

Abstract

Diese Masterarbeit untersucht die Herausforderungen und Lösungsansätze bei der Reintegration älterer Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen in ihr häusliches Umfeld nach einem Spitalaufenthalt. Der Fokus liegt auf der Rolle der Spitalsozialarbeit als Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Umwelt. Die Arbeit analysiert spezifische Hürden im Bereich Betreuung, evaluiert bestehende Projekte zur Förderung des autonomen Wohnens und entwickelt Strategien für eine erfolgreiche Unterstützung durch die Spitalsozialarbeit. Mittels umfassender Literaturrecherche und Analyse aktueller politischer Bestrebungen werden konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet. Die Ergebnisse zeigen die Komplexität der Thematik auf, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von Betreuungsleistungen und des Nichtbezugs von Sozialversicherungsleistungen. Bestehende Projekte in verschiedenen Kantonen bieten vielversprechende Ansätze, bedürfen jedoch weiterer Evaluation und Anpassung. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betrachtung der Problematik und die zentrale Bedeutung der Spitalsozialarbeit in der Bewältigung der demografischen Herausforderungen. Sie bieten eine Grundlage für die Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten und politischen Massnahmen zur Förderung der Autonomie im Alter.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
1.1	Ausgangslage und Aktualität der Thematik	7
1.2	Fragestellungen.....	8
1.3	Methodik und Aufbau der Arbeit.....	9
2	Herausforderungen im Rahmen der Spitalsozialarbeit	11
2.1	Autonomie im Alter	11
2.1.1	Ansätze zur Förderung der Autonomie	12
2.1.2	Rechtliche Rahmenbedingungen in der Schweiz	14
2.1.3	Grenzen der Selbstbestimmung und ethisches Dilemma	17
2.1.4	Schlussbetrachtung zur Autonomie im Alter	19
2.2	Sozioökonomischer Status und Gesundheit.....	20
2.2.1	Gesundheitliche Ungleichheit	20
2.2.2	Auswirkungen auf die Gesundheit	21
2.2.3	Gesundheitsverhalten und sozioökonomischer Status	23
2.2.4	Chancengleichheit und Gesundheit - Fakten für die Schweiz.....	25
2.2.5	Schlussfolgerungen zur gesundheitlichen Ungleichheit und Gesundheitskompetenz	27
2.3	Finanzielle Situation der älteren Schweizer Bevölkerung	30
2.3.1	Einkommen.....	30
2.3.2	Vermögen	31
2.3.3	Altersarmut - betroffene Bevölkerungsgruppen.....	32
2.4	Nichtbezug von Sozialversicherungsleistungen	35
2.4.1	Ausmass des Nichtbezugs.....	35
2.4.2	Betroffene Bevölkerungsgruppen	36
2.4.3	Örtliche Unterschiede des Nichtbezugs.....	37
2.4.4	Gründe für Nichtbezug von EL.....	38
2.4.5	Fazit zum Nichtbezug EL und Massnahmen	42
2.5	Die Rolle der Spitalsozialarbeit	43
2.5.1	Definition und Aufgabenbereiche der Spitalsozialarbeit	44
2.5.2	Kernaufgaben der Spitalsozialarbeit	46
2.5.3	Spezifische Herausforderungen in der Arbeit mit älteren Patienten	47
2.5.4	Bedeutung der Spitalsozialarbeit für die Autonomie im Alter	48
2.5.5	Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen.....	49
2.5.6	Schlussfolgerungen zur Rolle der Spitalsozialarbeit im Gesundheitssystem	49
3	Regelung der Betreuungsleistungen in der Schweiz	51

3.1	Bezug von Betreuungsleistungen - Situation in der Schweiz.....	51
3.2	Finanzierung von Betreuungsleistungen und die Herausforderungen.....	53
3.2.1	Hilflosenentschädigung und ihre Rolle im System der sozialen Sicherheit	54
3.2.2	Ergänzungsleistungen (Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten) .	56
3.2.3	Gemeindezuschüsse und kantonale Beihilfen.....	57
3.3	Debatte und politische Bestrebungen	59
3.3.1	Finanzierungs- und Leistungslücken	59
3.3.2	Debatte und Lösungsansätze auf Bundesebene	62
3.3.3	Lösungsansätze auf kantonaler Ebene am Beispiel Zürich	66
3.3.4	Änderung Zusatzleistungsverordnung Kanton Zürich per 2025.....	68
3.3.5	Betreuungs- und Hilfsmittelzuschüsse Stadt Zürich.....	71
4	Projekte und Pläne zur Förderung des autonomen Wohnens	72
4.1	Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen Luzern	72
4.1.1	Hintergrund und Zielsetzung	72
4.1.2	Auswirkung auf Betroffene	73
4.1.3	Evaluation und Ergebnisse	74
4.1.4	Zukunft.....	75
4.2	Betreuungsgutsprachen Bern	75
4.2.1	Hintergrund und Zielsetzung	76
4.2.2	Auswirkung auf Betroffene	77
4.2.3	Evaluation und Ergebnisse	77
4.2.4	Zukunft.....	79
4.3	Kanton Waadt	80
4.3.1	Hintergrund und Zielsetzung	80
4.3.2	Evaluation und Ergebnisse	81
4.3.3	Zukunft.....	81
4.4	Exkurs: Betreuungs- und Pflegegeld für alle - das Liechtensteiner Modell	82
4.4.1	Hintergrund und Zielsetzung	82
4.4.2	Evaluation und Ergebnisse	84
4.4.3	Zukunft.....	84
4.5	Zuschüsse für Betreuung und Hilfsmittel - Stadt Zürich.....	86
4.5.1	Anforderungen und Leistungsübersicht	86
4.5.2	Ablauf & Finanzierung	87
4.6	Modell «Betreuungsgeld» - ein Blick in die Zukunft	88
4.6.1	Anforderungen.....	88
4.6.2	Subjekt- und Objektfinanzierung.....	89

4.6.3	Lösungsvorschläge	90
4.7	Bilanz zu Betreuungsmodellen im Alter	91
5	Diskussion und Fazit.....	92
5.1	Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse	92
5.2	Interpretation der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Spitalsozialarbeit	96
5.3	Limitationen und kritische Würdigung	100
6	Literaturverzeichnis	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Einkommensquellen.....	31
Abbildung 2. Absolute Armutsquote in den Kantonen	34
Abbildung 3. Ausmass Nichtbezug & soziodemografische Faktoren	36
Abbildung 4. Kantonaler Nichtbezug	38
Abbildung 5. Rangliste der Gründe für Nichtgeltendmachen von EL-Ansprüchen.....	41
Abbildung 6. Wissenstand über Ergänzungsleistungen in der Situation Nichtbezug	41
Abbildung 7. Dienstleistungsangebot Sozialberatung Universitätsspital Zürich	46
Abbildung 8. Bezug von Leistungen nebst formeller Pflege.....	52
Abbildung 9. Bezug von Leistungen nebst formeller Betreuung	52
Abbildung 10. Einschätzung Heimeintritte aus finanziellen Gründen	59
Abbildung 11. Massnahmen anhand ihrer Zweckmässigkeit	67
Abbildung 12. Betreuungsleistungen	86
Abbildung 13. Hilfsmittel.....	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Projektübersicht	96
-----------------------------------	----

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Aktualität der Thematik

Die demografische Entwicklung in der Schweiz stellt die Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Der Anteil der über 65-jährigen Personen wird in den nächsten zwei Jahrzehnten weiter zunehmen. Diese Veränderung der Altersstruktur hat weitreichende Auswirkungen auf verschiedene Bereiche des gesellschaftlichen Lebens, insbesondere auf das Gesundheits- und Sozialsystem. Mit dem Altern der Bevölkerung rücken Fragen der Autonomie und Selbstbestimmung im Alter zunehmend in den Fokus. Die Möglichkeit, auch im fortgeschrittenen Alter selbstbestimmt zu leben, wird als wesentlicher Bestandteil der Menschenwürde betrachtet. Gleichzeitig stellen Multimorbidität und die damit verbundenen Einschränkungen viele ältere Menschen vor grosse Herausforderungen. Diese Situation wird durch sozioökonomische Faktoren zusätzlich beeinflusst. Der Handlungsbedarf im Betreuungsbereich wird immer deutlicher, was sich auch anhand der politischen Bestrebungen zeigt. Sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene ist das Thema Betreuung und dessen Finanzierung in den Fokus der Alterspolitik gelangt. Einerseits nimmt die Betreuung durch Angehörige aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen ab und andererseits stösst die informelle Betreuung aufgrund zunehmender Komplexität der individuellen Problemlagen älterer Menschen an ihre Grenzen. Im Bereich der nichtkassenpflichtigen Leistungen existieren bis heute grosse Lücken im Schweizer System. So fehlt es an Strukturen, welche Betreuungsleistungen für die ganze Bevölkerung zugänglich machen.

Ein besonders kritischer Moment im Leben älterer Menschen ist der Übergang vom Spital zurück ins häusliche Umfeld. Dieser Übergang stellt nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für das Gesundheitswesen und die soziale Sicherheit eine komplexe Aufgabe dar. Insbesondere für ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen ergeben sich hier spezifische Hürden, die es zu bewältigen gilt. In diesem Kontext spielt die Spitalsozialarbeit eine zentrale Rolle. Als Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Umwelt kommt ihr die Aufgabe zu, ältere Menschen beim Übergang vom Spital ins häusliche Umfeld zu unterstützen. Dabei gilt es die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der PatientInnen zu berücksichtigen und gleichzeitig die strukturellen Rahmenbedingungen sowohl des Gesundheitswesens als auch des Systems der sozialen Sicherheit zu kennen und entsprechend zu aktivieren.

Für die beiden Autorinnen dieser Masterarbeit sind die Herausforderungen sowie Lösungsansätze und laufende Entwicklungen im Bereich Betreuung älterer Menschen von grossem Interesse. So sind beide als Sozialarbeiterinnen in einem grossen Akutspital tätig und ein Grossteil der PatientInnen sind über 65 Jahre alt. Es wird eine zunehmende Komplexität

der Klientel im gesamten biopsychosozialen Bereich wahrgenommen. Dazu kommt der allgemein vorherrschende Kostendruck im Gesundheitswesen. Dahingehend hat die Soziale Arbeit im Akutspital unter anderem den Auftrag die Nachsorgeplanung mitzugestalten.

1.2 Fragestellungen

Ausgehend von den beschriebenen Herausforderungen und dem wachsenden Handlungsbedarf im Bereich der Betreuung älterer Menschen, insbesondere beim Übergang vom Spital zurück in das häusliche Umfeld, widmet sich die vorliegende Masterarbeit einer zentralen Fragestellung. Diese lautet:

Welche Strategien und Interventionen können angewendet werden, um ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen erfolgreich nach ihrem Spitalaufenthalt wieder in ihr häusliches Umfeld zu integrieren und welche Rolle kann die Spitalsozialarbeit dabei spielen?

Diese Hauptfrage bearbeitet die komplexe Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung, sozialer Unterstützung und die individuelle Lebenssituation älterer Menschen. Sie zielt darauf ab, praktische Lösungsansätze zu identifizieren und die spezifische Rolle der Spitalsozialarbeit in diesem Prozess aufzuzeigen. Um diese vielschichtige Thematik umfassend zu beleuchten, werden folgende Teilfragen formuliert:

1. Welche spezifischen Herausforderungen sind für ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen beim Übergang vom Spital ins häusliche Umfeld besonders relevant?
2. Inwiefern kann die Spitalsozialarbeit dazu beitragen, diese Herausforderungen zu bewältigen und ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen bei der Rückkehr in ihr häusliches Umfeld zu unterstützen?
3. Welche konkreten Projekte und Pläne existieren bereits oder sind geplant, um das autonome Wohnen älterer Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen nach einem Spitalaufenthalt zu fördern und wie werden dabei die Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Zielgruppe berücksichtigt?
4. Welche Gründe führen dazu, dass ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen Sozialversicherungsleistungen nicht in Anspruch nehmen, und welche Defizite und Herausforderungen bestehen in unserem politischen System, die zu diesen Nichtbezügen beitragen?

Die Erkenntnisse dieser Arbeit sollen dazu beitragen, die Unterstützung dieser vulnerablen Gruppe zu verbessern und ihre Autonomie und Lebensqualität nach einem Spitalaufenthalt zu fördern. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass ältere Menschen, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten, Zugang zu den notwendigen Ressourcen und Unterstützungsleistungen haben, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrem häuslichen Umfeld führen zu können. Die Spitalsozialarbeit nimmt eine Schlüsselposition ein, indem sie als Verbindungsglied zwischen der medizinischen Betreuung und den sozialen Hilfsangeboten agiert. Dadurch leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Wiedereingliederung der PatientInnen in ihr soziales Umfeld.

1.3 Methodik und Aufbau der Arbeit

Methodisch basiert diese Arbeit auf einer umfassenden Literaturrecherche und -analyse. Es werden aktuelle wissenschaftliche Studien, Fachpublikationen und Berichte aus dem Bereich der Gerontologie, Sozialarbeit und Gesundheitspolitik beigezogen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf Schweizer Quellen, um die spezifische Situation im nationalen Kontext zu erfassen. Dabei werden sowohl deutsch- als auch französischsprachige Publikationen berücksichtigt, um ein möglichst breites Spektrum an aktuellen Erkenntnissen einzubeziehen. Ergänzend zur Literaturanalyse fließen die beruflichen Erfahrungen der Autorinnen als Spitalsozialarbeiterinnen in die Arbeit ein. Diese Praxisperspektive ermöglicht es, theoretische Erkenntnisse mit realen Herausforderungen und Lösungsansätzen aus dem Arbeitsalltag zu verknüpfen.

Die Arbeit gliedert sich in mehrere Hauptkapitel, die aufeinander aufbauen und ein umfassendes Bild der Thematik zeichnen:

- Zunächst werden die grundlegenden Herausforderungen im Rahmen der Spitalsozialarbeit beleuchtet. Dabei wird insbesondere auf die Bedeutung der Autonomie im Alter, den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit sowie die finanzielle Situation älterer Menschen in der Schweiz eingegangen.
- Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Analyse des Nichtbezugs von Sozialversicherungsleistungen. Hier werden Gründe, betroffene Bevölkerungsgruppen und mögliche Lösungsansätze diskutiert.
- Die Rolle der Spitalsozialarbeit wird eingehend betrachtet, wobei ihre Aufgaben, Herausforderungen und Bedeutung für die Autonomie im Alter herausgearbeitet werden.

- Ein umfangreiches Kapitel widmet sich der Regelung von Betreuungsleistungen in der Schweiz, einschliesslich der Finanzierung und aktueller politischer Debatten und Bestrebungen.
- Konkrete Projekte und Pläne zur Förderung des autonomen Wohnens werden vorgestellt und analysiert, wobei sowohl bestehende als auch geplante Initiativen berücksichtigt werden.
- Zum Schluss werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst, interpretiert und in Bezug zur Praxis der Spitalsozialarbeit gesetzt. Offene Fragen und Limitationen werden diskutiert, bevor eine abschliessende Beantwortung der Hauptfragestellung erfolgt.

In jedem Kapitel wird besonderer Wert auf eine kritische Auseinandersetzung mit den vorhandenen Quellen gelegt. Um ein differenziertes Bild der komplexen Thematik darzustellen, werden unterschiedliche Perspektiven und Ansätze in Relation gebracht. So werden beispielsweise auch politische Diskussionen und Massnahmen berücksichtigt, welche schlussendlich nicht umgesetzt wurden. Die beiden Autorinnen möchten damit die Schwierigkeit und Langwierigkeit, die im politischen System der Schweiz herrscht, aufzeigen. Ebenso soll damit ein vertieftes Verständnis für die politischen Entscheidungsprozesse geschaffen werden.

2 Herausforderungen im Rahmen der Spitalsozialarbeit

Die Lebenswelten älterer Menschen sind heutzutage äusserst heterogen und dementsprechend sind es auch die Bedürfnisse. Allen gemein ist das Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung - beides Konzepte, die in der Sozialen Arbeit fest verankert sind. Daher widmet sich das erste Kapitel dem Thema Autonomie im Alter. Gerade die altersbedingte Multimorbidität wirkt sich auf die Selbstständigkeit und Lebensqualität älterer Menschen aus. Es werden verschiedene Ansätze zur Förderung der Autonomie erläutert und die rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die Selbstbestimmung aufgezeigt. Da die Aufrechterhaltung der Autonomie auch mit den individuellen finanziellen Verhältnissen zusammenhängt, werden in weiteren Kapiteln die Relationen zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit sowie die finanzielle Situation älterer Menschen in der Schweiz thematisiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Phänomen des Nichtbezugs von Sozialversicherungsleistungen und dessen Auswirkungen. Abschliessend wird die Rolle der Spitalsozialarbeit bei der Unterstützung älterer Menschen erörtert, insbesondere im Hinblick auf die Förderung ihrer Autonomie und die Bewältigung spezifischer Herausforderungen im Alter.

2.1 Autonomie im Alter

In der Schweiz ist ein markanter demografischer Wandel zu beobachten, der insbesondere die Altersstruktur der Bevölkerung betrifft. Der Anteil älterer Menschen nimmt stetig zu: Gegenwärtig machen Personen ab 65 Jahren etwa 17% der Gesamtbevölkerung aus. Prognosen zufolge wird dieser Anteil in den nächsten zwanzig Jahren auf 25% ansteigen, wie die Gesundheitsförderung Schweiz in ihrem Bericht darlegt (2016, S. 1). Die Themen Alter und Altern lassen sich dabei kaum normieren, da die Lebenssituationen und Bedürfnisse älterer Menschen sehr unterschiedlich sind. Es gibt zahlreiche Facetten des Alterns, die verdeutlichen, wie heterogen diese Bevölkerungsgruppe ist. Ein zentrales Thema ist die Wohnsituation. Während ein Teil der älteren Menschen selbstständig in ihrer Wohnung lebt, benötigen andere Unterstützung und ziehen in betreute Wohnformen oder Pflegeeinrichtungen. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die wirtschaftlichen Verhältnisse. Die finanzielle Lage älterer Menschen kann stark variieren. Einige verfügen über eine ausreichende Altersvorsorge und können ihren Lebensabend finanziell abgesichert geniessen. Andere hingegen sind auf Unterstützung angewiesen, weil ihre Rente nicht ausreicht, um die Lebenshaltungskosten zu decken. Diese Unterschiede haben erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe im Alter. Der Migrationshintergrund stellt eine weitere Facette des Alters dar, die berücksichtigt werden muss. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund stehen oft vor besonderen Herausforderungen. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede und der Zugang zu sozialen

Netzwerken und Dienstleistungen können sich unterschiedlich auswirken und bedürfen spezifischer Unterstützungsmassnahmen. Gleichzeitig bereichert die kulturelle Vielfalt das gesellschaftliche Leben und bietet Chancen für interkulturellen Austausch und gegenseitiges Lernen. All diese Inhalte bergen verschiedene Chancen und Risiken, die es zu beachten gilt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016, S. 2–5).

In diesem Zusammenhang wird der übergeordnete Begriff von Menschenwürde zentral. Dieses Verständnis der Menschenwürde beschreibt einen vierfachen Anspruch: auf Schutz von Leib und Leben und damit den Schutz der persönlichen Integrität, auf Selbstbestimmung bzw. Autonomie, auf grundlegende Rechte, auf einen elementaren Respekt vor der eigenen Person. Aus diesem Verständnis von Menschenwürde, ausgehend von Immanuel Kant, leiten sich die heutigen Menschenrechte ab (Rüegger, 2021, S. 13). Die Autonomie als Teil des Verständnisses der Menschenwürde stellt insbesondere im Alter ein zentrales Thema dar. Bestehende Multimorbidität, also dem Bestehen von mehreren Krankheiten, wirkt sich mit zunehmendem Alter auf alle Bereiche des täglichen Lebens aus. Dieser Zustand wird auch «Frailty» genannt. Die Autonomie wird dadurch stark eingeschränkt. Dies wiederum hat einen grossen Einfluss auf die funktionelle Gesundheit und somit auch auf die Art und Weise, wie die Selbstgestaltung des alltäglichen Lebens dennoch möglich ist. Personen, die davon betroffen sind, beschreiben eine niedrigere Lebensqualität – bezogen sowohl auf die Gesundheit als auch auf die allgemeine Lebensqualität (Schüz et al., 2011, S. 9). Die Idee der Autonomie ist jedoch, dass Menschen frei und unabhängig über ihr Leben entscheiden können. Für viele ist dies ein zentraler Aspekt der Menschenwürde, da sie ermöglicht, das Leben selbstbestimmt zu führen (Rüegger, 2021, S. 23). Wie autonom Menschen mit multiplen Erkrankungen ihr Leben führen können, hängt nicht zuletzt von den vorhandenen Ressourcen ab, welche Individuen zu Handlungen befähigen. Gemäss dem Projekt «Neighbourhood», welches sich mit dem Autonomieerhalt im Rahmen von Sturzfolgen in sozial benachteiligten Quartieren beschäftigt, können Menschen mit einem höheren sozialen, ökonomischen und kulturellen Kapital (beispielsweise höhere Bildung) besser mit Einschränkungen durch Krankheiten umgehen, weil es ihnen möglich ist, die Ressourcen, die sich in ihrer physischen Umgebung befinden zu involvieren, damit sie länger eine Autonomie wahrnehmen können, die nicht an stationäre Institutionen gebunden ist (Schüz et al., 2011, S. 21).

