Menschen bei der Verwirklichung ihres Wunsches, zuhause zu leben bis zum Tod, unterstützen? (Handlungswissen)

Der Sozialen Arbeit ist es nur dann möglich, hochaltrige Menschen bei der Verwirklichung ihres Wunsches, bis zum Tod zuhause zu leben, nachhaltig zu unterstützen, wenn sie auf allen drei Ebenen tätig wird. Das aus der sozialraumorientierten Sozialarbeit stammende *SONI*-Schema verdeutlicht, dass auch sozialarbeiterisches Handeln zugunsten hochaltriger Menschen mehrniveaunal angelegt sein muss. Die darin sichtbaren vier Handlungsfelder Sozialstruktur, Organisation, Netzwerk und Individuum sowie die jeweilige Mikro-, Meso- und Makroebene, auf denen sie verortet sind, verlangen einerseits nach angepassten, unterschiedlichen Rollen und Handlungsweisen durch Professionelle der Sozialen Arbeit, andererseits erfüllt die Soziale Arbeit diesbezüglich jeweils andere Funktionen.

Auf der Mikroebene ist ein fallbezogenes Arbeiten am dienlichsten. In den Rollen als Beratende und/oder Begleitende geht es darum, hochaltrige Menschen zu stabilisieren, betreuen, begleiten oder sogar Veränderung und Entwicklung zu ermöglichen sowie in der Rolle als Informierende vorhandene Ressourcen zu erhalten und neue zu erschliessen. Ziel dieses Handelns ist es, hochaltrigen Menschen trotz Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit zu einem gelingenden Alltag zu ermächtigen.

Auf der Mesoebene, dem informellen Unterstützungsnetz, wirkt ein fallübergreifendes Arbeiten. In ihrer Rolle als Beratende sowie Begleitende stabilisieren, betreuen und begleiten Professionelle der Sozialen Arbeit Angehörige und Freiwillige etc. Als Koordinierende und Vernetzende vermitteln sie zwischen verschiedenen Stellen, wobei sie insbesondere mit Netzwerkarbeit einen Beitrag zum Erhalt und Ausbau sowie zur Entlastung des informellen Unterstützungsnetzes leisten.

Und schliesslich geht es auf der Makroebene, der Ebene der gesellschaftlich/politisch verorteten Strukturen, um ein fallunabhängiges Arbeiten. Der Sozialen Arbeit kommt dort die Rolle zu, einerseits als Informierende auf strukturelle Schwächen von Versorgungsstrukturen sowie der Regelung der Finanzierung von Kosten bei Hilfe- und/und Pflegebedürftigkeit hinzu-

weisen und dies mittels Öffentlichkeitsarbeit einer breiten Bevölkerung sowie der Politik zu vermitteln. Als Lobbyierende soll die Soziale Arbeit dahin wirken, dass diese Themen von Politik und Gesellschaft aufgenommen werden und zu Veränderung und Entwicklung führen. Ziel dieses Handelns auf der Makroebene ist der gesellschaftliche, strukturelle und soziale Wandel zur Herstellung von Chancengleichheit.

## **8.2. Schlussfolgerungen für Profession und Praxis der Sozialen Arbeit**

Generell erlangen Frauen und Männer in der Schweiz ein immer höheres Alter, wobei die basalen sowie instrumentellen Fertigkeiten aufgrund des biologischen Alterungsprozesses schwinden, was zu Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit führt. Die meisten hochaltrigen Menschen wünschen sich dennoch, zuhause wohnen zu bleiben, wenn möglich bis zu ihrem Tod, so dass sie ihren Lebensabend nicht in einer Institution verbringen möchten.

Nebst individuellen Gegebenheiten behindern aber auch strukturelle, gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen die Mehrheit bei der Verwirklichung dieses Wunsches. Dadurch ist einerseits der im Berufskodex verankerte Grundsatz der Selbstbestimmung gefährdet, andererseits die Chancengleichheit verletzt, insbesondere, da Versorgungsstrukturen und finanzielle Abgeltungen für Hilfe- und/oder Pflegeleistungen nicht einheitlich und genügend umfassend geregelt sind. Vor allem hochaltrige Menschen mit geringen finanziellen Mitteln sind gefährdet, die Verliererinnen und Verlierer in einer befürchteten „Zwei-Klassen-Pflege“ zu werden. Die Tatsache, dass es in der Schweiz an professionellen Pflegekräften sowie geeigneten Einrichtungen für alle hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen mangelt – und in Zukunft, u.a. hinsichtlich demenzbetroffener Menschen, noch stärker mangeln könnte – verschärft diese Gefährdung zusätzlich. In Anbetracht dieser Tatsachen gilt es, nach neuen Lösungswegen zu suchen. Dementsprechend sind insbesondere Rahmenbedingungen gefragt, die diesen sozialen Wandel, der die gleichen Möglichkeiten für alle eröffnet, gezielt unterstützen.

Professionelle der Sozialen Arbeit gehen davon aus, dass jedes Individuum in Beziehung zu anderen Menschen und der Gesellschaft steht sowie in die gesellschaftlich verankerten Strukturen eingebunden ist. Hierbei sind sie sich der Abhängigkeiten und daraus resultierenden Wechselwirkungen bewusst. Die Profession der Sozialen Arbeit ist deshalb besonders prädestiniert, sich neben der klientenzentrierten Arbeit auch auf der Meso- und Makroebene zu betätigen.

Um sozialpolitische Veränderungen, auf der Makroebene also, verbunden mit strukturellen Anpassungen zu initiieren, ist es notwendig, die realen problematischen Gegebenheiten wahrzunehmen und anzuerkennen. Professionelle der Sozialen Arbeit sind mit dem tatsäch-

lichen Alltag hochaltriger Menschen vertraut, weshalb sie eine unerlässliche Wissensquelle aus der Praxis bilden. Genauso wie der Berufskodex es postuliert, sollen sich Professionelle der Sozialen Arbeit deshalb vermehrt in sozialpolitische Prozesse auf nationaler, kantonaler, aber auch kommunaler Ebene einmischen und sich entsprechend Gehör verschaffen, z.B. für die Schaffung einer nationalen Pflegeversicherung, die Streichung der einjährigen Wartezeit für eine HE leichten Grades oder für den Ausbau von ambulanten Versorgungsstrukturen.

Wollen Professionelle der Sozialen Arbeit dem im Berufskodex postulierten Auftrag bezüglich gesellschaftlichen und sozialpolitischen Verbesserungen gerecht werden, so benötigen sie ein prägnanteres sozialpolitisches und strukturelles Wissen. Ebenso gilt es, Professionelle bereits in der Bachelor-Ausbildung in Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying zu schulen, damit sie sich diesbezüglich vermehrt einbringen können.

Soziale Arbeit nimmt zwar die Perspektive einer ganzheitlichen Sichtweise ein, setzt diese jedoch nach Meinung der Autorinnen im Hinblick auf das Thema Hochaltrigkeit, Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit vor allem auf der Makroebene noch zu wenig um. Die grossen Herausforderungen, bedingt durch die demografische Alterung, werden in der breiten Öffentlichkeit erst nach und nach zur Kenntnis genommen. Im Fokus stehen zumeist das Individuum und sein enges Netzwerk – hochaltrige Menschen und ihre Familien also, die versuchen, die jeweiligen Herausforderungen zu meistern. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität der Lebe- und Sterbeorte von hochaltrigen, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen wird gesellschaftlich/politisch wenig thematisiert, sondern ist individuelles Schicksal. Dass die Chancen zur Verwirklichung des Wunsches u.a. aber auch davon abhängen, in welchem Kanton jemand wohnhaft ist, wird dabei wenig beachtet.

Die Autorinnen sehen in der Arbeit auf der Makroebene ein Potential der Sozialen Arbeit, wo die eigene Profession sowie der Stellenwert gegenüber anderen Professionen gestärkt werden kann. Nimmt sie dies vermehrt wahr, indem sie ihre Mitglieder diesbezüglich fördert und fordert, wird sie auf der institutionellen wie strukturellen Ebene erfahrbar und somit sicht- und fassbarer.