2.1.1 Ansätze zur Förderung der Autonomie

In der Psychologie beschreibt Autonomie einen Zustand, in dem eine Person durch Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit von anderen und Entscheidungsfreiheit gekennzeichnet ist. Dieser Zustand ermöglicht es Individuen, ihr eigenes Leben zu gestalten und Entscheidungen nach ihren eigenen Werten und Überzeugungen zu treffen. Das Gegenteil von Autonomie ist die »Heteronomie«, die durch Fremdbestimmung, Unselbstständigkeit, Abhängigkeit von anderen und das Fehlen von Entscheidungsfreiheit

gekennzeichnet ist, so Diehl (2012, S. 84). In einem heteronomen Zustand können Menschen nicht frei über ihre Handlungen und Entscheidungen verfügen, da sie von äusseren Einflüssen dominiert werden. In der Gerontologie wiederum, wird der Begriff Autonomie oft im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur funktionalen Selbstständigkeit einer Person verwendet. Dies umfasst die Fähigkeit zur Selbstpflege, die Erfüllung von Grundbedürfnissen und die Möglichkeit, ein eigenständiges Leben zu führen. Diese Fähigkeit ist entscheidend für die Lebensqualität und das Wohlbefinden im Alter. Ein wesentlicher Aspekt der Autonomie in diesem Kontext ist jedoch die selbstverantwortliche Kontrolle über die eigene Lebenswelt und Lebensweise. Dies bedeutet, dass ältere Menschen die Freiheit haben sollten, selbstbestimmt zu denken, zu handeln und Entscheidungen zu treffen. Diese grundsätzliche und existenzielle persönliche Freiheit sollte auch im hohen Alter und bis zum Lebensende respektiert werden. Es ist wichtig, die Würde und Autonomie älterer Menschen zu wahren und sicherzustellen, dass sie die Kontrolle über ihr eigenes Leben behalten, so beschreibt Diehl (2012, S. 84–85).

Das Bedürfnis nach Autonomie und funktionaler Selbstständigkeit ist ein wesentliches Merkmal des Lebens älterer Menschen. Besonders deutlich wird dies in ihrer Wohnsituation. Eine verhältnismässig geringe Anzahl älterer Menschen entscheidet sich dafür, in Alters- und Pflegeheimen zu leben. Laut einem Bericht der Gesundheitsförderung Schweiz sind es etwa 6% der Menschen im Pensionsalter, die in solchen Einrichtungen wohnen. Diese Zahl steigt mit zunehmendem Alter, bei den über 80-Jährigen sind es 18%, die in Alters- oder Pflegeheimen leben (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016, S. 2).

Die Gestaltung eines autonomen Lebens im Alter wird durch eine Vielzahl von Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst, die im „Social-Quality-Modell“ systematisch dargestellt werden können. Dieses Modell unterteilt die relevanten Faktoren in vier Hauptdimensionen: sozioökonomische Sicherheit, soziale Kohäsion, soziale Inklusion und soziale Ermächtigung (Höpflinger, Hugentobler & Spini, 2019, S. 166):

Sozioökonomische Sicherheit: Eine stabile finanzielle Basis ist essenziell für die Autonomie im Alter. Ein sicheres Einkommen, ausreichende Renten und bezahlbarer Wohnraum spielen hier eine zentrale Rolle. Finanzielle Unsicherheiten können die Lebensqualität stark beeinträchtigen und die Abhängigkeit von externen Hilfen erhöhen. Somit sind stabile ökonomische Verhältnisse ein bedeutender Schutzfaktor, während finanzielle Engpässe erhebliche Risiken darstellen.

Sozialer Zusammenhalt: Die Qualität und Stärke sozialer Bindungen und Netzwerke sind für ältere Menschen entscheidend. Stabile Beziehungen zu Familie, Freunden und Gemeinschaften bieten emotionale Unterstützung und praktische Hilfe, was die Selbstständigkeit fördert. Hingegen ist soziale Isolation erhebliche Risikofaktoren, die nicht nur die psychische Gesundheit beeinträchtigen, sondern auch die Fähigkeit zur Selbstständigkeit

mindern können. Fördermassnahmen für soziale Aktivitäten und Gemeinschaftsprojekte sind daher wichtige Schutzfaktoren.

Soziale Inklusion: Soziale Inklusion bedeutet, dass ältere Menschen an der Gesellschaft teilnehmen können. Dies umfasst den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen, Gesundheitsversorgung, Bildung und kulturellen Angeboten. Hindernisse, wie eingeschränkte Mobilität, Altersdiskriminierung und unzureichende Infrastruktur können die Teilhabe erheblich einschränken und somit die Autonomie beeinträchtigen.

Selbstbestimmung und Empowerment: Empowerment bezieht sich auf die Fähigkeit und Ermöglichung, die Lebensumstände älterer Menschen aktiv zu gestalten. Dies schliesst die Beteiligung an Entscheidungsprozessen, Bildungsangebote und die Förderung von Selbsthilfefähigkeiten ein. Ein Gefühl der Kontrolle und Selbstbestimmung trägt wesentlich zur Lebensqualität bei. Risikofaktoren in diesem Bereich sind das Fehlen von Beteiligungsmöglichkeiten und ein Gefühl der Machtlosigkeit.

Gezielte, individuelle Massnahmen sind somit unerlässlich, um die Autonomie im Alter so lange als möglich zu erhalten und ihre Lebensqualität zu verbessern (Höpflinger et al., 2019, S. 166).

2.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen in der Schweiz

Die Frage nach den Grenzen der Selbstbestimmung im Alter stellt ein komplexes ethisches Thema dar, das sich im Spannungsfeld von Autonomie, Fürsorge und Sicherheit bewegt. Mit zunehmendem Alter können kognitive und körperliche Einschränkungen auftreten, die die Entscheidungsfähigkeit einer Person beeinflussen. In der Schweiz bieten rechtliche Instrumente wie die Patientenverfügung und der Vorsorgeauftrag Möglichkeiten, die Autonomie und Entscheidungsfreiheit auch bei nachlassender Urteilsfähigkeit zu wahren. Das ZGB definiert dabei klare Rahmenbedingungen und Kriterien für die Urteilsfähigkeit und regelt, wie Entscheidungen getroffen werden sollen, wenn eine Person ihre Entscheidungsfähigkeit verliert. Diese Regelungen sind darauf ausgelegt, den mutmasslichen Willen und die Interessen der betroffenen Person in den Vordergrund zu stellen und gleichzeitig eine rechtliche Klarheit für Angehörige und medizinische Fachkräfte zu gewährleisten. Die rechtlichen Grundlagen stellen sich in der Schweiz wie folgt dar:

Urteilsfähigkeit

Art. 16 ZGB

Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.

Mentale Fähigkeiten, welche auf die Urteilsfähigkeit einer Person hindeuten, sind laut der

Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) folgende: Vorhandene Erkenntnisfähigkeit (relevante Informationen in Grundzügen erfassen), Wertungsfähigkeit (persönliche Bedeutung beimessen), Willensbildungsfähigkeit (Entscheidungen aufgrund eigener Erfahrungen treffen), Willensumsetzungsfähigkeit (Entscheidungen kommunizieren und vertreten) (2019, S. 8).

Patientenverfügung

Art. 370 ZGB

¹ Eine urteilsfähige Person kann in einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt.

² Sie kann auch eine natürliche Person bezeichnen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen besprechen und in ihrem Namen entscheiden soll. Sie kann dieser Person Weisungen erteilen.

³ Sie kann für den Fall, dass die bezeichnete Person für die Aufgaben nicht geeignet ist, den Auftrag nicht annimmt oder ihn kündigt, Ersatzverfügungen treffen.

Art. 371 ZGB

¹ Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen.

² Wer eine Patientenverfügung errichtet hat, kann diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte eintragen lassen. Der Bundesrat erlässt die nötigen Bestimmungen, namentlich über den Zugang zu den Daten.

³ Die Bestimmung über den Widerruf des Vorsorgeauftrags ist sinngemäss anwendbar

Zusammengefasst, ermöglicht es die Patientenverfügung einer Person, ihre Selbstbestimmung auf eine zukünftige Phase auszudehnen, in der sie nicht mehr urteilsfähig sein wird. Sie dient als Mittel der vorausschauenden Autonomie, um den Handlungsspielraum der eigenen Entscheidungsfreiheit zu vergrössern, auch wenn die Person später nicht mehr selbst entscheiden kann (Rüegger, 2021, S. 35).

Vorsorgeauftrag

Art. 360 ZGB

¹ Eine handlungsfähige Person kann eine natürliche oder juristische Person beauftragen, im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit die Personensorge oder die Vermögenssorge zu übernehmen oder sie im Rechtsverkehr zu vertreten.

² Sie muss die Aufgaben, die sie der beauftragten Person übertragen will, umschreiben und kann Weisungen für die Erfüllung der Aufgaben erteilen.

³ Sie kann für den Fall, dass die beauftragte Person für die Aufgaben nicht geeignet ist, den Auftrag nicht annimmt oder ihn kündigt, Ersatzverfügungen treffen.

Mit dieser Regelung im ZGB wird es Menschen ermöglicht, selbstbestimmt Vorsorge für den Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit zu treffen. Sie können so sicherstellen, dass ihre Angelegenheiten – nicht nur im medizinischen Bereich - in ihrem Sinne geregelt werden, auch wenn sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind.

Stellvertretendes Entscheiden

Art. 378 ZGB

¹ Die folgenden Personen sind der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

- 1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;*
- 2. der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;*
- 3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;*
- 4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;*
- 5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;*
- 6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;*
- 7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.*

² Sind mehrere Personen vertretungsberechtigt, so dürfen die gutgläubige Ärztin oder der gutgläubige Arzt voraussetzen, dass jede im Einverständnis mit den

anderen handelt.

³ Fehlen in einer Patientenverfügung Weisungen, so entscheidet die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person.

Art. 379 ZGB

In dringlichen Fällen ergreift die Ärztin oder der Arzt medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person.

In diesen Gesetzen wird somit festgelegt, wer Entscheide für eine Person treffen darf, wenn weder eine Patientenverfügung noch ein Vorsorgeauftrag vorliegt. Diese Entscheide sollen sich nach dem Willen der betroffenen Person richten, nicht nach demjenigen der entscheidenden Person. Es kann deshalb zu belastenden Situationen für die jeweilige Person kommen. Da eine Person viele nahestehende Personen haben kann und es daher zu Konflikten kommen könnte, wer nun die Entscheide treffen kann, legt das ZGB fest, in welcher Reihenfolge nahestehende Personen entscheidungsberechtigt sind. Da es in medizinischen Notsituationen sein kann, dass die Angehörigen nicht schnell genug gefragt werden können, entscheidet in diesen Situationen der ärztliche Dienst (Rüegger, 2021, S. 37).

2.1.3 Grenzen der Selbstbestimmung und ethisches Dilemma

Die Diskussion über die Grenzen der Selbstbestimmung im Alter ist ein vielschichtiges ethisches Dilemma, das ein Abwägen zwischen Autonomie, Fürsorge und Sicherheit erfordert. Mit zunehmendem Alter können kognitive und körperliche Einschränkungen auftreten, die die Entscheidungsfähigkeit und das Selbstbestimmungsrecht beeinflussen. Gleichzeitig besteht der Wunsch nach Wahrung der Würde und Achtung der persönlichen Autonomie. Damit diesem Willen entsprechend gehandelt werden kann, benötigt es verschiedene Voraussetzungen.

Wird der Wille einer Person durch äusseren (andere Menschen) oder inneren (Ängste, Psychisch) Druck gebildet, leidet die autonome Willensbildung darunter. Auch weiteren, offensichtliche Formen von autonomen Bedürfnissen sind Grenzen gesetzt. Seien dies illegale Forderungen (beispielsweise assistierter Suizid im Spital); Forderung von medizinisch nicht indizierten Handlungen; Zweifel an der Patientenverfügungen, welche nicht unter freiem Willen verfasst wurden. Grundsätzlich gilt: Selbstbestimmung hört dort auf, wo die Selbstbestimmung des anderen beginnt (Rüegger, 2021, S. 38).

Trotz des bereits beschriebenen hohen Autonomiebedürfnisses der älteren Menschen, kann es aufgrund verschiedener Situationen im Lebenslauf dazu kommen, dass die Autonomie von

äusseren Faktoren beeinflusst wird. Ein Grund, weshalb dies geschehen kann, ist die eigene Gesundheit. Eine Studie, welche in Kooperation von der damaligen Geriatrie des Universitätsspital Zürich, des Zentrums für Alter und Mobilität Zürich, der Klinik für Traumatologie des Universitätsspital Zürich sowie der Universitären Klinik für Akutgeriatrie des Stadtspital Waid durchgeführt wurde, zeigt auf, dass eine von vier Personen, beziehungsweise 27% der Personen, welche vor dem Spitalaufenthalt zuhause gewohnt haben, nach einem Spitaleintritt in eine Institution eintreten mussten (Palzer et al., 2021, S. 820). Inwiefern diese Entscheide auf autonomer Basis entstanden, ist in der Quelle nicht ersichtlich. Die Quote der Rehospitalisationen bei älteren Menschen ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der Gesundheitsversorgung im ambulanten Setting. Grundsätzlich gibt es verschiedene Risikofaktoren, die vermehrte Wiedereintritte hervorrufen. Es lässt sich sagen, dass Personen, welche aus einkommensschwächeren Regionen mit einem tieferen Bildungsniveau kommen, vermehrt innert kurzer Zeit wieder ins Spital kommen. Weiter ist ein schlecht ausgebautes Versorgungsangebot (beziehungsweise die Pflegeheimdichte) ein grosses Risiko, kurz nach einem Spitalaufenthalt erneut hospitalisiert zu werden. Aufgrund dessen ist eine sorgfältige Evaluation der Nachsorge essentiell (Brunner et al., 2023, S. 9).

Die Selbstbestimmung älterer Menschen ist ein grundlegendes Recht, das sowohl rechtlich als auch ethisch verankert ist. Der Artikel 28 Abs. 2 ZGB besagt, dass keine Handlungen gegen den Willen einer urteilsfähigen Person durchgeführt werden dürfen. In der Praxis bedeutet dies, dass ältere Menschen das Recht haben, medizinische Behandlungen oder Betreuungsformen abzulehnen, selbst wenn dies möglicherweise negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben könnte. Dieses Recht gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Person vollständig über die möglichen Risiken und Konsequenzen ihrer Entscheidung informiert wurde und diese auch verstehen kann. Die Wahrung der Autonomie im Alter geht über rechtliche Aspekte hinaus und berührt auch ethische Grundsätze. Es geht darum, die Würde und das Selbstbestimmungsrecht älterer Menschen zu respektieren. Autonomie in diesem Kontext bedeutet, dass ältere Personen, solange sie urteilsfähig sind, die Freiheit haben sollen Entscheidungen über ihr eigenes Leben zu treffen. Dies beinhaltet auch die Verantwortung, sowohl sich selbst als auch anderen gegenüber verantwortungsvoll zu handeln (Rüegger, 2021, S. 31).

Zwangsmassnahmen in der Medizin sind ein komplexes und ethisch herausforderndes Thema. Sie kommen zum Einsatz, wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, selbstständig Entscheidungen zu treffen oder eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellt. Unter Zwangsmassnahmen beschreibt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) medizinische Eingriffe oder Behandlungen, die gegen den Willen oder ohne die Zustimmung der betroffenen Person, beziehungsweise der Vertretungsberechtigten Person durchgeführt werden (SAMW, 2018, S. 7–8). Es werden

verschiedene Arten, Zwang anzuwenden beschrieben, wie zum Beispiel (SAMW, 2018, S. 8–11):

- Medikamentöse Behandlungen zur Wiederherstellung der Urteilsfähigkeit
- Freiheitseinschränkende Massnahmen wie Fixierungen oder elektronische Überwachung
- Fürsorgerische Unterbringung in psychiatrischen Kliniken (z.B. bei Delir) oder entsprechenden Pflegeeinrichtungen (z.B. bei Demenz)

Die entsprechenden Massnahmen sollen als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Die entsprechende Grundlage für die jeweilige Massnahme stellt der Artikel 426, Abs. 1 ZGB dar (Rüegger, 2021, S. 40):

Art. 426 ZGB

¹ Eine Person, die an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrt ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.

² Die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten sind zu berücksichtigen.

³ Die betroffene Person wird entlassen, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind.

⁴ Die betroffene oder eine ihr nahestehende Person kann jederzeit um Entlassung ersuchen. Über dieses Gesuch ist ohne Verzug zu entscheiden.

2.1.4 Schlussbetrachtung zur Autonomie im Alter

Die Autonomie im Alter stellt ein komplexes und vielschichtiges Thema dar, das sowohl rechtliche als auch ethische Aspekte umfasst. Autonomie im Alter bedeutet, dass ältere Menschen das Recht und die Fähigkeit haben, selbstbestimmt Entscheidungen über ihr Leben zu treffen, solange sie urteilsfähig sind. Dies umfasst nicht nur medizinische Entscheidungen, sondern auch Aspekte wie Wohnsituation, finanzielle Angelegenheiten und soziale Teilhabe. Allerdings kann die Autonomie im Alter durch verschiedene Faktoren eingeschränkt werden, insbesondere durch gesundheitliche Probleme und Multimorbidität. Diese Einschränkungen können die Lebensqualität und die funktionelle Gesundheit erheblich beeinträchtigen. Um die Autonomie älterer Menschen zu fördern und zu schützen, gibt es in der Schweiz rechtliche Instrumente wie Patientenverfügungen und Vorsorgeaufträge, wie sie im Kapitel 2.1.2 beschrieben wurden. Diese ermöglichen es, den eigenen Willen auch für Situationen festzulegen, in denen man nicht mehr urteilsfähig ist. Die Wahrung der Autonomie im Alter ist ein Balanceakt zwischen Selbstbestimmung und notwendiger Fürsorge. Dabei müssen individuelle Bedürfnisse, Ressourcen und Lebensumstände berücksichtigt werden (Rüegger, 2021, S. 31).

Die Wahrung der Autonomie älterer Menschen hängt eng mit ihrem sozioökonomischen Status zusammen, der wiederum erheblichen Einfluss auf ihre Gesundheit und Lebensqualität hat. Das folgende Kapitel untersucht diese Zusammenhänge genauer und beleuchtet, wie ökonomische und soziale Faktoren die Gesundheit im Alter prägen.

2.2 Sozioökonomischer Status und Gesundheit

Im Gegensatz zu rein ökonomischen Ungleichheiten präsentieren sich sozioökonomische Disparitäten als ein deutlich facettenreicheres Phänomen. Obwohl Diskrepanzen in Einkommen und Vermögen eine zentrale Rolle spielen, berücksichtigt dieses Konzept zusätzlich die ungleiche Verteilung sozialer Ressourcen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die unterschiedlichen Möglichkeiten beim Zugang zu Bildungsangeboten und Gesundheitsleistungen. Solch ein ganzheitliche Ansatz ermöglicht eine tiefgreifendere Analyse gesellschaftlicher Ungleichheiten, die über rein monetäre Aspekte hinausgeht (Boes, Kaufmann & Marti, 2016, S. 15). In diesem Kapitel wird näher auf die gesundheitliche Ungleichheit, aber auch auf unterschiedliches Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status eingegangen.

2.2.1 Gesundheitliche Ungleichheit

Mit dem Begriff gesundheitliche Ungleichheit werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) die Unterschiede im Bereich Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung beschrieben. Die Verknüpfung von sozialem Status, Gesundheitszustand sowie Mortalität ist vielfach untersucht worden und findet auch in der Schweiz Gültigkeit. «Die Beziehung zwischen dem Gesundheitszustand und dem sozialen Status wird als «sozialer Gradient» bezeichnet» (BFS, 2020a, S. 1). In ihrem Definitionsversuch hält Page (2020, S. 214) fest, dass sich Personen mit tiefer Bildung, niedriger beruflichen Stellung oder geringem Einkommen weniger gesundheitsbewusst verhalten. Zudem empfinden die Betroffenen ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter als Personen mit höherer sozioökonomischer Stellung.

Die Autorin nennt verschiedene Ansätze zur Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit. Bei dem verhaltensbezogenen Erklärungsansatz geht es darum, dass Verhaltensweisen, welche als gesundheitsschädigend einzuordnen sind, öfters bei Personen mit tiefem Bildungs- oder Berufsstatus zu beobachten sind. Als Beispiel ist Tabak- oder Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung oder fehlende Bewegung zu nennen. Dies allein erklärt jedoch den sozialen Gradienten nicht gänzlich. Die materielle sowie strukturelle Komponente muss zwingend miteinbezogen werden. Auf diesen Erklärungsansatz wird im nachfolgenden Abschnitt näher eingegangen. Zuletzt, jedoch nicht weniger wichtig, benennt Page (2020) den Einfluss von psychosozialen Faktoren auf den sozialen Gradienten: «Menschen mit tieferem sozialen Status erleben tendenziell mehr Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken.

Gleichzeitig haben sie oftmals weniger Ressourcen, um die negativen Auswirkungen der Belastungen abzufedern» (S. 214).