Ausserdem halten die Autorinnen fest, dass Professionelle aufgrund der Definition der Sozialen Arbeit sowie in Anlehnung an ihren Berufskodex legitimiert resp. verpflichtet sind, auf allen drei Ebenen mitzuwirken, was gemäss Staub-Bernasconi für Organisationen des Sozialwesens bisweilen in dieser Form fehlt. Denn oftmals engagieren sie sich entweder nur auf der personenbezogenen Ebene, ohne sich für den sozialen Wandel einzusetzen, oder aber sie sind nur für soziale Aktion zuständig, ohne die persönliche Ebene zu berücksichtigen (zit. in Schmocker, 2006, S. 351).

## 9. Abschliessende Gedanken und weiterführende Fragen

Die bisherigen Ausführungen machten deutlich, dass sich die Thematik rund um hochaltrige Menschen, die zuhause wohnen bleiben wollen, wenn möglich bis zum Tod, sehr vielschichtig präsentiert. Deutlich wurde diese Komplexität vor allem in Bezug auf die Ursachen, die dazu führen, dass diese Menschen ihr Daheim schliesslich aufgeben müssen. Eine vereinfachende Sicht – wie z.B., dass ein Umzug unumgänglich ist, wenn jemand hilfe- und/oder pflegebedürftig wird – wäre nach Ansicht der Autorinnen unangebracht. Vielmehr machen die demografische Entwicklung, die daraus resultierende Zunahme an hochaltrigen Menschen, der prognostizierte Mehrbedarf an Pflege und Hilfe sowie der Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben, eine ganzheitliche Betrachtungsweise unabdingbar. Ein nachhaltig wirkendes sozialarbeiterisches Handeln verlangt deshalb nach einem mehrniveaunalen Denken und hat auf allen drei Ebenen anzusetzen.

Damit hochaltrige Menschen ihren Wunsch, bis zum Tod zuhause zu leben, verwirklichen dürfen, sind neben der Sozialen Arbeit auch andere Akteurinnen und Akteure gefordert. So gilt es, neue Wege zu ergründen, die den Bedürfnissen hochaltriger Menschen individuell besser entsprechen. Dies bestärkt die Autorinnen in ihrer Meinung, dass nur mit vereinten Kräften nachhaltig wirkende strukturelle Veränderungen für die Gesellschaft - und insbesondere für hochaltrige Menschen - zu bewerkstelligen sind. Dementsprechend wird ein Handeln auf der Mikro-, Meso- und Makroebene unter Einbezug aller Akteurinnen und Akteure erforderlich. Einen möglichen Weg hierbei sehen die Autorinnen u.a. in der Form einer mehrniveaunalen Arbeitsweise resp. einer Aufgabenverteilung innerhalb der Sozialen Arbeit, was Gegenstand einer anderen Bachelorarbeit sein könnte.

Interessant zu beobachten dürfte die nationale Entwicklung im Bereich Palliative Care sein. Bei den Recherchen zu dieser Arbeit wurde deutlich, dass der Bedarf an Palliative Care erkannt ist, die entsprechende Rolle der Sozialen Arbeit jedoch noch nicht umfassend geklärt. Diesbezüglich stellt sich die Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit als Profession in Bezug auf Palliative Care künftig einnehmen kann oder will.

Des Weiteren darf man auf die Ergebnisse des Projekts „InnoWo“ gespannt sein, das sich mit dem Thema „Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt“ befasst. Dieses Projekt wurde im März 2009 gestartet und dauert noch bis Februar 2012. Es steht unter der Leitung von Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker, der Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen und von Prof. Dr. Ulrich Otto der Fachhochschule St. Gallen, Soziale Arbeit.

Auch das Nationale Forschungsprogramm (NFP) 67 widmet sich dem Thema Lebensende. Eine der Fragen im Ausführungsplan zum NFP 67 lautet: „Warum sterben so wenige Menschen zuhause?“ (2011, S. 9). Da der Forschungsbeginn auf April 2012 angesetzt ist, können diesbezüglich noch keine Ausführungen gemacht werden.

Wegweisend für hochaltrige Menschen könnte möglicherweise auch das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht sein. Mit den auf den 1.1.2013 in Kraft tretenden Änderungen soll u.a. die Möglichkeit zur Selbstbestimmung gestärkt werden, indem sowohl rechtlich verankerte Vorsorgeaufträge (Art. 360 bis Art. 369 ZGB) als auch Patientenverfügungen (Art. 370 bis Art. 373 ZGB im bereits auf dem Internet unter <http://www.admin.ch/ch/d/as/2011/725.pdf> verfügbaren Entwurf) erstellt werden können. Die Frage nach den diesbezüglichen Auswirkungen auf hilfe- und/oder pflegebedürftige Hochaltrige erachten die Autorinnen als prüfenswert.