Wie bereits erwähnt, existieren verschiedene Theorien, welche die Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit zu erklären versuchen. Wie Page (2020, S. 214) erwähnt Franzese (2020, S. 23) in seinem Werk folgende drei Ansätze: das Gesundheitsverhalten, die psychosoziale Theorie und die materialistische Theorie. Letztere verdient in Bezug auf die finanzielle Situation der älteren Bevölkerung genauere Betrachtung. Laut Franzese (2020, S. 28) gibt es keine kausale Erklärung dafür, welche die höhere Lebenserwartung von Menschen mit einem höheren Einkommen belegt. Vielmehr gilt es die gesundheitlichen Risikofaktoren, welchen Personen mit geringerem Einkommen ausgesetzt sind zu betrachten – unter anderem die Wohnsituation, woran sich gesundheitsrelevante Merkmale ableiten lassen. Franzese (2020, S. 29) nimmt in seinem Werk Bezug auf Untersuchungen aus der Schweiz, welche einen Zusammenhang von Einkommen und Lärmbelastung aufzeigen. Als Beispiel wird die Stadt Genf genannt. Die Miete ist dort am tiefsten, wo die Lärmbelastung am höchsten ist. Die Möglichkeit eines Umzuges aufgrund Umweltbelastung oder anderen Störfaktoren hängt zudem mit den Einkommens- oder Vermögenswerten einer Person zusammen und steht somit meist nur Personen offen, welche finanziell bessergestellt sind.

Franzese (2020, S. 29–30) sowie auch Boeckh (2018, S. 369–370) schenken zwei weiteren zentralen Einflussfaktoren Aufmerksamkeit. Einkommen sowie Vermögen sind ausschlaggebend für die Möglichkeiten der sozialen Partizipation sowie den Bezug von Dienst- und Sachleistungen. Hohes Einkommen oder Vermögen eröffnet in allen Lebenslagen mehr Spielräume und Verwirklichungschancen. Dadurch wird ersichtlich, dass die materielle Seite des Lebens Einfluss auf die Immaterielle ausübt und somit auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit einwirken kann. Vollständigkeitshalber muss darauf hingewiesen werden, dass es schlussendlich auf das Verhalten ankommt, ob dieses gesunde Leben verwirklicht wird oder nicht. Auch ist hohes Einkommen und Vermögen nicht automatisch gleichzusetzen mit hoher Lebensqualität.

2.2.2 Auswirkungen auf die Gesundheit

Laut Lampert (2009, S. 121–122) lässt sich ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage feststellen. So sind Personen aus den tieferen sozialen Schichten mehr von chronischen Krankheiten, Beschwerden sowie Unfällen betroffen als die anderen Bevölkerungsschichten. Auch werden Gesundheit und Wohlbefinden subjektiv schlechter eingestuft. Die Lebenserwartung unterscheidet sich zudem stark zwischen der höchsten und der niedrigsten sozialen Schicht. Bei Männern sind es ca. 3 Jahre, bei den Frauen sogar 4 Jahre Unterschied. Die Forschung hat sich bislang nur am Rande damit befasst, inwiefern sich die soziale Ungleichheit im Alter auswirkt. Die meisten Studien befassen sich mit der

Bevölkerung im Erwerbsalter. Eine Erklärung dafür könnte der engen Verknüpfung von sozialer Ungleichheit und der Arbeitswelt geschuldet sein. Weiter wird noch häufig davon ausgegangen, dass das Krankheitsentstehen bei der älteren Bevölkerung rein biologischer Natur ist. Die aktuelle gerontologische Forschung zeigt jedoch die Wichtigkeit von sozioökonomischem Kapital und Gesundheit auf. Die Lebenslaufforschung, welche sich mit dem Zusammenspiel physiologischer, sozialer und verhaltensbezogener Veränderungen im Lebensverlauf befasst, liefert hierzu mögliche Antworten. So weisen sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufig einen schlechteren gesundheitlichen Zustand auf. Gabriel und Kubat (2022, S. 18–20) haben dies in ihrem Alterssurvey erfragt und ausgewertet. Es liegt nahe, dass das armutsbetroffene RentnerInnen öfters Berufe ausübten, welche längerfristig negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Auch fehlen die finanziellen Ressourcen für gesunde und ausgewogene Ernährung. Die negativen Einflüsse von Armut sind jedoch nicht bloss physischer Natur. Das Gefühl der Einsamkeit kann entstehen, wenn keinerlei Ressourcen für die Pflege des sozialen Netzes vorliegen, denn Freizeitgestaltung ist mit Kosten verbunden. So können ärmere SeniorInnen weder an Ausflügen teilnehmen noch gemeinsame auswärtige Mahlzeiten geniessen. Die Untersuchungen der AutorInnen ergab, dass armutsbetroffenen RentnerInnen viermal höher von Einsamkeit betroffen sind als die restlichen SeniorInnen. Dies wiederum kann sich negativ auf die Lebenserwartung und die Zufriedenheit auswirken. Wenn alle Ausgaben genaustens durchdacht werden müssen, oder gar unerwartete Ausgaben eintreffen, führt dies zu ständigem Stressempfinden, was wiederum die Lebenszufriedenheit beeinträchtigt. Laut Franzese (2020, S. 35) sind die Konsequenzen von langanhaltenden Stresssituationen, wie beispielsweise finanzielle Notlagen, nicht unerheblich und gelten als mögliche Auslöser für psychische Erkrankungen.

Allgemein bekannt, wie aber auch von Tesch-Römer und Wurm (2009, S. 16) bestätigt, hat die Einbindung in soziale Netzwerke und das Leben von sozialen Rollen in der Regel einen erheblich positiven Effekt auf die Gesundheit. Auch sinkt durch die soziale Integration die Inanspruchnahme gesundheitsbezogene Dienstleistungen, was wiederum Auswirkungen auf die Gesundheitskosten hat. Wie Lampert (2009, S. 123) schreibt auch Richter (2019, S. 164–165) in seinem Werk, dass eine ungünstige finanzielle Situation dazu beiträgt, dass gesundheitliche Krisen oder gesundheitliche Einschränkungen weniger erfolgreich bewältigt werden können und dies wiederum Einfluss auf das mentale Wohlbefinden hat. So können Betroffenen beispielsweise weniger Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen oder Adaptionen im häuslichen Setting vornehmen, was sich negativ auf die Zufriedenheit und das Empfinden von Lebensqualität auswirkt.

Tesch-Römer und Wurm (2009, S. 15–16) weisen darauf hin, dass nicht ausschliesslich sozial benachteiligte Personen eine tiefere Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsleistungen aufweisen. Die AutorInnen halten fest, dass die ältere

Bevölkerungsgruppe generell weniger Leistungen im Bereich der Vorsorge bezieht. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass es sowohl für RentnerInnen als auch die ÄrztInnen schwierig ist, zwischen altersbedingtem Abbau und behandlungsbedürftigen Krankheiten zu unterscheiden. Laut Franzese (2020, S. 34–35) ist das Phänomen jedoch nicht nur im präventiven Sektor anzutreffen. RentnerInnen mit geringem Budget lassen öfters Arzttermine aus oder schieben sie auf. Begründet wird dies unter anderem mit dem Zusammenhang von Armut und Schamempfinden. Damit verknüpft sind Reaktionen wie Rückzug, Selbstzweifel und Selbsthass.

2.2.3 Gesundheitsverhalten und sozioökonomischer Status

Vielerlei Studien belegen, dass Personen mit höherem Einkommen oder Vermögen gesünder leben. Es stellt sich aber die Frage, weshalb sich die Bevölkerungsschichten im Gesundheitsverhalten unterscheiden. Einige Punkte wurden vorab bereits angesprochen und werden hier weiter ausgeführt. Boes, Kaufmann und Marti (2016, S. 13–15) beschreiben in ihrem Bericht mögliche Mechanismen:

- Deprivation und Stress: Ein tiefer sozioökonomischer Status kann ein Trigger für diverse Stressfaktoren sein. So kann Stress zu ungesundem Verhalten führen (Alkohol- oder Tabakkonsum, mangelnde Bewegung oder ungesunde Ernährungsweise). Finanzielle Probleme und fehlende Selbstverwirklichung erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit auf negative Lebensereignisse wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Scheidung oder Krankheit. Stress und Gesundheitsverhalten stehen in einer Wechselwirkung, da das Gesundheitsverhalten ebenso Einfluss auf den Stresslevel ausübt.
- Subjektiv weniger Vorteile gesunder Verhaltensweisen und Diskontierung: Die Forschungsliteratur ist sich uneinig, ob Personen mit tiefem Status gleichermassen von positivem Gesundheitsverhalten profitieren wie Personen mit hohem sozioökonomischem Status. Es besteht jedoch die Annahme, dass die Bevölkerungsgruppe mit tiefem Status mehr auf die Gegenwart fokussiert ist und daher weniger Zeit und Engagement in die Gesundheit steckt. Die langfristigen Konsequenzen von gesundheitsschädlichem Verhalten werden weniger bedacht, da der Zukunft insgesamt weniger Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es hat sich gezeigt, dass mit steigendem Einkommen die Bereitschaft, in die Gesundheit zu investieren, ebenfalls höher ausfällt.
- Information und Wissen: Würde man davon ausgehen, dass Personen mit tiefem sozioökonomischem Status weniger über gesundheitsschädliches Verhalten wissen, liesse sich in Bezug auf das Gesundheitsverhalten einiges erklären. Jedoch haben Studien in den USA aufgezeigt, dass alle Bevölkerungsschichten Kenntnisse zu schädlichem Tabakkonsum, mangelnder Schlaf und ungenügender Bewegung

vorweisen. Die Befragung ergab jedoch, dass nur ein Drittel aller AmerikanerInnen Übergewicht als ein Problem sehen. Die Bevölkerungsschichten unterscheiden sich dahingehend, dass das Wissen rund um Ernährung bei Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status weniger fundiert vorhanden ist. Auch liegen Hinweise vor, dass Personen mit hohem Status adäquatere Entscheidungen im Bereich Gesundheit treffen.

- Kognitive Fähigkeiten: Das Bildungsniveau und der damit zusammenhängende schützende Effekt hat einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Forschende machen Bildung für 30% der Unterschiede im Gesundheitsverhalten verantwortlich. Laut ihnen unterstützt Bildung die Fähigkeiten zur Problemlösung und fördert die Kompetenz der Selbstkontrolle. Beides notwendige Fähigkeiten zur Erhaltung guter Gesundheit.
- Förderung von gesundem Verhalten: Viele Personen sind auf externe Unterstützung zur Erreichung ihrer Gesundheitsziele angewiesen (bspw. Rauchentwöhnung, Mitgliedschaft im Fitnesscenter, Ernährungsberatung und Coaching). Die Verfügbarkeit solcher Angebote ist nicht überall gegeben und zudem meist mit Kosten verbunden, welche selbst getragen werden müssen. Forschungsergebnisse zeigen, dass etwa ein Fünftel der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bildungsniveaus auf wirtschaftliche Faktoren zurückzuführen ist. So greifen Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status häufiger zu kostengünstigeren, aber weniger wirksamen Methoden zur Raucherentwöhnung. Für Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Status stellt der Zugang zu preiswerten, aber qualitativ minderwertigen Lebensmitteln eine wesentliche Herausforderung bei der Gewichtskontrolle dar. Weiter sind Personen, welche zur Erwerbszeit körperlich aktiv sind, meist auch im Alter aktiver als Personen mit tiefem sozioökonomischem Status.
- Einfluss von Peers: Das soziale Netzwerk ist ausschlaggebend für das eigene Gesundheitsverhalten und kann sowohl positiv als auch negativ beeinflusst werden, indem Verhalten adaptiert wird. Geht man davon aus, dass sich die meisten Menschen mit Gleichgesinnten, sprich mit Menschen mit ähnlichem sozioökonomischem Status, umgeben, würde dies die Ungleichheit zwischen den einzelnen Schichten erklären.
- Kulturell bedingte Verhaltensweisen: Laut Boes et al. (2016, S. 18) kann das Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten und dem Auftreten von Krankheiten über mehrere Generationen weitergegeben werden. Darüber hinaus verbreiten sich bestimmte Verhaltensweisen schneller und effizienter innerhalb homogener Gruppen, die ähnliche Wertvorstellungen, Überzeugungen und Präferenzen teilen.

Diese Erkenntnisse unterstreichen die komplexe Wechselwirkung zwischen sozioökonomischen Faktoren und gesundheitsbezogenem Verhalten und damit auch die politische Relevanz, das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv zu unterstützen. Die Schweizer Studie von Boes et al. (2016, S. 48–49) bestätigt, dass Personen mit tiefem sozioökonomischem Status weniger aktiv sind und weniger auf ihre Ernährung achten als Personen mit höherem Einkommen und Bildungsstand. Die sonst schon vulnerable Personengruppe setzt sich aufgrund des ungesunden Lebensstils weiteren gesundheitlichen Risiken aus. Die Studie hat zudem versucht, Einblicke über das Gesundheitsverhalten der verschiedenen Sprach- und Wohnregionen zu gewinnen. Unterschiede resultieren je nach Bevölkerungsdichte, Zugang zu öffentlichen Einrichtungen und Angeboten sowie der Gesundheitspolitik. Es ist jedoch nicht möglich aufgrund der Datenlage konkrete Mechanismen zu analysieren. Doch stellen Boes et al. (2016) Vermutungen an:

Die erste Vermutung basiert auf unterschiedlichen Zeitpräferenzen. Je nach Sprachgebrauch werden zukünftige Ereignisse und damit riskantere Verhaltensweisen weniger stark oder stärker gewichtet. Der zweite Mechanismus bezieht sich auf die Nähe zu den Nachbarländern und den entsprechenden französisch- und deutschsprachigen Medien, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die individuellen Vorlieben und Meinungen zu gesundheitsbezogenen Themen haben können. Drittens könnte sich die Risikowahrnehmung je nach Kulturkreis unterscheiden, z.B. inwieweit bestimmte Verhaltensweisen einen Einfluss auf die eigene Gesundheit haben. (S. 49)

Es kann festgehalten werden, dass sich die Erarbeitung konkreter Massnahmen zur Gesundheitsförderung, welche nachhaltig zu einem positiven Gesundheitsverhalten führt, bei einer heterogenen Bevölkerung herausfordernd gestaltet. Die verschiedenen Altersgruppen und Bevölkerungsschichten werden dementsprechend unterschiedlich adressiert werden müssen. Wie bereits einleitend erwähnt, steckt die Forschung rund um das Thema sozioökonomischer Status und Gesundheitsverhalten im Alter noch in den Anfängen. Die oben erwähnten Mechanismen sind jedoch unabhängig des Alters zu betrachten.

2.2.4 Chancengleichheit und Gesundheit - Fakten für die Schweiz

Bislang wurde vor allem das Gesundheitsverhalten im Allgemeinen thematisiert. In diesem Kapitel wird versucht, die Situation in der Schweiz darzustellen. Verständlicherweise gibt es Überschneidungen, doch können konkrete Zahlen die Situation hierzulande verdeutlichen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit wurde eine Präventionskampagne realisiert mit dem Ziel, möglichst viele Akteure im Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit zu sensibilisieren. Die Auswertung berücksichtigt Personen ab 15 Jahren. Einige ausgewählte Inhalte und Ergebnisse von Spiess und Schnyder-Walder (2018, S. 9–16) werden nachfolgend ausgeführt.

Lebenserwartung

Generell ist die Lebenserwartung in der Schweiz hoch. Konkret wies die Schweiz 2016 mit 83,7 Jahren die zweithöchste Lebenserwartung aller OECD-Länder (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) auf. Es bestehen jedoch ausgeprägte regionale Unterschiede. In Quartieren mit einer relativ hohen Dichte an BewohnerInnen mit hohem sozioökonomischem Status (bspw. Kirchenfeld-Schosshalde in Bern) beträgt die Lebenserwartung im Schnitt 83 Jahre. Konträr liegt sie in Quartieren mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem Einkommen (bspw. Bümpliz-Oberbottigen in Bern) bei nur 78 Jahren. Diese Unterschiede gelten als Hinweis ungleicher Lebensbedingungen. Obwohl sich diese in den letzten Jahrzehnten verbesserten, haben sich die gesundheitlichen Risiken den verschiedenen Bevölkerungsgruppen nicht angeglichen. Die sozialen «Determinanten» Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund haben in der Schweiz ebenso Einfluss auf die Lebenserwartung wie in anderen Ländern auch. So leben beispielsweise Personen mit tiefem Bildungsstand weniger lang als Menschen mit hohem Bildungsabschluss. Konkret leben Männer 4,4 Jahre und Frauen 2,2 Jahre weniger (Spiess & Schnyder-Walder, 2018, S. 9-10).

Subjektiver Gesundheitszustand

Die Lebensbedingungen haben Einfluss auf den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand. Der sozioökonomische Status legt fest, wie jemand sein Leben gestaltet, was wiederum Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten hat. 83% der Bevölkerung in der Schweiz schätzt ihren Gesundheitszustand als gut oder sogar sehr gut ein. Dieser Stand ist seit 1992 relativ unverändert. Mit zunehmendem Alter lässt sich eine Veränderung in der selbst wahrgenommenen Gesundheit der Schweizer Bevölkerung beobachten. Der Anteil der Personen, die sich gesund oder sehr gesund fühlen, sinkt von über 90% im jüngeren Erwachsenenalter auf etwa 75% im Pensionsalter. Bei Frauen zeigt sich eine kontinuierliche Abnahme der selbst empfundenen Gesundheit mit steigendem Alter, wobei ein deutlicherer Rückgang ab 75 Jahren zu verzeichnen ist. Männer hingegen erleben einen ersten signifikanten Einschnitt in ihrer Gesundheitswahrnehmung bereits zwischen 55 und 64 Jahren (Spiess & Schnyder-Walder, 2018, S. 11-12).

Verzicht auf Gesundheitsleistungen

Unter Gesundheitsleistungen werden alle diagnostischen, pflegerischen, therapeutischen Güter und Dienstleistungen verstanden, welche innerhalb des Gesundheitswesens direkt an PatientInnen erbracht werden. Im Zusammenhang mit Verzicht ist die Unterscheidung in zwei Kategorien nötig. Einerseits gibt es den Verzicht auf notwendige Gesundheitsleistungen. Es handelt sich hierbei also um Behandlungen oder Untersuchungen, die als medizinisch erforderlich erachtet werden. Andererseits gibt es den Verzicht auf nicht zwingend notwendige

Gesundheitsleistungen. Damit sind in erster Linie Vorsorgeuntersuchungen gemeint. Im Kontext der gesundheitlichen Chancengleichheit in der Schweiz ist diese Unterscheidung von grosser Bedeutung. Besonders kritisch ist der Verzicht auf notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen. Dies gilt als Indikator für soziale Benachteiligung und weist auf eine Ungleichverteilung der Gesundheitschancen hin. Studien weisen einen Zusammenhang zwischen dem Verzicht auf medizinische oder zahnärztliche Untersuchungen aus finanziellen Gründen und einer schlechteren Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands auf. 38% der Personen, welche auf Leistungen verzichtet haben, nehmen ihren Zustand als nicht gut wahr. Dagegen sind es 18% der Personen ohne Verzicht, die ihren Zustand ebenso als nicht gut wahrnehmen. Auch in der Schweiz spielen im Zusammenhang mit dem Verzicht finanzielle Faktoren eine bedeutende Rolle. Hohe Selbstbeteiligung (Franchise) oder fehlende Deckung durch das KVG (reguläre zahnärztliche Behandlungen) führt häufig zum Verzicht der Inanspruchnahme. Des Weiteren bestehen Zusammenhänge zwischen Einkommen und Verzicht. 2016 haben rund 20% der Gesamtbevölkerung auf eine Leistung verzichtet. 15% der Personen, welche verzichtet haben, sind Menschen mit hohem Einkommen. 30% der Personen, welche verzichtet haben, haben ein unterdurchschnittliches Einkommen. In erster Linie wird auf zahnärztliche Leistungen verzichtet. Untersuchungen zeigen, dass in der Westschweiz der Verzicht deutlich häufiger vorkommt als in der Deutschschweiz. Befragt wurden dabei jedoch nur Personen ab 65 Jahren. Als weitere Gründe für den Verzicht sind lange Wartezeiten, lange Anfahrtswege, Kommunikationsbarrieren sowie Angstgefühle zu nennen. Gerade aufgrund der Sprachbarriere erreicht die Gesundheitsversorgung nicht alle Menschen. HausärztInnen können häufig nicht auf Dolmetscherdienste zurückgreifen und wenn, werden sie durch die Versicherung nicht gedeckt. Menschen mit Migrationshintergrund verzichten zudem drei bis viermal häufiger auf Leistungen als Schweizer Staatsangehörige. Bei Männern liegt der Verzicht zudem sechsmal höher als bei den Männern ohne Migrationshintergrund. Das Bildungsniveau sowie die Wohnregion haben diesbezüglich keinen Einfluss (Spiess & Schnyder-Walder, 2018, S. 13-16).