## 10. Literatur- und Quellenverzeichnis

Aner, Kirsten & Karl, Ute (Hrsg.). (2010). *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Arpagaus, Jürg H. & Höglinger, Marc (2006). *Freiwilliges Engagement, Sozialkapital und Alterspflege in der Schweiz*. Zürich: Kaleidos Fachhochschule.

AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.

Backes, Gertrud M. & Clemens, Wolfgang (2008). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (3. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.

Bannwart, Bettina (2011). Who cares? Job and Elder Care: Die Pflege von Angehörigen als gleichstellungspolitische Herausforderung. In Caritas (Hrsg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter* (S. 73-86). Luzern: Caritas-Verlag.

Baumann-Hölzle, Ruth (2003). Fairness und Verantwortung für Jung und Alt. In Pro Senectute Schweiz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit. Eine Herausforderung für Individuum und Gesellschaft* (S.13-22). Zürich: Herausgeber.

Bayer-Oglesby, Lucy & Höpfinger, François (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4122>

Bericht des Bundesrates (2007). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik*. Gefunden am 10. Mai 2011, unter [http://www.alter-migration.ch/data/5/0\\_Altersbericht\\_d\\_EDI.pdf](http://www.alter-migration.ch/data/5/0_Altersbericht_d_EDI.pdf)

Bohn, Felix (2007). *Wohnen im Alter. Die Babyboomer müssen schauen, wo sie bleiben*. Gefunden am 20. Juli 2011, unter [http://www.beobachter.ch/familie/sozialfragen/artikel/wohnen-im-alter\\_die-babyboomer-muessen-schauen-wo-sie-bleiben/](http://www.beobachter.ch/familie/sozialfragen/artikel/wohnen-im-alter_die-babyboomer-muessen-schauen-wo-sie-bleiben/)

- Büscher, Andreas & Wingenfeld, Klaus (2008). Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In Adelheid Kuhlmeier & Doris Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 107-119). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2010). *Resultate der Segmentierungsanalyse. Palliative Care Bevölkerungsbefragung*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. (2010a). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012. Kurzversion*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. (2010b). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2003). *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf. Schätzung der zukünftigen Entwicklung. Forschungsbericht Nr. 22/2003*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2011). *Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2010*. Bern: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2005). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren* [Broschüre]. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2008). *Demos. Informationen aus der Demografie. Demografische Alterung und soziale Sicherheit* [Broschüre]. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2009a). *Letzte Lebensjahre in Heim und Spital. Analyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen*. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2009b). *Medienmitteilung. 80 Tage im Spital vor dem Heimeintritt*. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2010a). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2010-2060* [Broschüre]. Neuenburg: Autor.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2010b). *Spitex-Statistik 2009*. Neuenburg: Autor.

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2011). *Bevölkerungsbewegung - Indikatoren. Lebenserwartung*. Gefunden am 21. Sept. 2011, unter <http://www.BFS.admin.ch/BFS/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS] und Bundesamt für Wohnungswesen [BWO]. (2005). *Wohnen 2000. Detailauswertung der Gebäude- und Wohnungserhebung*. Gefunden am 20. Aug. 2011, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/09/22/publ.html?publicationID=1946>
- Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 (AHVG) (SR 831.10).
- Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 6. Oktober 2006 (ELG) (SR 831.30).
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) (SR 832.10).
- Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (SR 831.10).
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV) (SR 101).
- Bunzendahl, Iris & Hagen, Björn Peter (Hrsg.). (2004). *Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Caritas (Hrsg.). (2011). *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter* (S. 73-86). Luzern: Caritas-Verlag.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (2010). *Was ist Palliative Care?* Gefunden am 8. Apr. 2011, unter <http://www.nationalegesundheitspolitik.ch/de/projekte/palliative-care/was-ist-palliative-care/index.html>
- Ding-Greiner, Christina & Lang, Erich (2004). Altersprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen. In Andreas Kruse & Mike Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 182-206). Bern: Verlag Hans Huber.
- Domeisen, Daniel (2011). Föderalistische Mogelpackungen statt Klarheit. *CURAVIVA*, 2011 (1), 31.