2.2.5 Schlussfolgerungen zur gesundheitlichen Ungleichheit und Gesundheitskompetenz
Laut Page (2020, S. 214–215) befinden sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit in einer Wechselwirkung. Gesundheitliche Probleme können zu sozialen Problemen führen, während soziale Ungleichheit die Gesundheitschancen beeinträchtigt. Dies sind Herausforderungen, welche auf gesamtgesellschaftlicher und -politischer Ebene angegangen werden müssen. Chancengleichheit muss auch im Bereich der Gesundheit angestrebt werden. Dies kann durch die Verringerung sozialer Ungleichheiten erreicht werden, insbesondere durch die Beseitigung finanzieller und kultureller Barrieren beim Zugang zu Bildung. Gute Schul- und Berufsqualifikationen verbessern die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und damit auf ein ausreichendes Einkommen. Weitere Ansatzpunkte sind die Verringerung ökonomischer

Ungleichheiten bspw. durch Mindestlöhne, Subventionen sowie die Sicherstellung eines bezahlbaren Gesundheitssystems für sozial schwächere Menschen. Auf mesosozialer Ebene kann an Faktoren wie Gesundheitsverhalten, materiellen Bedingungen und psychosozialen Belastungen angesetzt werden. So hat der Bundesrat in seinem Bericht «Gesundheit 2020», die Stärkung der Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen als gesundheitspolitische Priorität formuliert. Basierend auf den Ergebnissen des «Health Literacy Survey Schweiz» sprechen die AutorInnen De Gani, Jaks, Bieri und Kocher (2023, S. 113–121) in ihrem Schlussbericht zwölf Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aus, wobei Politik, Bildung, Praxis und Forschung gleichermaßen adressiert werden:

1. Notwendigkeit eines (nationalen) Massnahmeplans zur Stärkung der Gesundheitskompetenz
2. Fokussierung auf bestimmte Zielgruppen und zielgruppenorientierten Ansätzen
3. Den Umgang mit digitaler Gesundheitsinformationen und -angeboten erleichtern
4. Individuelle und insbesondere strukturelle Bedingungen verändern
5. Bewährte Programme und Projekte weiterführen und Synergien nutzen, um weitere Massnahmen auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene zu fördern
6. Die Orientierung und Navigation im Gesundheitswesen vereinfachen
7. Die Selbstmanagementkompetenzen von Personen mit langandauernden Erkrankungen stärken
8. Die Schulen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz unterstützen
9. Gezielte interprofessionelle Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsfachpersonen im Bereich Gesundheitskompetenz
10. Ausbau der Forschung und Weiterführung eines regelmässigen Monitorings der Gesundheitskompetenz
11. Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf die psychische Gesundheit
12. Leicht verständliche und routinemässige Aufklärung über die Rechte als PatientIn

Nachfolgend werden Ausführungen zu ausgewählten Punkten vorgenommen. Die Nummer in der Klammer entspricht jeweils der oben erwähnten Empfehlung. (2) Die Entwicklung effektiver Massnahmen erfordert eine präzise Definition der Zielgruppen und ein hohes Mass an Verständnis für deren Lebenskontext. Jede Gruppe hat spezifische Bedürfnisse, die bei der Konzeption von Förderungsmassnahmen berücksichtigt werden müssen. Sie sind zudem durch unterschiedliche Kommunikationskanäle erreichbar und empfänglich für unterschiedliche Botschaften. Zukünftige Bestrebungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sollten sich vorrangig auf vulnerable Bevölkerungsgruppen konzentrieren. Dazu gehören Menschen mit Sprachbarrieren, Personen mit geringen finanziellen Ressourcen, Menschen mit wenig sozialer Unterstützung sowie Personen mit chronischen Erkrankungen. Diese Personengruppen weisen häufig Probleme im Umgang mit

Gesundheitsinformationen- und -diensten auf und sind von den damit verbundenen Konsequenzen vermehrt betroffen. Durch eine partizipative Herangehensweise können nicht nur massgeschneiderte Interventionen geschaffen werden. Durch Empowerment der einzelnen Zielgruppen wird ein gerechterer Zugang zu Gesundheitsinformationen und -diensten hergestellt. (4) Gesundheitskompetenz hängt sowohl von den individuellen Fähigkeiten, dem Wissen und der Motivation im Umgang mit Gesundheitsinformationen ab, als auch von den Umweltbedingungen, die sie fördern oder behindern. Daher sind Massnahmen auf individueller und struktureller Ebene notwendig. Da individuelle Massnahmen oft zeitintensiv und schwierig umzusetzen sind, soll zukünftig das Hauptaugenmerk auf Organisationen und Systeme gelegt werden. Auch politische Entscheidungsträger sollen stärker in die Pflicht genommen werden, da sie die Rahmenbedingungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz schaffen. (6) Das komplexe Schweizer Gesundheitssystem stellt für viele Menschen eine Herausforderung dar. Eine Vereinfachung und Verbesserung der Zugänglichkeit sind dringend erforderlich. Leicht verständliche Informationen über Strukturen, Abläufe und Patientenrechte müssen bereitgestellt werden. Aufgrund vielen unterschiedlichen involvierten AkteurInnen ist die Orientierung für die PatientInnen oft sehr herausfordernd. Integrierte Versorgungsmodelle und Unterstützungsangebote wie Case- oder Caremanagement können Betroffene auf dem gesamten Versorgungsprozess begleiten und dadurch die Navigation erleichtern. (7) Das zunehmende Vorkommen von chronischen Erkrankungen erfordert eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung. Die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen spielt dabei eine Schlüsselrolle, indem sie Betroffene und ihre Angehörigen befähigt, aktiv mit ihrer Krankheit umzugehen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Dies bedingt die Integration der Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen in den Gesundheitspfad. Diese patientenzentrierte Herangehensweise ist besonders wichtig angesichts der alternden Bevölkerung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen. Sie ermöglicht es Betroffenen, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken und eine aktivere Rolle in ihrer Behandlung einzunehmen. (12) Die digitale Revolution im Gesundheitswesen, einschliesslich der Einführung elektronischer Patientendossiers, verstärkt die Notwendigkeit einer aktiven Patientenrolle. PatientInnen sind heute Mitentscheidende in ihrer Gesundheitsversorgung und tragen die Verantwortung für das Management ihrer Gesundheitsdaten. Um diese neue Rolle wirklich wahrnehmen zu können, ist eine klare und zugängliche Aufklärung über Rechte und Pflichten unerlässlich. Die Studie hat gezeigt, dass vielen Personen ihre Rechte nicht kennen und Schwierigkeiten haben, darüber Informationen zu finden. Es ist entscheidend, dass PatientInnen über Rechte, wie bspw. das Einholen einer Zweitmeinung oder die Ablehnung von Behandlungen informiert sind. Gesundheitsakteure, einschliesslich Fachpersonal, Organisationen, Krankenkassen und Behörden, sollten den Zugang zu verständlichen

Informationen über Patientenrechte verbessern. Gleichzeitig sollen Beratungsstellen sichtbarer und zugänglicher gemacht werden.

2.3 Finanzielle Situation der älteren Schweizer Bevölkerung

Der Übergang von der Erwerbstätigkeit zur Pension bedeutet für viele Menschen Veränderung und stellt die älter werdenden Personen vor einige Herausforderungen. In diesem Kapitel wird näher auf die Einkommens- und Vermögenssituation der älteren Schweizer Bevölkerung eingegangen und das Thema Altersarmut kurz beleuchtet. Abschliessend liegt der Fokus auf dem Nichtbezug von Sozialleistungen.

Sowohl Gabriel und Kubat (2022, S. 3–4) als auch Meuli und Knöpfel (2021, S. 15) merken zu Beginn ihrer Werke an, dass es der Mehrheit der RentnerInnen in der Schweiz finanziell gut oder sogar sehr gut geht. Dies bedeutet, dass einerseits eine existenzsichernde Altersrente vorhanden ist, aber andererseits auch hohe Vermögenswerte vorliegen, welche im Alter an Wichtigkeit gewinnen. Laut den AutorInnen sind schätzungsweise 1/5 der Personen über 65 Jahren von Armut betroffen oder armutsgefährdet. Der Bericht des Bundesamt für Statistik (2020b, S. 1) weist auf die signifikanten Unterschiede innerhalb der älteren Bevölkerung hin. Ein nicht unbedeutender Teil der PensionärInnen hat mit einem Einkommen auszukommen, welches unterhalb der Armutsgrenze liegt, also mit knapp 2300 Franken pro Monat. Auch bei den Vermögenswerten sind Divergenzen zu erkennen. «So besitzen 15,6% der Personen ab 65 Jahren kaum finanzielle Reserven, 8,7% können nur mit Mühe für die nötigsten Ausgaben aufkommen und 11,3% sind nicht in der Lage, eine unvorhergesehene Ausgabe von 2500 Franken zu bewältigen» (Bundesamt für Statistik, 2020b, S. 10).

2.3.1 Einkommen

Nach dem Erwerbsleben verändert sich die Einkommenssituation massgeblich. Das Bundesamt für Statistik (2020b, S. 2) vermerkt in ihrer Untersuchung grosse Unterschiede beim Bezug von Altersleistungen. Fast alle RentnerInnen beziehen eine Rente aus der 1. obligatorischen Säule. Klare geschlechterspezifische Unterschiede existieren im Bereich der 2. Säule, wobei 82,9% der Männer und nur 69,5% der Frauen Leistungen in Form von Rente oder Kapitalauszahlung beziehen. Bedeutsame Unterschiede sind auch in der Höhe der Renten zu finden. Aufgrund bekannter Gründe wie Erwerbsunterbrüche und Teilzeitarbeit, erhalten die Frauen im Schnitt nur halb so hohe Renten der 2. Säule wie die Männer, gleiches gilt beim Kapitalbezug. Doch sind gemäss Gabriel und Kubat (2022, S. 3) nicht nur Rentnerinnen von finanzieller Schlechterstellung im Alter betroffen. Aufgrund der einkommensabhängigen beruflichen Vorsorge (2. Säule) und der nichtexistenzsichernden 1. Säule sind Personen, welche einen tiefen Bildungsstatus aufweisen oder einer Tätigkeit im Niedriglohnsegment nachgehen ebenfalls von materieller Ungleichheit im Alter betroffen. Ein grosser Teil der RentnerInnen verwendet das Einkommen für laufende Ausgaben und zehrt

zusätzlich vom angesparten Vermögen. Die Fixkosten, wie Miete, Krankenversicherung und Ausgaben für Freizeitaktivitäten bleiben meist gleich hoch wie zu Zeiten der Erwerbstätigkeit oder steigen gar.

Im Schweizer Alterssurvey 2022 wurde die Schweizer Bevölkerung nach ihren Einkommensquellen befragt. Es wurden ausschliesslich Personen berücksichtigt, welche zu Hause wohnhaft sind (Gabriel & Kubat, 2022, S. 31). Die Abbildung zeigt, dass ein Grossteil der PensionärInnen eine Rente aus der 1. und 2. Säule bezieht. Dieses Einkommen sollte

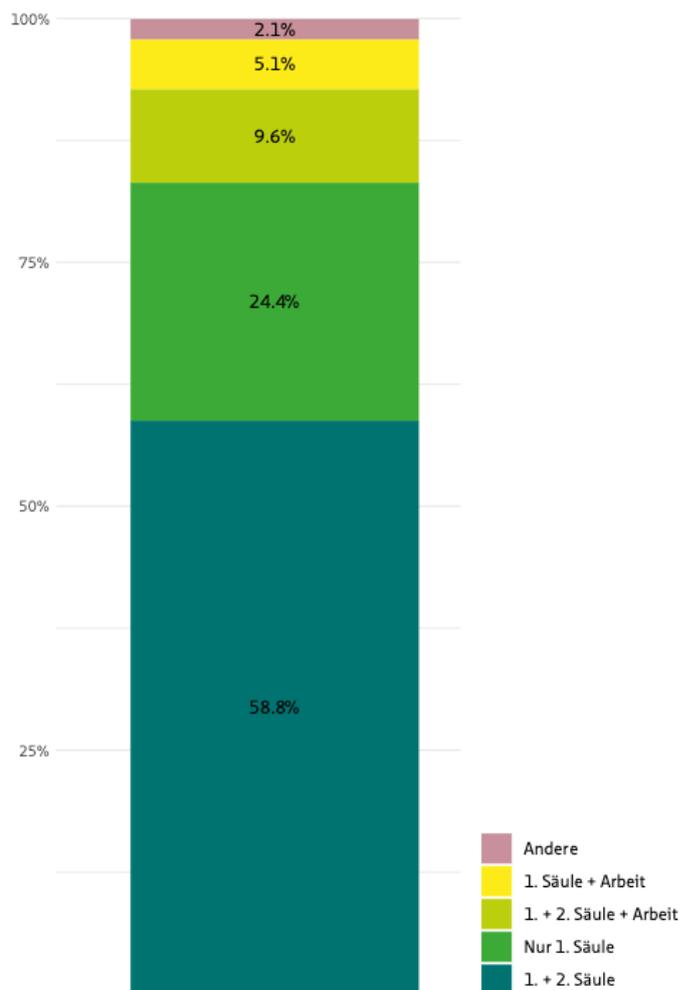


Abbildung 1. Einkommensquellen

Quelle: Gabriel & Kubat, 2022, S. 10

ursprünglich dazu dienen, den gewohnten Lebensstil beibehalten zu können. Die nächste Sparte (24.4%) bezieht sich auf Personen, welche ausschliesslich Leistungen aus der 1. Säule oder zusätzlich Ergänzungsleistungen (EL) beziehen. Spannend sind die beiden nachfolgenden Kategorien (9.6% und 5.1%). Diese beiden Kategorien legen dar, dass ein bedeutender Teil der älteren Bevölkerung nebst dem Bezug von Leistungen aus nur der 1. oder aber der 1. und 2. Säule weiterhin arbeitstätig bleibt. Laut Forschungsbericht von Wanner und Gerber (2022, S. 39) ist eine steigende Tendenz von Personen, welche direkt nach der Pensionierung weiterhin ein Erwerbseinkommen erzielen, ersichtlich.

2.3.2 Vermögen

Damit die finanzielle Situation der älteren Bevölkerung und somit auch eine Aussage über die mögliche Armut im Alter gemacht werden kann, muss die Vermögenssituation mitberücksichtigt werden. Laut Gabriel und Kubat (2022, S. 13–15) ist die

Vermögenskonzentration bei der älteren Bevölkerung höher als bei den erwerbstätigen Personen. Aufgrund der langen Einzahlungszeit in die private und obligatorische Altersvorsorge lässt sich dies einfach erklären. Diese Tatsache brachte das Argument hervor, dass tiefes Einkommen im Alter mit erheblichen Vermögenswerten kompensiert werden kann. Dadurch wurde der Fokus weg von der Altersarmut und Altersarmutsgefährdung gelenkt. Die Vermögenwerte mögen zwar im Alter höher sein, aber dennoch sind sie ungleich auf die einzelnen Haushalte verteilt. So besitzen rund 11% der Haushalte mit Personen ab 65 ein Nettovermögen von über einer Million Franken. Das Vermögen setzt sich sowohl aus liquiden Elementen wie Bargeld und Bankkonti als auch Immobilienwerten zusammen. 1,3% der Bevölkerung, also rund 20'000 PensionärInnen, weisen ein liquides Vermögen von rund 30'000 Franken aus und sind gleichzeitig in Besitz von Wohneigentum. Zwar führt der Verkauf von Eigentum zu erheblichem Vermögensanstieg, doch steigen danach die Lebenskosten aufgrund der heute bestehenden hohen Mietpreise. Ebenso kann ein Umzug eine emotionale Belastung darstellen und Einwirkungen auf die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit haben. Gerade in städtischen Gebieten ist ein Umzug im Alter mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Eine letzte Kategorie wurde im Alterssurvey abgebildet. Nämlich die Personen, welche von Armut betroffen sind. Rund 46'000 SeniorInnen, etwas über 3% der älteren Bevölkerung, verfügen weder über liquides Vermögen noch über Wohneigentum. Betroffenen ist es nicht möglich, tiefes Einkommen mit Erspartem zu kompensieren.

2.3.3 Altersarmut - betroffene Bevölkerungsgruppen

In diesem Kapitel wird der Fokus auf die Einkommensarmut sowie die spezifischen Personenmerkmale gelegt. Im Jahr 2022 sind rund 200'000 SeniorInnen von Armut betroffen und weitere 300'000 sind armutsgefährdet. Wie aus vergangenen Studien vorbekannt, ist ein bezeichnender Geschlechterunterschied gegeben. 17,7% der Rentnerinnen verfügen über ein Einkommen unterhalb der Armutsgrenze. Dem gegenüber stehen die Rentner mit 9,9%. Bis heute ist dies auf die geschlechterspezifische Rollentrennung erklärbar. Die Frauen weisen aufgrund Betreuungsarbeit immer noch Lücken in der Altersvorsorge auf, obwohl sich langsam eine Anpassung der Erwerbsmuster erkennen lässt. Der Alterssurvey brachte auch in Bezug auf den Zivilstand Unterschiede ans Licht. So sind ledige (15,9%), geschiedene (17,2%) oder verwitwete (17,5%) SeniorInnen vermehrt von Einkommensarmut betroffen als verheiratete Personen (11,6%). Zwar erhalten Verheiratete im Alter weniger AHV-Rente, doch lassen sich Fixkosten wie beispielsweise die Miete teilen, was sich wiederum günstig auf die finanzielle Lage auswirkt. Die Auswertung der Pro Senectute zeigt des Weiteren eine hohe Diskrepanz zwischen Personen ohne Schweizer Staatszugehörigkeit und SchweizerInnen. So sind SeniorInnen mit ausländischer Staatsangehörigkeit fast doppelt so häufig von Armut betroffen (29,1% zu 12,9%). Dies lässt sich einerseits dadurch erklären, dass die Betroffenen erst zu

einem späteren Zeitpunkt begonnen haben in die Altersvorsorge zu investieren und ausländische Renten meist klein ausfallen. Andererseits ist ein hoher Anteil der Migrationsbevölkerung im Tieflohnsegment tätig, was kleine Altersrenten zur Folge haben. Private Vorsorge ist meist nicht möglich und je nach Anstellungsverhältnis existiert sogar keine Rente der 2. Säule. Zuletzt geht aus dem Alterssurvey die hohe Einflussnahme der Bildung hervor. Je höher der Bildungsabschluss, desto geringer fällt das Armutsrisiko aus. Die Ausbildung hat Einfluss auf die Lohnentwicklung und die Karrieremöglichkeiten und dies ermöglicht wiederum die Investition in die Altersvorsorge - privat als auch obligatorisch.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das Alter allein eine untergeordnete Rolle im Zusammenhang mit der Armut steht. Die individuellen Lebensläufe bis hin zur Pensionierung sowie die bisher aufgeführten Risikofaktoren sind um vieles bedeutsamer. Eine äusserst vulnerable Bevölkerungsgruppe bildet sich dann, wenn die einzelnen Eigenschaften zusammenfallen, da die Kumulation von Risikofaktoren das Armutsrisiko erheblich erhöhen kann (Gabriel & Kubat, 2022, S. 5–7).

Ein weiterer Risikofaktor für Altersarmut stellt die geografische Lage dar. Dank dem aktuellen Altersmonitor konnten im Bereich der Altersarmut kantonale und regionale Unterschiede abgebildet werden. Laut Gabriel und Kubat (2022, S. 7–8) hat der Urbanisierungsgrad massgeblichen Einfluss auf die Armutsbetroffenheit. SeniorInnen, welche in Städten (11,9%) oder stadtähnlichen Gemeinden (13,2%) wohnen sind weniger häufig von Armut betroffen als die ältere Bevölkerung auf dem Land (20,2%). Die Daten können aus mehreren Perspektiven interpretiert werden. Einerseits ist davon auszugehen, dass in städtischen Gebieten mehr gut ausgebildete PensionärInnen wohnen, welche vor der Pension im Dienstleistungssektor gearbeitet haben und in der Stadt beziehungsweise der urbanen Gegend geblieben sind. In ländlichen Gegenden weist die ältere Bevölkerung einen tieferen Bildungsstand auf und war mehrheitlich in handwerklichen Berufen tätig. Andererseits bestehen in städtischen Gegenden Zusatzleistungen, welche auf dem Land nicht angeboten werden. Ein weiterer Erklärungsansatz kann der auf dem Land verbreitete Nicht-Bezug von Sozialversicherungsleistungen, welcher sich anhand sozialer Normen begründen lässt, sein. Dieses Thema wird in einem separaten Kapitel näher thematisiert.

Im Alterssurvey beschreiben Gabriel und Kubat (2022, S. 20–23) zudem eindrücklich die kantonalen Unterschiede im Bereich der Altersarmut. Dabei stechen vier Kantone besonders hervor. Den gesamtschweizerischen Wert von 13,9% werden von den Kantonen Tessin, St. Gallen, Nidwalden und Thurgau deutlich überschritten. Davon war einzig die Lage der RentnerInnen im Kanton Tessin aus früheren Studien bereits bekannt.

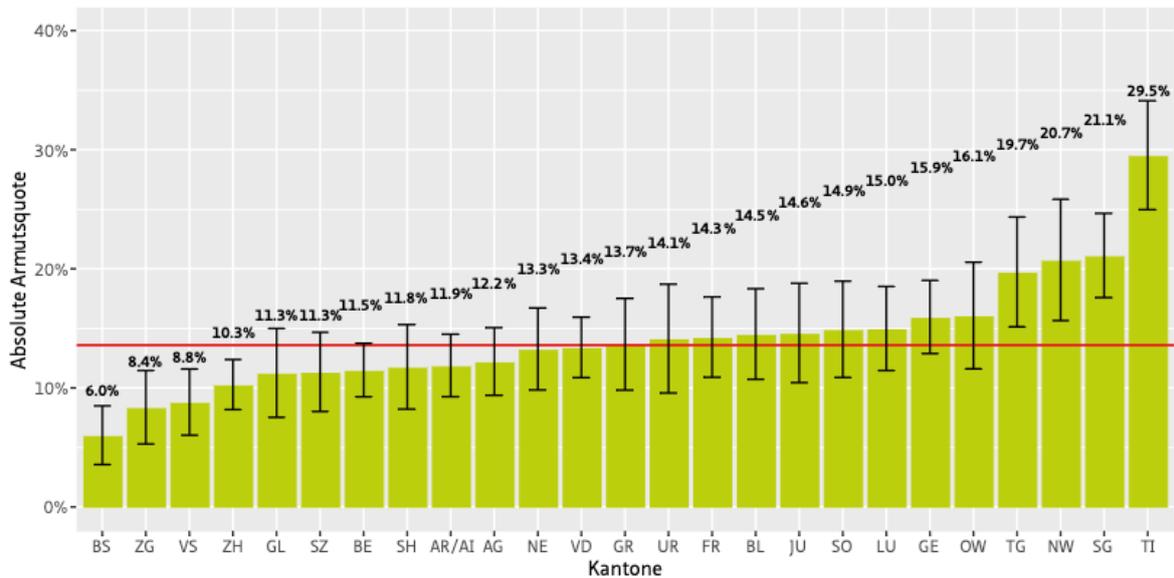


Abbildung 2. Absolute Armutsquote in den Kantonen

Quelle: Gabriel & Kubat, 2022, S. 21

Gründe dafür mögen in den offensichtlichen Unterschieden liegen, wie beispielsweise der Ausprägungen von Stadt und Land, Berg und Tal und der Stärke der kantonalen Wirtschaftsräume. Doch folgt gerade der Kanton Tessin, welcher die höchste Einkommensarmut als auch nicht kompensierbare Armut aufweist, keinem der bekannten Muster. Gemäss Meuli und Knöpfli (2021, S. 156–159) ist eine mögliche Erklärung daher vielmehr im föderalistischen System der Schweiz zu finden. In Bezug auf die Lebenskosten (beispielsweise Krankenkassenprämien und Mietkosten), dem Steuersystem und der Ausgestaltung des Systems der sozialen Sicherheit bestehen grosse kantonale, aber auch kommunale Unterschiede. Vor allem der letzte Faktor ist für armutsbetroffene RentnerInnen entscheidend. Nebst dem gesamtschweizerischen geltenden ELG steht es den Kantonen und auch den Gemeinden frei zu entscheiden, ob zusätzlich weitere Leistungen im Bereich der sozialen Sicherheit ausbezahlt werden. Die kantonalen oder auch kommunalen Beihilfen, auch Zusatzleistungen genannt, spielen für RentnerInnen mit tiefem Einkommen und fehlendem Vermögen eine entscheidende Rolle im Bereich der Existenzsicherung. Eine Analyse der beiden AutorInnen zeigt auf, dass es alleinstehenden und einkommensarmen RentnerInnen im Jahr 2018 in Genf und Zürich finanziell am besten ging – beides Kantone, welche zusätzliche Leistungen gewähren. Trotz den hohen Lebenskosten in den genannten Kantonen verfügen die RentnerInnen über mehr Geld zur freien Verfügung. Im Kanton Appenzell dagegen sind die Lebenskosten zwar tief, die Steuer jedoch hoch und es werden keine Beihilfen gewährt.

2.4 Nichtbezug von Sozialversicherungsleistungen

Das vorangegangene Kapitel hat aufgezeigt, dass es in der Schweiz Personen gibt, welche von Altersarmut betroffen sind. Es steht aber auch fest, dass das Drei-Säulen-System der sozialen Sicherheit die Funktion der Existenzsicherung im Alter durchwegs erfüllt, vor allem in Verbindung mit den Ergänzungsleistungen. Warum also gibt es RentnerInnen, welche ihren Anspruch auf Leistungen nicht geltend machen? In diesem Kapitel wird näher auf das Phänomen des Nichtbezugs eingegangen. Der Fokus wird dazu auf die Ergänzungsleistungen gelegt, obschon das Phänomen des Nichtbezugs und die jeweiligen Gründe dafür auch im Bereich der wirtschaftlichen Sozialhilfe oder in anderen Sozialversicherungen zu finden ist.

Erstmals haben Gabriel, Koch, Meier und Kubat (2023, S. 3–4) eine gesamtschweizerische Studie zum Thema durchgeführt um das Ausmass des Nichtbezugs sichtbar zu machen sowie mögliche Risikofaktoren zu identifizieren. In der Studie sind die Personen, welche in Heimen wohnhaft sind, nicht berücksichtigt worden. Die AutorInnen Gabriel et al. (2023) definieren den Nichtbezug wie folgt:

Im Allgemeinen liegt eine Situation des Nichtbezugs einer Sozialleistung vor, wenn eine Bürgerin oder ein Bürger aufgrund der Lebenssituation Anspruch auf eine Unterstützung in der Form einer bestimmten Sozialleistung hätte, diese aber nicht bezieht. Angewendet auf die EL bedeutet dies, dass ein Nichtbezug von EL vorliegt, wenn eine Seniorin oder ein Senior aufgrund ihrer/seiner Lebenssituation – dazu gehören die Einkommenssituation, aber auch die Wohnsituation oder Gesundheits- oder Pflegeleistungen – Anspruch auf EL hat, diese aber nicht bezieht. (S. 4)

2.4.1 Ausmass des Nichtbezugs

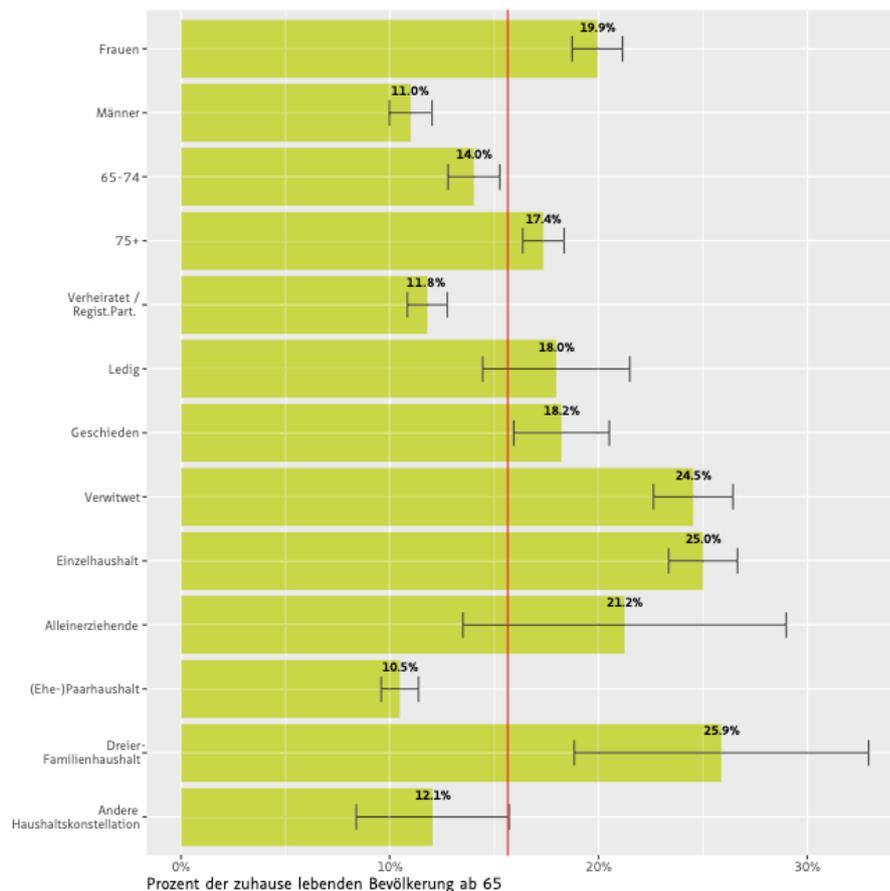
Gemäss den Studienergebnissen von Gabriel et al. (2023, S. 9–11) hätten knapp 230'000 RentnerInnen Anspruch auf Ergänzungsleistungen, welche diese aber nicht beziehen. Somit sind 15,7% der Personen ab 65 Jahren von einem Nichtbezug betroffen. Dieser Wert ist um einiges höher, als der von einer älteren Studie von der Eidgenössischen Finanzkontrolle (2006, S. 17–20). Damals schätzten die EL-Durchführungsstellen den Nichtbezug auf 6%, die AHV auf 11%. Der Wert vom Alterssurvey liegt aber doch tiefer als die Ergebnisse einer früheren Studie von Hümbelin, Richard, Schuwey, Luchsinger und Fluder (2021, S. 50). Laut ihrem Schlussbericht liegt der Nichtbezug von Ergänzungsleistungen von AHV-RentnerInnen bei 28,8%, doch ist ihre Untersuchung auf den Kanton Basel-Stadt begrenzt. Die Zahl könnte sich aufgrund des hohen Anteiles an ausländischen RentnerInnen erklären. Warum gerade diese Bevölkerungsgruppe von Nichtbezug betroffen ist, wird weiter unten aufgeführt.

Gemäss dem Alterssurvey besteht ein Zusammenhang zwischen dem Nichtbezug und der Einkommensarmut. So befinden sich fast 50% der SeniorInnen, welche von Einkommensarmut betroffen sind, ebenfalls in einer Situation des Nichtbezugs. Die

Armutsquote könnte dahingehend drastisch reduziert werden, wenn der jeweilige Anspruch auf Ergänzungsleistungen geltend gemacht werden würde.

2.4.2 Betroffene Bevölkerungsgruppen

Wie bereits beim Thema Altersarmut zeigt Gabriel et al. (2023, S. 12–15) auf, dass auch im Bereich des Nichtbezugs ein deutlicher Geschlechterunterschied besteht. So sind Seniorinnen fast doppelt so häufig von Nichtbezug betroffen (19,9% entgegen 11% bei den Pensionären). Ähnlich klingen auch die Erklärungsversuche. So können die Gründe beim Bildungsunterschied, der Rollenverteilung aber auch in der unterschiedlichen Lebenserwartung liegen. In der momentanen älteren Bevölkerung besitzen die Männer einen höheren Bildungsabschluss als die Frauen. Es liegt daher nahe anzunehmen, dass die Kenntnisse über den Schweizer Staat und die Absicherung im Alter bei den Senioren höher als bei den Seniorinnen sind. Zudem kümmerten sich die Männer zu Erwerbszeiten und somit über die Pension hinaus häufiger um die finanziellen Aspekte der Familie, was ebenfalls für



mehr Vertrautheit mit dem Thema voraussetzt. Frauen wiederum weisen eine höhere Lebenserwartung aus. Doch gerade das höhere Alter ist mit gesundheitlichen Einschränkungen verbunden. Krankheit und die damit verbundenen Kosten können den Anspruch auf

Abbildung 3. Ausmass Nichtbezug & soziodemografische Faktoren

Quelle: Gabriel et al., 2023, S. 12

Ergänzungsleistungen verfestigen, doch gerade der schlechte

Allgemeinzustand kann dazu führen, dass ein Antrag überfordernd wirkt und daher nicht getätigt wird. PensionärInnen ab 75 Jahren sind etwas häufiger von Nichtbezug betroffen. Die AutorInnen nennen als mögliche Erklärung den Generationeneffekt. Die genannten Personen

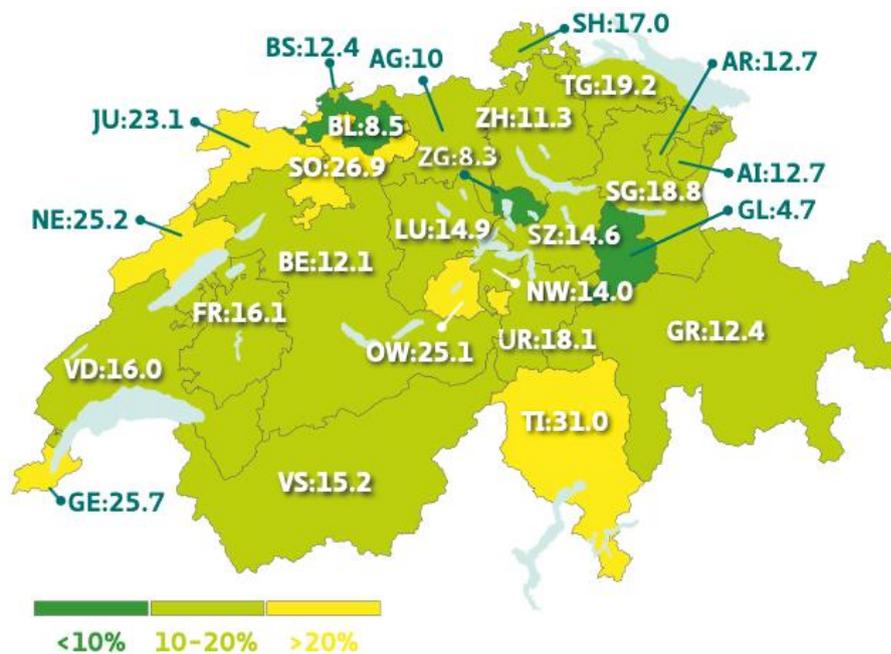
sind vor der Nachkriegszeit geboren und gelten im Allgemeinen als genügsam, sparsam und bescheiden. Daher wird oft auf staatliche Unterstützung verzichtet. Im Zusammenhang mit dem Zivilstand ist auch hier, wie bei der Armutgefährdung, ersichtlich, dass Verwitwete mit 24,5% sehr viel häufiger von Nichtbezug betroffen sind als Verheiratete (11,8%). Es ist davon auszugehen, dass in einem Mehrpersonenhaushalt die Chance grösser liegt, dass jemand über Kenntnisse und die Fähigkeit verfügt einen Antrag zu stellen. Auch ist das soziale Umfeld meist grösser, was sich ebenfalls positiv auf den Nichtbezug auswirken kann. Bei verwitweten SeniorInnen liegt die Ursache häufig darin, dass die verstorbene Person sich um die Finanzen sowie die dazugehörige Administration gekümmert hat. Hierzu kann auf den Forschungsbericht von Gabriel, Koch und Wanner (2022, S. 172–174) hingewiesen werden, in welchem dargelegt wird, dass es die Frauen sind, welche ihren Anspruch auf Witwenrente nicht geltend machen, obwohl sie theoretisch Anspruch darauf hätten. Und dies obwohl gerade diese Bevölkerungsgruppe ohne Hinterbliebenenrente in eine prekäre finanzielle Lage geraten kann. Alleinlebende RentnerInnen sind fast gleich oft von Nichtbezug betroffen, wie verwitwete Personen. Insgesamt wird deutlich, dass das Geschlecht einen erheblichen Effekt, also ein erhöhtes Risiko für den Nichtbezugs darstellt. So leben Frauen häufiger in Einzelhaushalten als Männer und sind häufiger von Verwitwung betroffen.

Wie bereits beim Thema Altersarmut ist auch im Bereich des Nichtbezugs ersichtlich, dass Bildung, Beruf und Herkunft einen starken Einfluss haben können. So gilt auch hier: Je höher der Bildungsabschluss, desto weniger oft kommt Nichtbezug vor. PensionärInnen mit einem Abschluss auf tertiärer Stufe sind fast fünfmal weniger von Nichtbezug betroffen als RentnerInnen, welche nur die obligatorische Schulzeit absolviert haben. Dieser Tatsache kann der bewusste Verzicht zugrunde liegen, oder aber die mangelnden Kenntnisse über die Ansprüche von Leistungen. Wie auch schon früher in dieser Arbeit erwähnt, weisen bildungsferne Personen oder Menschen mit Migrationshintergrund häufig weniger Wissen über sozialstaatliche Prozesse auf als Menschen mit Schweizer Staatsangehörigkeit und hohem Bildungsabschluss. Gerade bei Menschen, welche erst später in die Schweiz gekommen sind, herrscht teilweise ein Misstrauen gegenüber staatlichen Prozessen vor. Auch spielt Angst um den Aufenthaltsstatus eine gewichtige Rolle, was zum bewussten Verzicht führt (Gabriel et al., 2023, S. 14–15).

2.4.3 Örtliche Unterschiede des Nichtbezugs

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits den Einfluss unseres föderalistischen Systems auf die finanzielle Situation von RentnerInnen dargelegt. Gabriel et al. (2023, S. 19–21) stellten anhand ihrer Befragung fest, dass auch beim Nichtbezug geografische Unterschiede existieren. Es zeigte sich, dass vor allem ländliche Orte wie beispielsweise Wassen, Zernez oder das Obergoms einen hohen Anteil an Nichtbeziehenden aufweist. In diesen peripheren Gemeinden befindet sich über ein Viertel der älteren Bevölkerung in einem Zustand des

Nichtbezugs. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl aufgrund des sozialen Stigmas so hoch ausfällt. Auf kantonaler Ebene lässt sich erkennen, dass 6 Kantone (Jura, Neuenburg, Genf, Obwalden, Solothurn und Tessin) eine erhöhte Nichtbezugsquote aufweisen.



Hervorstechend ist hier der Kanton Tessin, welcher bereits bei der Untersuchung bezüglich Altersarmut hervorstach. In den Rubriken Einkommensarmut, nicht kompensierbare Armut und

Nichtbezug sticht dieser Kanton hervor.

Die AutorInnen des Altersmonitors weisen ausführlich darauf hin, dass die Erklärungsansätze für die kantonalen Differenzen einer komplexen Dynamik zugrunde liegen und es äusserst schwierig ist alle Einflussfaktoren zu berücksichtigen und in Einklang zu bringen. Es wurde versucht die Zahlen des kantonalen Nichtbezugs mit anderen Faktoren zu überprüfen – Bildung, Urbanisierungsgrad und Anteil Personen ohne Schweizer Staatsangehörigkeit. So besteht beispielsweise im Kanton Jura der leise Verdacht, dass aufgrund der ländlichen

Abbildung 4. Kantonaler Nichtbezug

Quelle: Gabriel et al., 2023, S. 20

Regionen und dem damit verbundenen sozialen Stigma, einen höheren Anteil an Nichtbeziehenden vorliegt. Gerade im Kanton Tessin spielen die räumlichen Gegebenheiten eine grössere Rolle, sind sie für rund ein Viertel der Quote verantwortlich.

2.4.4 Gründe für Nichtbezug von EL

Bisherige Untersuchungen fokussieren sich hauptsächlich auf den Nichtbezug von Leistungen der wirtschaftlichen Sozialhilfe. Um die Gründe für einen Nichtbezug besser nachvollziehen zu können, gilt es zu verstehen, welche Arten des Nichtbezugs existieren. Im ihrem Artikel im Gerontologieblog führt Meier (2023) die verschiedenen Nichtbezugstypen auf:

- Nicht-Wissen um den eigenen Anspruch führt zu Nichtbezug

- Der Anspruch ist zwar bekannt sein, dieser wird jedoch aus diversen Gründen nicht geltend gemacht (Scham, Stigmatisierung, Wertvorstellung, Angst vor Rückzahlungs- oder Verwandtenunterstützungsverpflichtung, Furcht vor ausländerrechtlichen Konsequenzen)
- Anspruch kann aus verschiedenen Gründen nicht geltend gemacht werden (gesundheitliche Einschränkungen, Sprachbarriere, kognitive Einschränkung)
- Verwaltungsfehler können zu einem Nicht-Erhalt führen und dies, obwohl der Anspruch bei den Betroffenen bekannt ist und auch geltend gemacht wurde

Gerade zu Beginn ihres Artikels hält die Autorin fest, dass nebst den armutsbetroffenen RentnerInnen auch Personen mit einer soliden Rente aus 1. und 2. Säule von Nichtbezug betroffen sein können. Meist steht dies in Zusammenhang mit erhöhten Auslagen von Pflege- und Betreuungsleistungen. Laut Meier (2023) ist der Nichtbezug von Ergänzungsleistungen «sozialpolitisch hochproblematisch und kann als Symptom eines nicht (ausreichend) funktionierenden Wohlfahrtsstaates interpretiert werden».

Laut Hümbelin et al. (2021, S. 94–98) sind die Gründe für den Nichtbezug von Sozialleistungen vielschichtig und häufig mit einigen Herausforderungen für die Betroffenen verbunden. Nachfolgend soll nun konkreter auf die Gründe eingegangen werden. Die Gründe eines Nichtbezuges sind nicht einzig auf das Alter zu beziehen, sondern gelten für alle Altersgruppen und alle Arten von Sozialleistungen.

Bedürftigkeit wird selbst nicht wahrgenommen: Diese Personengruppe kommt selbst zu der Einschätzung, keinen Bedarf an Sozialleistungen zu haben und daher wurde auf die Antragstellung verzichtet. Meist reichen die vorhandenen Mittel knapp aus um einen bescheidenen Lebensunterhalt bewältigen zu können. Dies ist jedoch mit Einbussen versehen. So leben die Personen oft in Wohnung, welche mit einigen Nachteilen verbunden sind oder üben mehrere Jobs aus.

Normvorstellung und Arbeitsmoral: Dieser Grund besteht oft mit Ersterem in Verbindung. Solche Personen weisen eine hohe Arbeitsmoral auf und sehen den gesunden Menschen in der Eigenverantwortung für die Lebensgestaltung und die Beschaffung der dazu nötigen finanziellen Mittel. Oft ist bei befragten Personen folgende Antwort zu erwarten: Wer zwei gesunde Hände hat, kann arbeiten. Auch hier spielt Verzicht eine grosse Rolle – beispielsweise Verzicht auf Ferien oder Freizeitgestaltung.

Stigmatisierung und Beschämung: Eng verknüpft mit dem Selbstbild von Eigenverantwortung ist dieser Grund für den Nichtbezug. Rund die Hälfte von Hümbelin et al. (2021, S. 96–97) befragten Personen gab an, aufgrund Demütigung, Kontrollverlust und Scham keine Leistungen zu beantragen. Dies ist ein klares Zeichen dafür, dass der Bezug von Sozialleistungen immer noch mit einem Stigma verbunden ist. Die Offenlegung des

Privatlebens (Familienverhältnisse, finanzielle Aspekte) hemmt viele Personen daran, einen entsprechenden Antrag zu tätigen. Auch können vergangene Erfahrungen mit Behörden und Ämtern dazu führen, dass später keine Leistungen geltend gemacht werden.