- Dummermuth, Andreas (2011). Die Pflegefinanzierung ist neu organisiert. Ambulant vor stationär als Leitmotiv. *Der schweizerische Treuhänder*, 2011 (5), 417-420.
- Fachberatung für altersgerechtes Bauen (2011). *Verbesserte Effizienz, Selbständigkeit und Sicherheit dank altersgerechtem Bauen*. Gefunden am 27. Aug. 2011, unter <http://www.upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/8B9F7BBC40/942F081694.pdf>
- Fischer, Susanne; Bosshard, Georg; Zellweger, Ueli & Faisst, Karin (2004). Der Sterbeort. Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (6), 467-474.
- Friedrich, Sibylle (2010). Arbeit mit Netzwerken. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 64-105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Früchtel, Frank & Budde, Wolfgang (2011, 9. November). *Grundlagen der Sozialraumorientierung*. Vortrag gehalten vor der 8. Sozialplattform in Luzern.
- Früchtel, Frank; Cyprian, Gudrun & Budde, Wolfgang (2007a). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Textbook: Theoretische Grundlagen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Früchtel, Frank; Cyprian, Gudrun & Budde, Wolfgang (2007b). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Galuske, Michael (2007). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (7. erg. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- GfK Switzerland AG (2009). *Palliative Care 2009. Bevölkerungsbefragung Palliative Care - Zusammenfassung und Chartbook*. Gefunden am 10. Dez. 2010, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/06426/index.html?lang=de>
- Hauri, Ernst (2008). *Wohnsituation und Wohnformen der älteren Bevölkerung*. Gefunden am 20. Aug. 2011, unter <http://www.bwo.admin.ch/themen/00232/index.html?lang=de>

- Heiner, Maja (2006). Soziale Arbeit zwischen Mikro- und Makropraxis. In Beat Schmocker (Hrsg.), *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit* (S. 351-360). Luzern: Interact Verlag.
- Heiner, Maja; Meinhold, Marianne; von Spiegel, Hiltrud & Staub-Bernasconi, Silvia (Hrsg.). (1998). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (4. erw. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Höpflinger, François (2006). *Age Report 2004. Traditionelles und neues Wohnen im Alter* (2. Aufl.). Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François (2009). *Age Report 2009. Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter*. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François (2011). Die Hochaltrigen – eine neue Grösse im Gefüge der Intergenerationalität. In Hilarion G. Petzold; Erika Horn & Lotti Müller (Hrsg.), *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit* (S. 37-53). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy & Zumbrunn, Andrea (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François & Hugentobler, Valérie (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François & Stuckelberger, Astrid (1999). *Alter. Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm*. NFP 32. Bern: Autor.
- Hoppler-Wyss, Josef (2011). *Recht im Alter. Ein Leitfaden für Soziale Dienste, Spitex-Organisationen, Institutionen der Beratung, Verwaltungen und Behörden, Einrichtungen in Altersarbeit, Pflege und Betreuung*. Zürich: Dike Verlag AG.
- Huber, Andreas (Hrsg.). (2008). *Neues Wohnen in der zweiten Lebenshälfte*. Basel: Birkhäuser Verlag.
- Informationsstelle AHV/IV (2011a). *Hilfsmittel der AHV. Merkblatt 3.02*. Gefunden am 20. Juni 2011, unter <http://www.ahv-iv.info/andere/00134/00143/index.html?lang=de>