Angst vor Konsequenzen: Gerade bei der Bevölkerung ohne Schweizer Staatsangehörigkeit ist die Angst vor negativen Folgen bezüglich dem Aufenthaltsstatus allgegenwärtig. Doch auch bei Schweizer Staatsangehörigen ist die Angst vor Verlust vorhanden, beispielsweise wird der Verkauf von Eigentum befürchtet, wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird.

Administration im Zusammenhang mit komplexen Antragsverfahren: Rund ein Drittel der von Hümbelin et al. (2021, S. 98) befragten Personen gaben an, dass die Antragsstellung zu komplex ausgestaltet sei. Das Zusammenbringen aller geforderten Unterlagen sowie das korrekte Verständnis der jeweiligen bürokratischen Formulare können eine grosse Hürde darstellen. Sich sprachlich zurechtzufinden als auch das Vorweisen einer eigenen soliden Buchführung ist oft schwierig und führt dazu, dass Personen sich für den Nichtbezug entscheiden.

Fehlendes Wissen über die Sozialleistungen: Nichtwissen, also ein Mangel an Information, ist ein häufiger Grund für den Nichtbezug. Wie bereits erwähnt, ist oft ein Nichtwissen in Bezug auf das schweizerische Sozialwesen ein Grund für den Nichtbezug. Dies betrifft fast alle Sozialversicherungsleistungen, da sie aktiv beantragt werden müssen.

Eine etwas länger zurückliegende Erhebung aus dem Jahr 2006 zeigt auf, zu welcher Einschätzung die EL-Durchführungsstellen und die AHV-Zweigstellen kommen, warum Ansprüche auf Ergänzungsleistungen nicht geltend gemacht werden (Eidgenössische Finanzkontrolle, 2006, S. 19).

	EL-Durchführungsstellen	AHV-Zweigstellen
Grundsätzlich kein Bedarf	1	2
Person will keine finanzielle Hilfe (aus Stolz oder Scham)	2	1
Person will ihre finanziellen Verhältnisse nicht offen legen	3	5
Kein Bedarf wegen Unterstützung durch Dritte (z.B. Verwandte)	4	10
Person will dem Staat keine Rechenschaft ablegen	5	3
Falsches Wissen über die Voraussetzung eines EL-Anspruchs	6	4
Administrative Abwicklung zu kompliziert	7	7
Keine Kenntnisse über EL	8	9
Hemmungen bzw. Angst vor Formalismus	9	6
Person hat früher schlechte Erfahrungen mit Behörden gemacht	10	12
Misstrauen gegenüber Behörden	11	11
Konkretes Vorgehen unbekannt	12	8

Abbildung 5. Rangliste der Gründe für Nichtgeltendmachen von EL-Ansprüchen.

Quelle: Eidgenössische Finanzkontrolle, 2006, S. 19

Im Zusammenhang mit dem Punkt Nichtwissen haben Gabriel et al. (2023, S. 17–18) den Kenntnisstand in der Schweizer Bevölkerung in die Befragung miteinfließen lassen und in einer Grafik dargestellt. Es wurden ausschliesslich Personen ohne Bezug von Ergänzungsleistungen befragt.

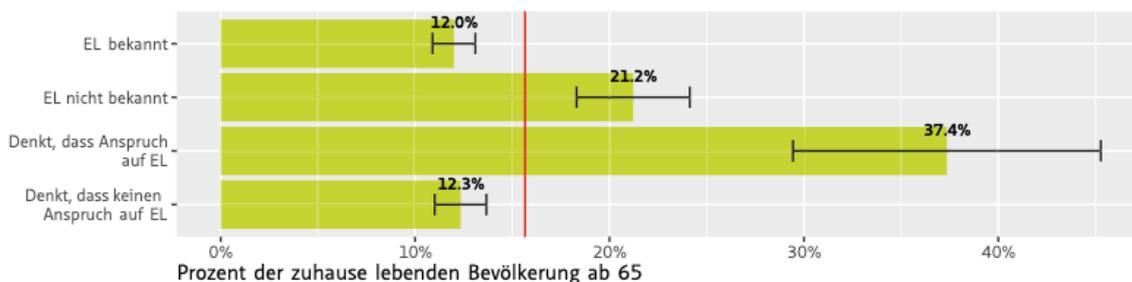


Abbildung 6. Wissenstand über Ergänzungsleistungen in der Situation Nichtbezug

Quelle: Gabriel et al., 2023, S. 17

Die erste Kategorie mit 12% meint RentnerInnen, welche die Ergänzungsleistungen kennen, sich aber wohl bewusst für einen Nichtbezug entschieden haben. Weitaus höher ist der Anteil Personen, welcher sich aufgrund mangelnder Information in einer Situation des Nichtbezugs befindet. Konkret sind es rund 160'000 RentnerInnen ohne Kenntnisse über die Ergänzungsleistungen. Weiter sind 37,4% der Befragten der Meinung, dass sie vermutlich einen Anspruch begründen würden und dies rein rechnerisch durchaus zutreffen würde. Die letzte Sparte widmet sich den Personen, die über Kenntnisse zu den Ergänzungsleistungen

verfügen, aber davon ausgehen, keinen Anspruch zu haben, obwohl dies theoretisch der Fall wäre. Hier kann somit von einem ungenügenden Wissensstand ausgegangen werden.

2.4.5 Fazit zum Nichtbezug EL und Massnahmen

Dank dem Alterssurvey (Gabriel et al., 2023, S. 22–23) konnte aufgezeigt werden, dass der Nichtbezug von Ergänzungsleistungen einen nicht vernachlässigbaren Anteil der älteren Personen betrifft. Rund 15,7% der zu Hause lebenden RentnerInnen befinden sich in der Situation des Nichtbezugs. Es konnte aufgezeigt werden, dass die Geltendmachung von Ergänzungsleistung die Armutsquote im Alter halbieren würde. Wie Meier (2023) ist auch die Autorenschaft des Altersmonitors der Ansicht, dass der Thematik eine grosse gesellschaftliche und politische Relevanz im Zusammenhang mit der Existenzsicherung zusteht. Gerade bei den vulnerablen Bevölkerungsgruppen (Rentnerinnen, SeniorInnen ohne Schweizer Staatsbürgerschaft, bildungsferne PensionärInnen) ist sowohl Armut als auch Nichtbezug verbreitet. Es braucht somit Bestrebungen seitens Gesetzgeber und Vollzugsbehörden, damit Betroffene zu ihrem Recht auf Ergänzungsleistungen kommen.

Die Gründe für den Nichtbezug mögen vielfältig sein, doch ist die Lage auf der behördlichen Seite über die Jahre ebenfalls komplexer geworden. Einerseits wäre eine Vereinfachung des Antragsverfahrens wünschenswert, doch ist und bleibt die Prüfung eines Antrages kompliziert auf aufwendig. Gerade die kürzliche Gesetzesänderung hinsichtlich des Vermögensverzichts erschwert die Lage auf beiden Seiten. Es besteht seit längerem Konsens darüber, dass das Schweizer Sozialversicherungssystem zu verworren, zu komplex und zu intransparent gewachsen ist. Abschliessend führen Gabriel et al. (2023, S. 24–26) auf, wie das vorhandene System weiterentwickelt, bzw. dem Problem entgegengewirkt werden kann.

- Wissensvermittlung und Sensibilisierung: Fachorganisationen, Sozialdienste, Gemeinden und Kantone sollen Aufklärung zum Thema intensivieren und Inhalte in zugänglicher Weise gestalten – sprich ohne Behördensprache. Viele Informationen sind heutzutage rein digital zu finden. Vulnerable Personen sind häufig ohne Zugang zu Internet u.ä. unterwegs. Auch können bereits bestehende Strukturen als Informationsvermittlung dienen (Hausarztpraxen, Spitex, Betreuungsdienste und Besuchsdienste). Mittels Sensibilisierungskampagnen kann dem Stigma entgegengewirkt werden. Ziel davon ist es, den Betroffenen den rechtlichen Anspruch auf Ergänzungsleistungen als Teil der Altersvorsorge, näher zu bringen.
- Sprachliche Hürden abbauen: Menschen mit Migrationshintergrund und unzureichenden Sprachkenntnisse haben Mühe mit behördlichen Formularen. Dementsprechend liegt es nahe, dass die Formulare in weiteren Sprachen angeboten werden, damit die Angst vor Nichtverstehen reduziert werden kann.

- Begleitung anbieten: Bei Personen, welche sich aufgrund Überforderung gegen eine Antragsstellung entscheiden, spielt die niederschwellige Begleitung im Anmeldeprozess eine zentrale Rolle. Bei Personen, welche unter Scham oder sozialem Stigma verzichten braucht es ein aktiveres Vorgehen. Aufsuchende Beratung, bzw. aktives Ansprechen ist hierbei zielführender.
- Automatisierte Prozesse: Problematisch bei fast allen Sozialversicherungen ist die Notwendigkeit der aktiven Antragsstellung. Eine Vereinfachung wäre somit das Auslösen von automatischen Hinweisen aufgrund der Steuerdaten. Wird aufgrund der Steuerdaten ersichtlich, dass eine Person Anspruch auf Ergänzungsleistungen hat, sollen sie direkt über ihren Anspruch informiert werden.
- Spezifische Informationen nach Bevölkerungsgruppe: Im Altersmonitor wurde ersichtlich, dass gewisse Bevölkerungsgruppen mehr von Nichtbezug betroffen sind als andere. Im Falle von Verwitwung könnte somit eine automatische Informationsvermittlung zu den passenden Sozialleistungen stattfinden.

Meier (2023) verweist aufgrund der obigen Massnahmen auf die zentrale Rolle der Sozialen Arbeit hin. Eine übergeordnete Aufgabe der Sozialen Arbeit beinhaltet die Bekämpfung von sozialer Ungleichheit. Sozialarbeitende sind oft nahe am Menschen und haben dadurch die Möglichkeit zur direkten Einflussnahme bei der Armutsbekämpfung, bzw. der Prävention dazu. Die Soziale Arbeit kann Betroffene über ihre Rechte aufklären und im Prozess der Geltendmachung dieser Rechte unterstützen. Um möglichst viele Personen zu erreichen, ist die Implementierung der Sozialen Arbeit in allen Gefilden, in denen sich vulnerable Personen bewegen, zentral. Dies betrifft daher auch die Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Im nachfolgenden Kapitel wird die klinische Sozialarbeit, spezifisch im Spitalwesen, näher beleuchtet.

2.5 Die Rolle der Spitalsozialarbeit

Die Spitalsozialarbeit spielt eine entscheidende Rolle im Gesundheitswesen, indem sie die psychosozialen Bedürfnisse der PatientInnen während und nach einem Spitalaufenthalt adressiert. Ihre Hauptaufgabe besteht darin, die soziale Teilhabe und die Lebensführung der Betroffenen zu fördern, indem sie auf die vielfältigen Herausforderungen eingeht, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen. Diese Arbeit umfasst nicht nur die Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen und die Organisation nachstationärer Versorgung, sondern auch die Vermittlung notwendiger sozialer und finanzieller Hilfe (Ansen, 2020, S. 170). Angesichts der zunehmenden Komplexität der PatientInnenversorgung und der kürzer werdenden Verweildauer im Spital wird die Bedeutung der Spitalsozialarbeit immer grösser. Sie trägt wesentlich dazu bei, dass PatientInnen trotz

gesundheitlicher Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes und autonomes Leben führen können (Müller-Baron & Kurlemann, 2019, S. 170–172).

2.5.1 Definition und Aufgabenbereiche der Spitalsozialarbeit

Die Spitalsozialarbeit ist ein zentrales Element des Gesundheitswesens, welches darauf abzielt, PatientInnen umfassend zu unterstützen und ihre psychosozialen Bedürfnisse während, beziehungsweise nach einem Spitalaufenthalt zu eruieren. Dieser Bereich der Sozialen Arbeit erstreckt sich über vielfältige Aufgaben, von der Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Krankheiten bis hin zur Organisation der nachstationären Versorgung. Dabei spielt die systemische Beratung eine entscheidende Rolle, insbesondere bei der Erfassung der sozialen Umwelt und der Evaluierung der Ressourcen der PatientInnen. Diese Unterstützung ist besonders wichtig angesichts der komplexen sozialen, emotionalen und finanziellen Herausforderungen, die PatientInnen und ihre Familien in dieser Zeit bewältigen müssen (Ansen, 2020, S. 170).

Avenir Social und SAGES beschreiben den Auftrag der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit als «Förderung der sozialen Teilhabe und gelingende Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen, bzw. zu diesen führen» (2018, S. 2).

Die Soziale Arbeit ergänzt die medizinisch-pflegerische Behandlung, indem sie sich auf die Lebenswelt, sprich die biopsychosoziale Situation der PatientInnen fokussiert. Dabei berücksichtigt sie insbesondere die subjektiven Erlebens- und Verarbeitungsformen der PatientInnen. Ein medizinsoziologisches Krankheitsverständnis, das Krankheit als Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren sieht, ist hierbei weiterführend. Dieses Verständnis betont die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen Analyse und Gestaltung von Unterstützungsprozessen, die die Soziale Arbeit mit den betroffenen Menschen auszeichnet (Ansen, 2020, S. 173). Das Alter ist geprägt von Verlusten und Gewinnen; während körperliche und kognitive Funktionen abnehmen können, können im seelisch-geistigen Bereich Gewinne erzielt werden. Das Alter ist ein sehr heterogenes Phänomen, und ab dem vierten Lebensalter (ca. 80-85 Jahre) steigt das Risiko für Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Neben den direkten Krankheitsbelastungen ist die Spitalumgebung oft eine zusätzliche Herausforderung für PatientInnen. Sie erleben häufig Ängste bezüglich des Krankheits- und Behandlungsverlaufs, Informationsmangel und Kommunikationsprobleme, eine Reduktion ihrer Identität auf die Krankheit und Sorgen über die Zeit nach der Entlassung. Die Soziale Arbeit im Spital greift nicht nur krankheitsbedingte Probleme auf, sondern unterstützt ältere Menschen auch dabei, eine Balance zwischen Aktivität und Rückzug zu finden und ihre Bedürfnisse, Sorgen und Perspektiven auszudrücken (Ansen, 2020, S. 174). Angesichts der immer kürzer werdenden Verweildauer im Spital und der zunehmenden Versorgungsprobleme

nach der Entlassung wird das Austrittsmanagement immer wichtiger. Jedoch wird die Soziale Arbeit zunehmend auf diese Aufgabe reduziert, was zu einer Vernachlässigung der sozialen Betreuung und Beratung im Spital führen kann. Die soziale Betreuung und Beratung im Spital sowie die Überleitung in die nachstationäre Phase erfordern ein breites Wissen zu stationären und ambulanten Dienstleistungsangeboten, auf die Patienten angewiesen sind. Dazu zählen Übergangspflege, Anschlussrehabilitation, Leistungen zur Wohnungsanpassung, Hilfen für SeniorInnen und ambulante Dienste, häusliche Pflege, Pflegeeinrichtungen, Hospizdienste und Palliativangebote, Selbsthilfegruppen und gesetzliche Vertretung. Zentrale Hindernisse bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen liegen oft in subjektiven Gründen, wie Unsicherheit, fehlende Motivation und Angst vor Stigmatisierung. Die Soziale Arbeit unterstützt die PatientInnen dabei, diese Barrieren zu überwinden und die notwendigen Leistungen in Anspruch zu nehmen (Ansen, 2020, S. 176). Die Spitalsozialarbeit hat sich in den vergangenen Jahren stark weiterentwickelt. So ist sie seit 2023 auch im Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) festgehalten.

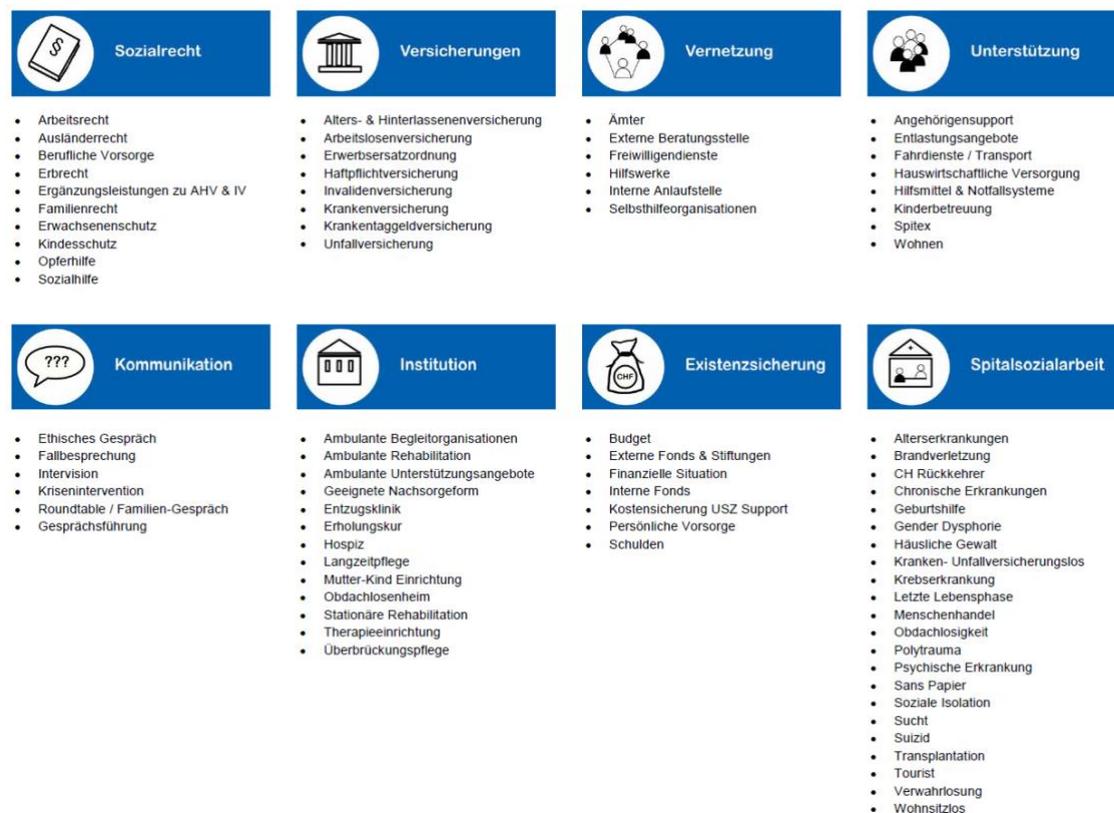
Art. 5 Abs. 1e SPFG

Leistungsaufträge können Spitälern und Geburtshäusern erteilt werden, die über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept einschliesslich einer den anerkannten Regeln des eigenen Berufs verpflichteten, allgemein verfügbaren Sozialberatung verfügen.

Die Aufnahme der Sozialberatung als Kriterium für die Erteilung von Leistungsaufträgen an Spitäler und Geburtshäuser zeigt, dass die Spitalsozialarbeit als integraler Bestandteil einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung anerkannt wird. Die Sozialberatung wird nun als wesentliches Element in der ganzheitlichen Patientenbetreuung angesehen, das zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Bewältigung komplexer sozialmedizinischer Herausforderungen beiträgt. Diese rechtliche Anerkennung stärkt die Position der Spitalsozialarbeit und unterstreicht ihre wichtige Rolle bei der Sicherstellung einer patientenorientierten und effizienten Gesundheitsversorgung.

2.5.2 Kernaufgaben der Spitalsozialarbeit

Die konkreten Aufgaben der Sozialberatung können sich in den jeweiligen Spitälern deutlich unterscheiden, doch allen Aufgaben liegt das übergeordnete Ziel zugrunde, die Teilhabe der Individuen am gesellschaftlichen Leben zu fördern und zu sichern. Entscheidend ist dabei nicht die Art der Erkrankung oder die Pflegebedürftigkeit der PatientInnen, sondern vielmehr die Belastbarkeit und die Tragfähigkeit der individuellen sozialen Netzwerke, in denen sie eingebunden sind (Müller-Baron & Kurlmann, 2019, S. 170–171). Infolgedessen können die Beratungsleistungen in einer Vielzahl von Themenbereichen angesiedelt sein, die sich alle an den spezifischen Bedürfnissen und Lebenssituationen der PatientInnen orientieren. Die Abbildung 7 zeigt Themenbereiche der Spitalsozialarbeit, spezifisch im Universitätsspital



Zürich, auf.

Abbildung 7. Dienstleistungsangebot Sozialberatung Universitätsspital Zürich

Quelle: Universitätsspital Zürich (2024a)

Diese Themenbereiche sind nicht abschliessend, sondern können je nach den spezifischen Bedürfnissen der PatientInnen und den institutionellen Rahmenbedingungen der Spitäler variieren. Entscheidend bleibt jedoch stets, dass die Sozialberatung darauf abzielt, den PatientInnen und deren Angehörigen umfassende Unterstützung und Orientierung zu bieten, um ihnen die bestmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die individualisierte Beratung und Betreuung tragen dazu bei, die sozialen Netzwerke der PatientInnen zu stärken und deren Lebensqualität nachhaltig zu verbessern (Müller-Baron & Kurlmann, 2019, S. 170–171).

2.5.3 Spezifische Herausforderungen in der Arbeit mit älteren Patienten

Das Thema «Gesundheit im Alter» umfasst eine Vielzahl von Aspekten, die weit über die rein medizinischen Inhalte hinausgehen. Es beinhaltet die Berücksichtigung individueller Wünsche und Zukunftsperspektiven älterer Menschen, ihre geistige und körperliche Leistungsfähigkeit sowie ihre soziale Integration. Besonders wichtig ist die Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, um ein aktives und erfülltes Altern zu ermöglichen. Darüber hinaus spielen auch präventive Massnahmen und die Anpassung des Lebensumfelds eine zentrale Rolle, um die Lebensqualität im Alter zu erhalten und zu verbessern (Köchling-Farahwan & Börm, 2019, S. 226).

Im Jahr 2023 wurden im Universitätsspital Zürich insgesamt 3905 PatientInnen durch die Sozialberatung betreut. Von diesen befanden sich 1781 Personen im AHV-Alter, was etwa 46% aller bearbeiteten Fälle ausmacht. Wichtig ist dabei zu beachten, dass gemeldete Personen, welche ausschliesslich eine Rehabilitation benötigen, nicht in diese Erhebung einfliessen. Stattdessen konzentriert sich die Erfassung auf Personen mit komplexeren sozialen Anforderungen. Dies umfasst etwa Situationen, in denen eine Anschlusslösung in einem Pflegeheim gefunden werden muss, Unterstützung im häuslichen Umfeld nach der Entlassung benötigt wird oder andere soziale Herausforderungen zu bewältigen sind (Universitätsspital Zürich, 2024b).

Die Soziale Arbeit im Spital steht vor besonderen Herausforderungen. Diese ergeben sich aus den vielfältigen Versorgungsproblemen, die oft nur teilweise kompensiert werden können. Ein Beispiel dafür ist die Trennung der verschiedenen Versorgungssektoren (ambulant, haus- und fachärztlich, rehabilitativ und pflegerisch), die eine koordinierte Behandlung erschwert und zu einer unzureichenden Versorgung chronisch erkrankter Menschen führen kann. Hinzu kommt die finanzielle Anreizstruktur der pauschalen Vergütungssysteme, die Spitäler dazu veranlasst, die Behandlungskosten durch frühzeitige Entlassungen zu senken, was vor allem chronisch Kranke und ältere Menschen betrifft (Ansen, 2020, S. 169).

Im Alter sind Seh- und Hörstörungen, reduzierte Muskelkraft, schlechte Ausdauer, geringe Knochendichte und eingeschränkte kognitive Fähigkeiten häufig, entwickeln sich langsam und haben vorerst meist keinen Krankheitswert. Wenn diese jedoch kombiniert auftreten oder eine akute Krankheit hinzukommt, können sie den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und schnell zu Pflegebedürftigkeit führen. Der Bedarf an geriatrischer Behandlung – sprich der Behandlung von Personen ab 65 Jahren - steigt mit zunehmendem Alter und der Schwere der Erkrankung. Degenerative Veränderungen des Bewegungsapparats, Stoffwechsels, Kreislaufsystems, Nervensystems und Immunsystems sind im Alter häufig und oft verbunden mit Mobilitäts-, kognitiven und emotionalen Einschränkungen sowie einem erhöhten Sturzrisiko. Diese Erkrankungen beeinträchtigen die Alltagsbewältigung und Selbstständigkeit.

Das gleichzeitige Auftreten mehrerer akuter und chronischer Krankheiten führt zu komplexen Beeinträchtigungen, bekannt als „geriatrische Syndrome“, die spezielle Abklärung und Behandlung erfordern. Depressionen oder Demenzen stellen oft eine besondere Hürde dar. Für die Betroffenen mit den jeweiligen Erkrankungen und dem zunehmenden Pflegebedarf stellt diese Situation häufig eine erhebliche Herausforderung (Bezüglich Akzeptanz der Situation, hoher Autonomiewunsch) dar, was die kontinuierliche Unterstützung durch ein interprofessionelles Team erfordert (Vogel, 2020, S. 181–182).

2.5.4 Bedeutung der Spitalsozialarbeit für die Autonomie im Alter

Im Rahmen der bereits beschriebenen Aufgaben werden PatientInnen umfassend unterstützt, damit sie ihr Leben auch nach dem Spitalaufenthalt im Rahmen ihrer Möglichkeiten möglichst autonom gestalten können. Dabei wird in verschiedenen Bereichen angesetzt, um die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Betroffenen zu fördern und zu erhalten. Dies umfasst sowohl medizinische als auch psychosoziale und praktische Aspekte, die alle darauf abzielen, die Lebensqualität der PatientInnen langfristig zu verbessern und ihnen ein hohes Mass an Eigenständigkeit zu ermöglichen, so Müller-Baron und Kurlemann (2019, S. 171):

- Optimierung des häuslichen Umfelds: Organisation von ambulanter Pflege, Hilfsmittel, Betreuungsmöglichkeiten, Transportdiensten, Mahlzeitendiensten, Besuchsdiensten, etc.
- Ambulante Weiterbetreuung: Triage an externe Beratungsstellen, um die weitere Beratung im Anschluss an den Spitalaufenthalt sicher zu stellen (z.B. Pro Senectute).
- Wahl der entsprechenden Pflegeinstitution: Wenn ein Austritt nach Hause nicht möglich ist, wird ein Pflegeplatz gesucht, der den Bedürfnissen und Ansprüchen der betroffenen Person entspricht.
- Finanzielle Unterstützung: Durch das Anmelden von Sozialversicherungsleistungen, auf die Anspruch bestehen könnten, wird der betroffenen Person ermöglicht, im häuslichen Umfeld mehr Unterstützung einzufordern und so weiterhin möglichst autonom leben zu können.

Die vorliegende Auflistung ist nicht abschliessend, sondern lediglich eine Auswahl der Möglichkeiten. Es ist erneut zu betonen, dass sich die Entwicklung von Anschlusslösungen nicht vorrangig an medizinischen oder pflegerischen Kriterien ausrichtet. Stattdessen stehen die sozialen Ressourcen und Möglichkeiten im Mittelpunkt, die sich im Umfeld der betroffenen Person ergeben. In diesem Zusammenhang liegt die zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit im klinischen Kontext darin, diese Potenziale zu erkennen und zu aktivieren. Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit nehmen hierbei eine vermittelnde Position, insbesondere im interprofessionellen Team ein. Sie sind dafür verantwortlich, die vorhandenen sozialen

Möglichkeiten systematisch zu erfassen und in praktikable Lösungsansätze zu überführen (Müller-Baron & Kurlemann, 2019, S. 170–171).

2.5.5 Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen

In der aktuellen Gesundheitslandschaft stehen viele Spitäler vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Seit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahr 2003 ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten um 48% gesunken, was zu bedeutenden Umstrukturierungen innerhalb der Spitalorganisation geführt hat, insbesondere in Bezug auf die Prozessoptimierung. In diesem Kontext spielt die Sozialberatung eine zentrale Rolle. Sie wird bei vielen PatientInnen für eine zügige und bedarfsgerechte Entlassung der PatientInnen involviert. Eine effektive Sozialberatung ist unerlässlich, um sicherzustellen, dass PatientInnen nach ihrer Entlassung die notwendige Unterstützung erhalten, einschliesslich der Vermittlung von Pflegeplätzen, der Organisation häuslicher Pflegedienste sowie der Beratung und Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen (Beivers & Kramer, 2019, S. 132–134).

Die Herausforderung besteht darin, diese schnellen Entlassungen mit einer umfassenden Nachbetreuung in Einklang zu bringen, trotz der bestehenden Engpässe im Personalbereich, insbesondere dem Mangel an Pflegekräften, Betreuungspersonal und Freiwilligendiensten. Die hohe Fallkomplexität der PatientInnen erfordert zudem einen erheblichen administrativen Aufwand. Soziale Arbeit trägt dazu bei, dass die Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung reibungslos verlaufen und die PatientInnen in ihrem häuslichen Umfeld gut versorgt werden. Eine angepasste ambulante Versorgung erfordert bereits während des Spitalaufenthalts eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischem Personal, Pflegekräften und anderen beteiligten Berufsgruppen. Darüber hinaus stellt die Soziale Arbeit sicher, dass auch die sozialen und psychosozialen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden. Dies umfasst die direkte Betreuung und Beratung, die Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote und die Unterstützung bei der Bewältigung der mit der Erkrankung verbundenen Lebensveränderungen (Beivers & Kramer, 2019, S. 132–134).

Die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems wird weiterhin auf die Expertise und das Engagement der Sozialarbeit angewiesen sein. Angesichts der demografischen Veränderungen und der steigenden Zahl chronisch kranker und multimorbider PatientInnen wird die Bedeutung einer integrierten und koordinierten PatientInnenversorgung weiter zunehmen. Die Soziale Arbeit wird hierbei eine Schlüsselrolle spielen, um eine bedarfsgerechte, effiziente und menschliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten (Beivers & Kramer, 2019, S. 132–134).

2.5.6 Schlussfolgerungen zur Rolle der Spitalsozialarbeit im Gesundheitssystem

Die Spitalsozialarbeit nimmt eine Schlüsselrolle in der ganzheitlichen Versorgung älterer Menschen im Gesundheitssystem ein. Sie unterstützt PatientInnen bei der Bewältigung

komplexer Herausforderungen, die sich aus dem Zusammenspiel von Alter, Krankheit und sozialen Faktoren ergeben (Vogel, 2020, S. 181-182). Dabei geht ihre Bedeutung über die rein medizinische Versorgung hinaus. Im Zentrum der Spitalsozialarbeit stehen vielfältige Kernaufgaben:

- Die Förderung sozialer Teilhabe und Autonomie
- Unterstützung bei der Krankheits- und Lebensbewältigung
- Organisation der Nachsorge und häuslichen Versorgung
- Beratung zu wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Fragen
- Vermittlung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Diese Aufgaben gewinnen angesichts verkürzter Verweildauern und zunehmender Fallkomplexität stetig an Bedeutung (Beivers & Kramer, 2019, S. 132-134). Die gesetzliche Verankerung der Spitalsozialarbeit im Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) seit 2023 unterstreicht ihre wachsende Relevanz im Gesundheitssystem. In einem Umfeld, das von Personalmangel und finanziellen Engpässen geprägt ist, steht die Spitalsozialarbeit vor der Herausforderung, eine effiziente und zugleich bedarfsgerechte Patientenversorgung zu gewährleisten. Hierbei sind interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein ganzheitlicher Ansatz entscheidend, um die Lebensqualität und Autonomie älterer Menschen nachhaltig zu fördern (Müller-Baron & Kurlemann, 2019, S. 170-171). Die Spitalsozialarbeit leistet einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung der Fragmentierung im Gesundheitswesen und zur Sicherstellung einer kontinuierlichen, patientenorientierten Versorgung (Ansen, 2020, S. 169). Ihre Rolle wird angesichts des demografischen Wandels und der steigenden Zahl chronisch kranker und multimorbider PatientInnen weiter an Bedeutung gewinnen (Köchling-Farahwan & Börm, 2019, S. 226).

Mit der zunehmenden Bedeutung der Spitalsozialarbeit rückt auch die Frage nach der Finanzierung und der politischen Regelung von Betreuungsleistungen in den Fokus. Das folgende Kapitel untersucht die derzeitige Regelung der Betreuungsleistungen in der Schweiz und analysiert die aktuellen politischen Entwicklungen und Herausforderungen in diesem Bereich.

3 Regelung der Betreuungsleistungen in der Schweiz

Laut der Umfrage von Pro Senectute leben über 90% der älteren Bevölkerung ohne externe Unterstützung, also ohne Pflege- und Betreuungsleistungen zu Hause. Insgesamt ist dies eine erfreuliche Nachricht. Es ist ein kleiner Anteil an RentnerInnen, welche aufgrund Autonomieverlust auf Unterstützung angewiesen sind. Die Autorenschaft geht davon aus, dass der Anteil an unterstützungsbedürftigen Personen aufgrund des demografischen Wandels ansteigen wird. Die aktuelle Problematik liegt darin, dass die Ergänzungsleistungen vordergründig Leistungen für Personen in Alters- und Pflegeheimen erbringen. Aufgrund der aktuellen Gesetzgebung müssen SeniorInnen für Leistungen im Betreuungsbereich mehrheitlich selbst aufkommen. Es besteht somit die Vermutung, dass zu Hause lebende Personen mit geringen finanziellen Ressourcen weniger Betreuungsleistungen beziehen als RentnerInnen mit genügend Ressourcen. Ebenfalls wird davon ausgegangen, dass ein frühzeitiger Wechsel in eine Institution vollzogen wird, obwohl dieser aus medizinischer und pflegerischer Sicht noch nicht notwendig wäre (Meier & Gabriel, 2023, S. 3-4).

Dieses Kapitel zeigt im ersten Teil auf, welche Personengruppen Betreuungsleistungen beziehen, und weist auf Ursachen hin, warum Leistungen nicht bezogen werden. Weiter wird auf die Finanzierbarkeit solcher Leistungen eingegangen und zuletzt auf politische Bestrebungen, bzw. Vorschläge zur Verbesserung der Situation im Betreuungssektor.

3.1 Bezug von Betreuungsleistungen - Situation in der Schweiz

Im dritten Teil des schweizerischen Alterssurvey wurde untersucht, in welchem Ausmass die ältere Bevölkerung Betreuungsleistungen bezieht und ob es innerhalb der Subgruppen Unterschiede gibt. In ihrem Bericht unterscheiden Meier und Gabriel (2023, S. 6) zwischen formeller und informeller Betreuung, bzw. Pflege. Als formelle Unterstützung werden Dienstleistungen, welche von Personen einer Fachorganisation (Schweizerisches Rotes Kreuz, Pro Senectute, Spitex, etc.) erbracht werden, verstanden. Dies können sowohl Freiwillige als auch Erwerbstätige sein. Dem entgegen können Betreuung und Pflege von Angehörigen, Freunden oder Nachbarn unentgeltlich erbracht werden, was als informelle Pflege- und Betreuung gilt. Alle nicht-pflegerischen Leistungen werden als Betreuungsleistungen definiert.

Die Untersuchung ergab, dass 6,3% bis 10,7% der befragten Personen formelle oder informelle Pflege- oder Betreuungsleistungen beziehen. Der Schluss, dass nur sehr wenige SeniorInnen auf Alltagshilfe und Pflege angewiesen sind, ist jedoch trügerisch. Die Autorenschaft nennt die Art der Befragung als Hinweis auf die tiefen Werte, da Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen weniger an Online- und Telefonbefragungen teilnehmen. Eine Studie aus dem Jahr 2020 ergab einen sehr viel höheren Wert. Laut Meier et al. (2020,

S. 5) kamen ExpertInnen aufgrund Fallanalysen zum Schluss, dass rund 42% der Bevölkerung ab 63 Jahren ein Minimum an Betreuung benötigen würden, um zu Hause adäquat versorgt zu sein. Gerade bei Einzelhaushalten ist dies um einiges ausgeprägter als bei Paarhaushalten (60% zu 34%). Eine weitere genauere Analyse scheint aufgrund der grossen Diskrepanz angezeigt (Meier & Gabriel, 2023, S. 22).

Anschliessenden werden zwei Grafiken gezeigt, welche die Verteilung von formeller und informeller Pflege und Betreuung aufzeigen. Bei den 6,3% der zu Hause lebenden Bevölkerung ab 65 Jahren, die formelle Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, lässt sich folgende Verteilung beobachten:

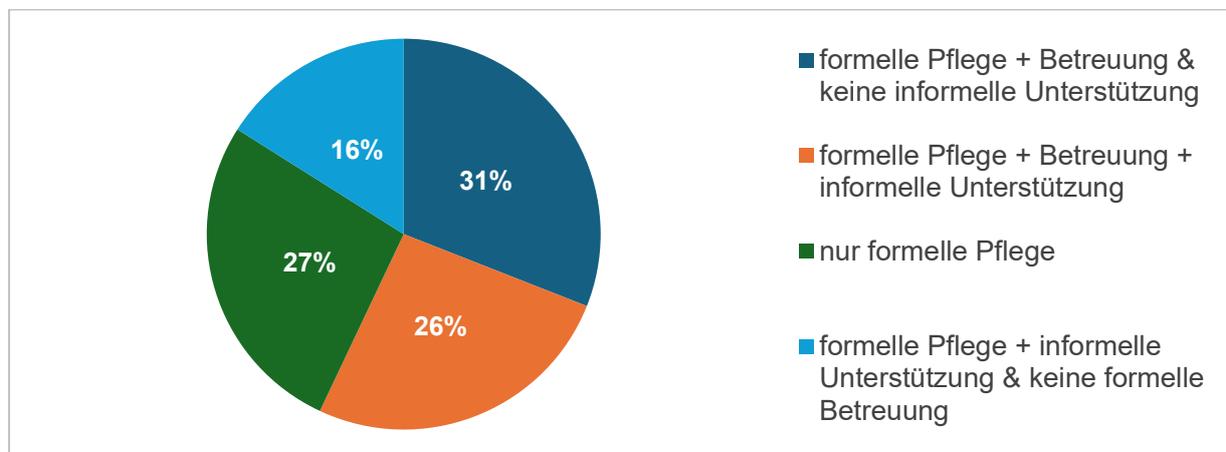


Abbildung 8. Bezug von Leistungen nebst formeller Pflege

Quelle: Eigene Darstellung (Meier & Gabriel, 2023, S. 10)

Bei den 10,7% der zu Hause lebenden Bevölkerung ab 65 Jahren, die formelle Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, sieht die Verteilung folgendermassen aus:

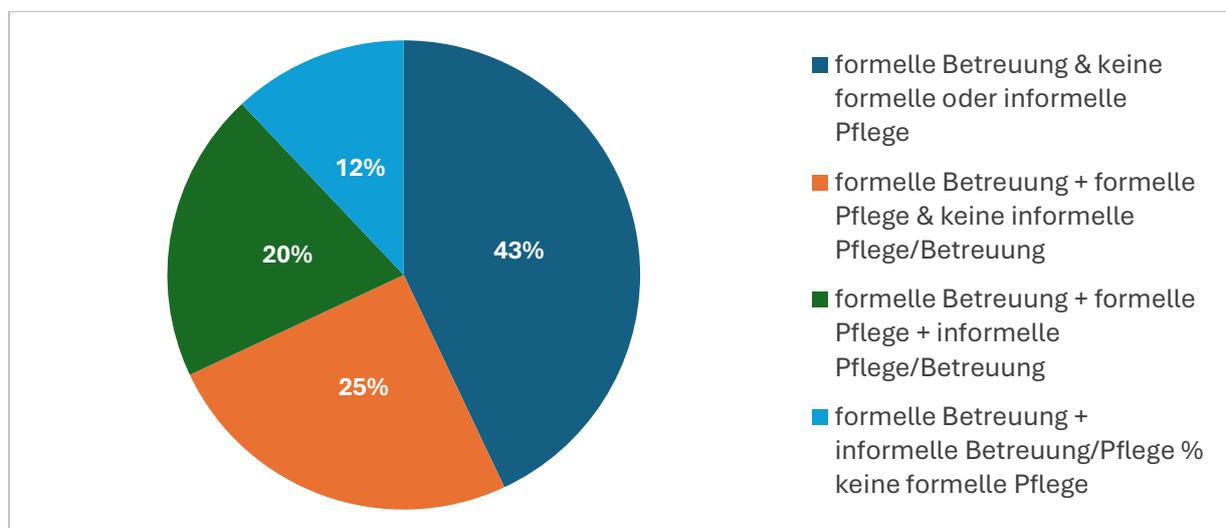


Abbildung 9. Bezug von Leistungen nebst formeller Betreuung

Quelle: Eigenen Darstellung (Meier & Gabriel, 2023, S. 11)

Die Daten in Abbildung 8 und 9 zeigen auf, dass nur ein kleiner Teil ausschliesslich professionelle Pflege in Anspruch nimmt. Häufig werden nebenher informelle oder formelle Pflege- und Betreuungsleistungen beansprucht. Aus nachvollziehbaren Gründen steigt mit zunehmendem Alter der Bedarf und Bezug an Betreuungs- und Pflegeleistungen an. So beziehen SeniorInnen ab 75 Jahren fünf Mal häufiger Betreuungsleistungen und 5,5-mal häufiger Pflegeleistungen als Personen zwischen 65 und 74 Jahren. Zudem konnten die AutorInnen die Erkenntnis gewinnen, dass Personen mit geringen finanziellen Ressourcen weniger kostenpflichtige Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen als Menschen mit ausreichend finanziellen Mitteln – was auf eine mögliche Unterversorgung armutsbetroffener oder -gefährdeter SeniorInnen schliessen lässt. Wie bereits früher in dieser Arbeit erwähnt, weisen solche Personen einen schlechteren Gesundheitszustand auf, was zu erhöhtem Bezug von Pflegeleistungen führt. Das gleiche Muster wie bei finanzschwachen Personen manifestiert sich bei Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit. Sie beziehen ebenfalls weniger Betreuungs- als Pflegeleistungen. Die finanzielle Situation dürfte hier entscheidend sein, da Personen mit Migrationshintergrund tendenziell eher ein niedriges Einkommen haben. Es wird darauf hingewiesen, dass die Untersuchungen zu diesen Punkten erste Einblicke ermöglicht haben und es im Verlauf notwendig erscheint, diese Aspekte näher zu analysieren (Meier & Gabriel, 2023, S. 23).

In Bezug auf das Geschlecht stellte sich heraus, dass Männer sehr viel weniger Betreuungsleistungen beziehen als Frauen. In der Schweiz beziehen Männer häufig informelle Unterstützung. Gerade in einem Paarhaushalt werden Männer von ihren Ehefrauen oder Partnerinnen betreut und gepflegt. Ein weiteres Indiz für die Zahlen ist die Lebenserwartung der Frauen. Sie leben länger, somit auch häufiger allein und erreichen eher das Stadium des fragilen Alters, was alles zu einem vermehrten Bezug von formellen Dienstleistungen führen kann (Meier & Gabriel, 2023, S. 24).