- Informationsstelle AHV/IV (2011b). *Ergänzungsleistungen zur AHV und IV. Merkblatt 5.01*. Gefunden am 20. Juni 2011, unter <http://www.ahv-iv.info/andere/00134/00221/index.html?lang=de>
- Keim, Jürg (2011). Besser leben im Alter. *Beobachter*, 2011 (1), 51-55.
- Kieser, Ueli & Riemer-Kafka, Gabriela (2008). *Tafeln zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht*. Zürich: Schulthess Verlag.
- Kreft, Dieter & Mielenz, Ingrid (Hrsg.). (2008). *Wörterbuch Soziale Arbeit* (6. überarb. und aktual. Aufl.). München: Juventa Verlag.
- Kruse, Andreas (2007). *Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kruse, Andreas & Martin, Mike (Hrsg.). (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kruse, Andreas & Wahl, Hans-Werner (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kuhlmey, Adelheid & Schaeffer, Doris (Hrsg.). (2008). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Landolt, Hardy (2006). Pflegefinanzierung und Kostenwahrheit. *Managed Care*, 2006 (8), 18-19.
- Landolt, Hardy (2009). *Soziale Sicherheit von pflegenden Angehörigen. Rechtsgutachten erstellt im Auftrag der Schweizerischen Paraplegiker-Vereinigung (SPV)*. Gefunden am 28. Juli 2011, unter [http://www.hardy-landolt.ch/gutachten/gutachten\\_spv.pdf](http://www.hardy-landolt.ch/gutachten/gutachten_spv.pdf)
- Landolt, Hardy (2010). *Soziale Sicherheit im Alter*. Gefunden am 28. Juli 2011, unter <http://www.hardy-landolt.ch/dokumente/landoltpsf2010.pdf>
- Meyer, Heike (2007). *Empowerment, Case Management und Soziale Netzwerkarbeit. Studienarbeit*. München: GRIN Verlag.

- Möbius, Thomas (2010). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möbius, Thomas & Friedrich, Sibylle (Hrsg.). (2010). *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Schnegg, Brigitte (2010a). *SwissAgeCare-2010. Executive Summary*. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Schnegg, Brigitte (2010b). *SwissAgeCare-2010. Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim?* (2. überarb. Aufl.). Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Schnegg, Brigitte (2010c). *SwissAgeCare-2010. Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht*. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François & Suter, Christian (2008). *Generationen – Strukturen und Beziehungen. Generationenbericht Schweiz*. Zürich: Seismo.
- Peter, Bruno (2009). Wichtige Wohn-Standards. Worauf ist zu achten? In Tertianum Stiftung (Hrsg.), *Ratgeber Wohnen im Alter* (S. 17-24) [Broschüre]. Berlingen: Autor.
- Petzold, Hilarion G.; Horn, Erika & Müller, Lotti (Hrsg.). (2011). *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Puhl, Ria (2008). Öffentlichkeitsarbeit. In Dieter Kreft & Ingrid Mielenz (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit* (6. überarb. und aktual. Aufl., S. 625-629). München: Juventa Verlag.
- Raos, Bernhard (2011). *Neue Pflegefinanzierung. Der Ärger ist programmiert*. Gefunden am 20. Juni 2011, unter [http://www.beobachter.ch/dossiers/altenpflege/artikel/neue-pflegefinanzierung\\_der-aerger-ist-programmiert/](http://www.beobachter.ch/dossiers/altenpflege/artikel/neue-pflegefinanzierung_der-aerger-ist-programmiert/)

- Ritscher, Wolf (2005). *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Rogers, Carl (2009). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (17. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rott, Christoph (2011). Zwischen Vitalität und Pflegebedürftigkeit: Stärken und Schwächen des hohen Alters. In Hilarion G. Petzold; Erika Horn & Lotti Müller (Hrsg.), *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit* (S. 55-74). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmocker, Beat (Hrsg.). (2006). *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit*. Luzern: Interact Verlag.
- Schmocker, Beat (2011a). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.
- Schmocker, Beat (2011b). Kriterien für berufsethische Urteilskraft und moralische Kompetenz. Der neue Berufskodex für die Soziale Arbeit Schweiz. *Sozial Aktuell*, 43 (3), 10-15.
- Schweizerisches Bundesgericht [BG]. (2007). *Bundesgerichtsentscheid vom 19. Dezember 2007, Urteil 9C\_597/2007*. Gefunden am 28. Juli 2011, unter [http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=19.12.2007\\_9C\\_597/2007](http://jumpcgi.bger.ch/cgi-bin/JumpCGI?id=19.12.2007_9C_597/2007)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2005). *Pflege bleibt auch in Zukunft Familiensache. Medienmitteilung*. Gefunden am 20. Juli 2011, unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/01.html>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2011). *Nachfrage nach Pflege zu Hause wird steigen. Medienmitteilung*. Gefunden am 20. Juli 2011, unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/01.html>
- Schweizerischer Nationalfonds (2011). *Lebensende. Nationales Forschungsprogramm NFP 67. Ausführungsplan*. Bern: Autor.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht). Änderung vom 19. Dezember 2008.

- Spitex Verband Schweiz (2010). *Neue Pflegefinanzierung: Spitex Verband Schweiz verlangt Korrekturen*. Gefunden am 20. Juni 2011, unter <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/C80C05291A.pdf>
- Staub-Bernasconi, Silvia (1998). Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In Maja Heiner; Marianne Meinold; Hiltrud von Spiegel & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (4. erw. Aufl., S. 11–137). Freiburg: Lambertus.
- Steden, Hans-Peter (2008). *Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe* (3. überarb. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (SR 832.112.31).
- Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung vom 28. August 1978 (HVA) (SR 831.135.1).
- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV) (SR 832.102).
- Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV) (SR 831.201).
- Voges, Wolfgang & Zinke, Melanie (2010). Wohnen im Alter. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 301-308). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wächter, Matthias (2010). *Fachbericht Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege im Kanton Uri. Schlussversion*. Zürich: BASS.
- Wanner, Philippe (2008). Die wirtschaftliche Situation von Personen im Ruhestand: neue Daten, neue Prioritäten. *Soziale Sicherheit CHSS, 2008* (3), 137-142.
- Wanner, Philippe & Gabadinho, Alexis (2008). *Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand. Forschungsbericht Nr. 1/08. Beiträge zur sozialen Sicherheit*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Widmer, Dieter (2011). *Recht für die Praxis. Die Sozialversicherung in der Schweiz* (8. Aufl.). Zürich: Schulthess Juristische Medien AG.

Zogg, Claudio (2011). Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung. In Caritas (Hrsg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter* (S. 87-104). Luzern: Caritas-Verlag.

## **Anhang: Hochaltrigkeit und Gender, Bildung und Migration**

In Bezug auf Hochaltrigkeit führen die Autorinnen dieser Arbeit ergänzend an dieser Stelle die Aspekte Gender, Bildung und Migration an, insbesondere deshalb, weil in der Fachliteratur deren Einfluss sowohl auf die Lebenserwartung als auch die Lebenssituation hochaltriger Menschen betont wird.

### **Gender**

Die Mehrzahl der heutigen 80-jährigen und älteren Bevölkerung in der Schweiz ist weiblich. Im Jahr 2009 stehen laut BFS (2011) 243'296 Frauen 128'034 Männern gegenüber. Damit ist die Zahl der Frauen also fast doppelt so gross wie diejenige der Männer, wobei der Unterschied noch deutlicher ausfällt, je höher das Lebensalter wird. Bei den 90-Jährigen und Älteren beträgt das Verhältnis bereits 3,5-mal so viele Frauen wie Männer, weil Frauen generell eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen. Gemäss Höpflinger (2009) wird auch in Zukunft damit zu rechnen sein, dass es sich bei hochaltrigen Menschen in der Überzahl um Frauen handeln wird (S. 23). Die Chancen, sogar 90 Jahre und älter zu werden, liegen bei Frauen generell höher als bei Männern (S. 24).

Frauen sind im hohen Alter stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer. Dies liegt einerseits daran, dass sie - im Gegensatz zu Männern - häufiger genug lange leben, um überhaupt pflegebedürftig zu werden, andererseits auch, weil Frauen, wenn sie pflegebedürftig werden, damit länger überleben als die in demselben Ausmass betroffenen Männer. (Höpflinger et al., 2011, S. 56)

### **Bildung**

Bildung gilt allgemein als eine der wichtigsten Einflussgrössen auf den sozioökonomischen Status von Menschen. Höhere Bildung verspricht bessere Chancen auf eine gut entlohnte berufliche Tätigkeit und somit eine bessere finanzielle Absicherung im Alter.

Bildung beeinflusst jedoch auch die Lebenserwartung. Laut einer Studie der Institute für Sozial- und Präventivmedizin der Universitäten Bern und Zürich aus dem Jahr 2005 ist der Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Lebenserwartung erwiesen: je höher die Bildungsstufe, umso höher auch die durchschnittliche Lebenserwartung. Gemäss Adrian Spoerri et al. (2006) können Männer im Alter von 30 Jahren mit einer universitären Ausbil-

dung 7,1 Lebensjahre mehr erwarten als Männer, die über die obligatorische Schule verfügen. Bei Frauen beträgt die Differenz 3,6 Jahre. Diese Unterschiede in Bezug auf die Lebenserwartung setzen sich mit zunehmendem Alter fort, wenn auch abgeschwächt. Dennoch leben Männer mit höherer Bildung selbst im Alter von 80 Jahren und mehr noch 1,6 Jahre länger als gleichaltrige mit tieferer Bildung. Gut gebildete 80-jährige und ältere Frauen leben durchschnittlich 2,2 Jahre länger. (S. 146-147)

Gut gebildete Männer und Frauen leben aber nicht nur länger, sondern sie verfügen – auch im Alter – über mehr Ressourcen, die sie einsetzen können, um mit alterungsbedingten Einschränkungen umzugehen. Kurt Seifert (2011) beschreibt, dass sozioökonomisch besser gestellte Personen, was u.a. massgeblich von der Bildung beeinflusst ist, über mehr Mittel verfügen, um sich mit Alterungsprozessen und dessen Folgen auseinanderzusetzen. Dabei geht es nebst materiellen Mitteln auch um die Einbindung in gute und tragende persönliche „Versorgungsnetzwerke, deren Stärke und Verlässlichkeit entscheidend ist für die Lebensqualität im hohen Alter“. (S. 111)

## **Migration**

Noch wenig Erfahrung weist die Schweiz mit hochaltrigen Menschen aus der Bevölkerung mit Migrationshintergrund auf. Hildegard Hungerbühler (2011) bezieht sich auf die Generation der Einwandernden, die nach dem Zweiten Weltkrieg und den Jahrzehnten danach in die Schweiz immigrierten. In der Vergangenheit wanderten viele Migrantinnen und Migranten wieder aus, wenn sie in der Schweiz nicht mehr erwerbstätig waren oder aber sie wurden eingebürgert und erscheinen dadurch in den Statistiken nicht mehr als eingewanderte Personen. Noch ist der Anteil der über 80-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund in der Schweiz gering; Hungerbühler spricht von einem diesbezüglichen marginalen Anteil an der hochaltrigen Bevölkerung. Vermutlich wird die Zahl hochaltriger Personen aus der Migrationsbevölkerung in Zukunft steigen, da nun viele der Eingewanderten der Altersgruppe der 50- bis 79-Jährigen angehören. (S. 149-150) Viele von ihnen, vor allem Männer, weisen infolge schwerer körperlicher Arbeit in der Vergangenheit eine schlechte Gesundheit auf. Zudem trägt die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ein höheres Armutrisiko und ist sozial teilweise wenig eingebunden, was im Alter zu zusätzlichen Belastungen führt. (S. 151-154)

Auch Höpflinger et al. (2011) verweisen einerseits darauf, dass sich die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit erhöhen wird, andererseits, dass dadurch auch die Nachfrage nach spezifischen Unterstützungsangeboten für diese Bevölkerungsgruppe steigen wird (S. 88-101).

## Quellen und Literatur zu Anhang

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2011). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht. 2003-2009*. Gefunden am 21. September 2011 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/data/02.html>
- Höpflinger, François (2009). *Age Report 2009. Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter*. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François; Bayer-Oglesby, Lucy & Zumbrunn, Andrea (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hungerbühler, Hildegard (2011). Migrantinnen und Migranten – ein Teil der schweizerischen Altersbevölkerung. In Caritas (Hrsg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter* (S. 149-160). Luzern: Caritas-Verlag.
- Seifert, Kurt (2011). Ungleich im Alter: Schicksal oder Herausforderung zum Handeln? In Caritas (Hrsg.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter* (S. 107-118). Luzern: Caritas-Verlag.
- Spoerri, Adrian; Zwahlen, Marcel; Egger, Matthias; Gutzwiller, Felix; Minder, Christoph & Bopp, Matthias (2006). Educational inequalities in life expectancy in the German speaking part of Switzerland between 1990 and 1997: Swiss National Cohort. *Swiss Medical Weekly*, 136 (04 Mar 2006), 145-148.