Die Studie deutet darauf hin, dass vulnerable Personen aufgrund fehlender Finanzierbarkeit von Betreuungsleistungen verfrüht den Wechsel in ein Alters- oder Pflegeheim angehen müssen. Somit sind die Erkenntnisse von bedeutsamem wirtschaftlichem und sozialpolitischem Interesse. In Kapitel 3.3.1 werden in diesem Zusammenhang die politischen Bestrebungen beleuchtet und in Kapitel 4 konkrete Projekte vorgestellt.

3.2 Finanzierung von Betreuungsleistungen und die Herausforderungen

In der Schweiz existiert keine obligatorische Versicherung im Betreuungsbereich und auch sonst keine Regulierung auf staatlicher Ebene. Für die Betreuung, bspw. durch eine Spitexorganisation, oder für die Betreuungstaxe in einem Pflegeheim müssen die SeniorInnen selbst aufkommen. Nur wenige SeniorInnen haben passende Zusatzversicherungen bei ihrer Krankenkasse, welche sich an Betreuungsleistungen beteiligen. Dem Föderalismus

geschuldet sind zudem die kantonalen Unterschiede in der Ausgestaltung der Betreuung zu Hause und im Heim. Einzelne Organisationen sowie die Heime entwickeln eigene Tarifsysteme, was zu hohen Unterschieden führt (Meuli & Knöpfel, 2021, S. 88–89). Pflege- und Betreuungsleistungen sind teuer und können die finanziellen Möglichkeiten sprengen. Daher müssen verschiedene Leistungsansprüche eingeleitet und geprüft werden. Schlussendlich ist es abhängig vom individuellen Pflege- und Betreuungsbedarf, vom Einkommen und Vermögen und vom Wohnort, wieviel Betroffene für einzelne Dienstleistungen selbst zahlen müssen. Eine weitere Schwierigkeit ist der Begriff «Betreuung» an sich. Laut Künzi, Jäggi und Heusser (2021, S. 4) besteht rechtlich gesehen keine Definition und wird als Sammelbegriff für nichtpflegerische Leistungen verstanden. Somit besteht einzig eine Abgrenzung zu den pflegerischen Leistungen, welche im KVG verortet sind.

Zum heutigen Zeitpunkt sind es drei verschiedene Bedarfsleistungen, welche fragile ältere Menschen im Bereich Betreuung und Pflege in Anspruch nehmen können - die Hilflosenentschädigung, die Ergänzungsleistungen und die kantonalen und kommunalen Beihilfen. Auf die einzelnen Leistungen und die damit verbundenen Vorzüge und Nachteile wird in den folgenden drei Kapitel eingegangen.

3.2.1 Hilflosenentschädigung und ihre Rolle im System der sozialen Sicherheit

Da die Hilflosenentschädigung auf Bundesebene verankert ist, funktioniert sie in allen Kantonen gleich. Die Hilflosenentschädigung ist im Vergleich zu anderen Bedarfsleistungen an wenige Bedingungen geknüpft. Sie ist nicht zweckgebunden und wird ausbezahlt, ohne die finanzielle Situation der Antragstellenden zu berücksichtigen. Sobald die Hilfslosigkeit ausgewiesen ist und dem Antrag stattgegeben wurde, können die BezügerInnen frei über das Geld verfügen und nach eigenem Gutdünken einsetzen, ohne darüber Rechenschaft ablegen zu müssen. Es spielt auch keine Rolle, wer die Hilfe anbietet oder ob überhaupt Unterstützung in Anspruch genommen wird (Meuli & Knöpfel, 2021, S. 191). Laut Künzi et al. (2021, S. 4) wird als hilflos betrachtet, wer die für grundlegende tägliche Aktivitäten dauerhaft auf die Unterstützung Dritter angewiesen ist. Diese Aktivitäten umfassen das Ankleiden, das Aufstehen und Hinsetzen, die Körperpflege, die Nahrungsaufnahme, den Toilettengang sowie die Fortbewegung. Zudem kann Hilfslosigkeit auch bedeuten, dass jemand ständige Pflege oder persönliche Beaufsichtigung benötigt. Auf der Internetseite der Sozialversicherungsanstalt Zürich (SVA) wird unter Fortbewegung noch «Kontakt mit der Umwelt» angemerkt (2024). Die Einstufung der Hilfslosigkeit erfolgt in drei Kategorien: leicht, mittel und schwer. Diese Abstufung basiert auf dem Ausmass der Beeinträchtigung und dem daraus resultierenden Unterstützungsbedarf der betroffenen Person. Auffallend ist, dass die aufgeführten Lebensverrichtungen sich stark an einem möglichen Pflegebedarf orientieren.

Laut Meuli und Knöpfli (2021, S. 192–193) liegt die Problematik darin, dass die Hilfe oft längere Zeit nicht in Anspruch genommen werden kann. Die beiden AutorInnen nennen dazu mögliche Gründe:

1. Am Anfang des Fragilisierungsprozesses sind die Kriterien für eine Hilflosenentschädigung oft noch nicht erfüllt. So müssen selbst für eine leichte Hilflosenentschädigung in mindestens zwei Tätigkeiten Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden. Eine Hilflosenentschädigung leichten Grades könnte gerade bei beginnender Unterstützungsbedürftigkeit Entlastung bringen. Sie ist aber aufgrund der aktuellen Kriterien nicht zugänglich.
2. Die starke Orientierung an den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) schenkt den psychosozialen Aspekten im Alter wenig Aufmerksamkeit und fokussiert sich auf den physischen Allgemeinzustand einer Person. Gerade zu Beginn des Fragilisierungsprozesses sind es oft Betreuungs- und nicht Pflegeleistungen, die benötigt werden.
3. Weiter wird die Karenzfrist bemängelt. Hierzu muss jedoch angemerkt werden, dass diese seit dem 1.1.2024 angepasst worden ist. Bislang mussten RentnerInnen seit mindestens einem Jahr ununterbrochen auf Hilfestellung angewiesen sein um den Anspruch auf Hilflosenentschädigung geltend machen zu können. Laut der SVA (2024) ist dies nun auf ein halbes Jahr gekürzt worden – im Zusammenhang mit der AHV. Im Geltungsbereich der IV ist es weiterhin ein Jahr.

Nach Ablauf der Wartefrist und der Gutheissung des Antrags kommt der Hilflosenentschädigung eine zentrale Rolle bei der Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen zu. Positiv zu bewerten ist zudem die Entscheidungsfreiheit für die älteren Menschen im Zusammenhang mit dieser Leistung. Betroffene können autonom darüber entscheiden, ob sie den Zuschuss im Gegenzug für Leistungen an Angehörige oder an professionelle Organisationen auszahlen. Meuli und Knöpfli (2021, S. 195–196) sehen in der Hilflosenentschädigung weiteres Potenzial im Zusammenhang der Finanzierung von Betreuungsleistungen. Dafür müsste sie so ausgebaut werden, dass eine gute Betreuung gleich zu Beginn des Fragilisierungsprozesses sichergestellt werden kann. Die Karenzfrist muss weiter reduziert werden, da Hilfestellung nicht auf sich warten lassen kann. Der präventive Charakter dazu diesbezüglich sollte nicht ausser Acht gelassen werden. Weiter gilt es die einzelnen Kategorien zu überarbeiten, sodass psychosoziale Kriterien in die Beurteilung miteinbezogen werden. Zusätzlich besteht die Forderung, dass die Höhe der Leistung derjenigen der Unfallversicherung (UV) angepasst werden. Die Hilflosenentschädigung zur AHV-Rente ist heutzutage wesentlich tiefer als die zur IV und UV. Eine Umbenennung von Hilflosenentschädigung zu Betreuungsgeld würde Klarheit über die Art der Leistung geben und

dies wiederum den Zugang zur Leistung fördern. Durch Anpassungen der Hilflosenentschädigung würden finanzielle Sorgen Betroffener als auch Folgekosten, wie verfrühte Heimeintritte, nachhaltig gemindert werden.

Zudem erwähnenswert sind die Betreuungsgutschriften der AHV. Dies sind fiktive Guthaben, welche die AHV-Rente derjenigen, die ihre Angehörigen versorgen, erhöhen. Um einen Anspruch geltend zu machen, müssen die zu betreuenden Angehörigen aber mindestens eine Hilflosigkeit leichten Grades aufweisen (BSV, 2023, S. 9).

3.2.2 Ergänzungsleistungen (Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten)

Der Bund und die Kantone gewähren bedarfsabhängige Leistungen, wenn Personen im AHV-Alter nicht über ausreichend finanzielle Ressourcen verfügen, um ihre Grundbedürfnisse decken zu können. Nebst den jährlichen Leistungen werden auch krankheits- und behinderungsbedingte Kosten vergütet, sofern diese nicht von anderen Leistungsträgern (bspw. Krankenkasse, Unfallversicherung oder Haftpflichtversicherung) übernommen werden. Im Gegensatz zu den jährlichen Ergänzungsleistungen beteiligt sich der Bund nicht an den Krankheits- und Behinderungskosten. Diese und somit auch die Ausgestaltung dieser Leistungen liegt in der Kompetenz der einzelnen Kantone. Zum besseren Verständnis findet sich der passende Artikel aus dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung angefügt:

Art. 14 ELG Krankheits- und Behinderungskosten

¹ Die Kantone vergüten den Bezügerinnen und Bezügerern einer jährlichen Ergänzungsleistung die ausgewiesenen, im laufenden Jahr entstandenen Kosten für:

- a. zahnärztliche Behandlung;*
- b. Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen;*
- bbis.70 vorübergehende Aufenthalte in einem Heim oder Spital, längstens jedoch für 3 Monate; dauert der Heim- oder Spitalaufenthalt länger als 3 Monate, wird die jährliche Ergänzungsleistung rückwirkend ab dem Heim- oder Spitaleintritt nach Artikel 10 Absatz 2 berechnet;*
- c. ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren;*
- d. Diät;*
- e. Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle;*
- f. Hilfsmittel; und*
- g. die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG71.*

² Die Kantone bezeichnen die Kosten, die nach Absatz 1 vergütet werden können. Sie können die Vergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben beschränken.

³ Für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergüteten Krankheits- und Behinderungskosten können die Kantone Höchstbeträge festlegen.

So obliegt es den Kantonen, zu definieren, was unter Artikel 14 Abs. 1 b ELG «Hilfe, Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen» und Artikel 14 Abs. 1 f ELG «Hilfsmittel» zu verstehen ist und welche Leistungen vergütet werden (Künzi et al., 2021, S. 4).

Die föderalen Strukturen führen zu unterschiedlichen Leistungsumfängen und Kostenübernahmen je nach Wohnort der betroffenen Personen. Anders als bei der Hilflosenentschädigung wird nicht pauschal ein Betrag überwiesen. Die Kostenerstattung im Rahmen der Ergänzungsleistungen erfolgt auf Basis einzelner Rechnungen. SeniorInnen müssen zunächst die Kosten selbst tragen und können anschliessend die Rückerstattung bei der zuständigen Stelle beantragen. Von den Betroffenen wird eine proaktive Haltung hinsichtlich der Abklärung der Kostenübernahme gefordert. So obliegt es in der Verantwortung der Leistungsbeziehenden zu klären, ob eine bestimmte Leistung abgedeckt ist. Dies kann besonders bei Betreuungskosten der Spitex herausfordernd sein, da die Definition von Betreuung zu Konfusionen führen kann. Die Komplexität der Regelungen kann zu Unsicherheiten führen und allenfalls zu Nichtbezug von Betreuungsleistungen (Meuli & Knöpfel, 2021, S. 98–100). Über die zukünftigen Möglichkeiten und Ausgestaltung im Zusammenhang mit den Ergänzungsleistungen, bzw. den Zusatzleistungen, wird in den nachfolgenden drei Kapitel eingegangen.

3.2.3 Gemeindegzuschüsse und kantonale Beihilfen

Die Höhe der von den Ergänzungsleistungen übernommenen Pflegeheimtaxen variiert zwischen den Kantonen und reicht in einigen Kantonen nicht aus, um die tatsächlichen Kosten eines durchschnittlichen Pflegeheimzimmers zu decken. Um diese Finanzierungslücke zu schliessen, haben viele Kantone und Städte zusätzliche Beihilfen eingeführt. In Luzern beispielsweise unterstützt die Stadt HeimbewohnerInnen mit knappen finanziellen Mitteln durch eine Beihilfe, die die Differenz zwischen den Beiträgen der Ergänzungsleistungen und den tatsächlichen Heimkosten ausgleicht. Ähnliche Lösungen existieren in den meisten der betroffenen Kantonshauptorte, wobei die Voraussetzungen für den Erhalt dieser Beihilfen oft strenger sind als für die Ergänzungsleistungen selbst. In drei Kantonshauptorten (Appenzell, Frauenfeld und Schaffhausen) gibt es keine solchen Zusatzhilfen. Dort müssen Betroffene den Fehlbetrag aus anderen Quellen begleichen, etwa durch Aufzehrung von Reserven oder im Notfall durch Sozialhilfe. Oft muss auch der Anteil, der für persönliche Auslagen gedacht ist, verwendet werden. Die kantonalen und kommunalen Beihilfen sind besonders in Regionen mit niedrigen Vergütungen durch die Ergänzungsleistungen für Pflegeheimtaxen von Bedeutung. Sie kompensieren Lücken im System, fügen jedoch eine weitere Komplexitätsebene hinzu, da

oft zusätzliche Anträge gestellt werden müssen – eine weitere Herausforderung für RentnerInnen und deren Angehörige (Meuli & Knöpfel, 2021, S. 100–102).

3.3 Debatte und politische Bestrebungen

Im Sommer 2023 hat sich der Bundesrat verlauten lassen, dass das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV angepasst werden soll. Er reagiert damit auf die Motion «Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen» der Kommission für soziale Sicherheit des Nationalrates. Durch eine Reform soll die Autonomie älterer Menschen und das Wohnen in den eigenen vier Wänden gestärkt werden. Verfrühte Heimeintritte sollen vermieden werden und zu Einsparungen seitens Betroffenen und der öffentlichen Hand führen. Der Auslöser der Motion war die demografische Entwicklung, welche sich in den öffentlichen Ausgaben niederschlägt (Rente, Gesundheit & Langzeitpflege). Laut dem Bericht des BSV (2023, S. 7–8) sollen die starren Strukturen zwischen Pflege und Betreuung aufgeweicht werden und Betreuung als soziale und nicht rein medizinische Hilfe verstanden werden. Eine Problematik dabei ist, dass Betreuung zurzeit eng an den Pflegebedarf geknüpft ist und Bedürfnisse darüber hinaus kaum berücksichtigt. Andererseits sind die Betreuungsbedürfnisse äusserst vielfältig und somit kaum abschliessend aufzählbar noch objektivierbar. Der Begriff «betreutes Wohnen» soll nicht nur Leistungen in der stationären Langzeitpflege, sondern auch häusliche Betreuung und Begleitung beinhalten.

3.3.1 Finanzierungs- und Leistungslücken

Laut Künzi et al. (2021, S. 16-20) bestehen im Bereich der Betreuung sowohl Leistungs- als auch Finanzierungslücken. Wie bereits in früheren Kapiteln erwähnt, ist in diesem Zusammenhang der "verfrühte Heimeintritt aus finanziellen Gründen» ein wichtiges Thema. Als weitere Problematik nennen ExpertInnen Zugangsprobleme.



Abbildung 10. Einschätzung Heimeintritte aus finanziellen Gründen

Quelle: Künzi et al. (2021, S. 17)

Im Kanton Zürich wurde eine Umfrage gemacht, in welcher Altersbeauftragte und Durchführungsstellen für Zusatzleistungen gebeten wurden, eine Einschätzung zum regelmässigen Vorkommen eines Heimeintrittes von einkommensschwachen RentnerInnen mit Zusatzleistungen abzugeben. Der Heimeintritt erfolgt aufgrund der Unmöglichkeit der Finanzierung von Betreuungsleistungen. Wie in Abbildung 10 ablesbar, ist mangelnde Finanzierung durchaus ein Grund für einen Heimeintritt.

Im Zusammenhang mit dem Zugang zu Betreuungsleistungen werden verschiedene Probleme benannt. Einerseits bestehen Herausforderungen bei der Inanspruchnahme bereits bestehender Möglichkeiten und andererseits werden in der Praxis Schwierigkeiten festgestellt, gewisse Leistungen vergüten zu können. Via Zusatzleistungen können einige Leistungen und Hilfsmittel nicht oder nur teilweise gedeckt werden, sodass Betroffene auf Stiftungsgelder angewiesen sind. Als weiteres Problem wird die nötige Vorfinanzierung durch die Zusatzleistungsbeziehenden genannt. Nachfolgend wird auf die einzelnen Schwierigkeiten eingegangen.

Hürden bei der Inanspruchnahme

Aus den Erfahrungsberichten der Fachpersonen geht hervor, dass Betroffene die Maximalbeträge für private Hilfe und Betreuung (aktuell bei 4'800.- / Kalenderjahr) selten vollends ausschöpfen und insgesamt nur wenige diese Ansprüche überhaupt nutzen. Die Befragten sind sich unsicher, ob es am Informationsstand der Anspruchsberechtigten liegt. Und dies, obwohl die Leistung auf dem Merkblatt über die Krankheits- und Behinderungskosten aufgeführt ist. Mögliche Erklärungen liegen im Aufwand, die die Koordination der verschiedenen Leistungserbringer (formelle und informelle) mit sich bringt oder aber es ist die Herausforderung als ArbeitgeberIn zu fungieren und die damit verbundene Administration zu meistern. Ebenfalls sehr selten genutzt wird die Vergütung bei Erwerbsausfall von Angehörigen. Obschon Angehörige, welche ihren Verdienstausschlag darlegen können, eine Vergütung erhalten würden, wird dies nicht genutzt. Aus Experteninterviews ging hervor, dass die hohe Hürde der Inanspruchnahme die Ursache dafür ist (Künzi et al., 2021, S. 17–18).

Im Schlussbericht des BSV (2023, S. 17) wird zudem der Nichtbezug von Ergänzungsleistungen als Schwierigkeit beschrieben. Die Hürde bei der Inanspruchnahme von Leistungen beginnt somit schon viel früher. Laut dem Bericht sind es rund 29% der SeniorInnen, welche ihren Anspruch auf Ergänzungsleistungen nicht geltend machen. Dies hat somit Auswirkungen auf den Bezug von Betreuungsleistungen oder Hilfsmitteln. Laut BSV liegt eine weitere Problematik darin, dass die Anspruchsvoraussetzungen für gewisse Leistungen zu restriktiv sind. So setzen einige Kantone beispielsweise eine leichte Hilflosigkeit voraus, um beispielsweise die Installation eines Notrufknopfes zu unterstützen. Doch nicht bei

allen Personen spiegelt sich der Bedarf an Sicherheit beim Gehen oder Stufensteigen in der Hilfloosenentschädigung wider.

Finanzierungslücken bei bestehenden Leistungen

ExpertInnen sehen Angebotslücken bei den öffentlichen Spitexorganisationen. Oft fehlt es an Kapazitäten, um zusätzlich Betreuungsleistungen zu erbringen. Private Leistungserbringer könnten diese Lücke zwar füllen, doch weisen diese oft höhere Tarife auf, welche von den Zusatzleistungen nicht vollumfänglich rückvergütet werden. Die anfallenden Restkosten sind teilweise verantwortlich dafür, dass Anspruchsberechtigte Leistungen nicht beziehen. Im Rahmen der privaten Hilfe und Betreuung können Betroffene zwar individuell zugeschnittene Leistungen beziehen, doch finden sich kaum Anbieter, welche zu den aktuell geltenden Tarifen kostendeckend Betreuungsleistungen anbieten. So bleibt diese Möglichkeit den Personen vorbehalten, die die Restkosten tragen können. Ein weiterer Schwachpunkt ist im Zusammenhang mit den bisher vergüteten Hilfsmitteln gesehen. Bei teuren Hilfsmitteln, wie beispielsweise Hörgeräten, verbleiben hohe Restkosten für die BezügerInnen von Zusatzleistungen. Um diese Kosten beispielsweise durch Stiftungsgesuche decken zu können, müssen Betroffene administrative Hürden bewältigen (Künzi et al., 2021, S. 19).

Fehlende Finanzierungsmöglichkeiten für spezifische Leistungen

In der Praxis begegnen die Durchführungsstellen im Kanton Zürich immer mal wieder der Problematik, dass Leistungen oder Hilfsmittel im Individualfall sinnvoll wären, um den Verbleib im angestammten Zuhause zu ermöglichen, jedoch aufgrund der geltenden Regelung nicht finanziert werden kann. Die befragten Personen nannten als Beispiele Rollatoren, Brillen, Notrufsysteme oder Entlastungsangebote für betreuende Angehörige. Weiter werden nicht-pflegerische Leistungen der Spitex genannt, wie beispielsweise Begleitung zu einem Arzttermin. Die Unmöglichkeit kleinere bauliche Anpassungen oder Mietzuschüsse für altersadäquate Wohnungen, präventive Massnahmen im Bereich soziale Isolation und Integration, zu gewähren, stösst auf Unmut bei den Fachpersonen (Künzi et al., 2021, S. 19).

Diese Tatsache wird auch im Bericht des BSV (2023, S. 17) beschrieben. Laut BSV ist der Leistungskatalog gesamtschweizerisch zu lückenhaft ausgestaltet. So werden bislang niederschwellige betreuerische Leistungen, wie beispielsweise Begleit- und Besuchsdienste oder Unterstützung beim Kochen oder bei administrativen Aufgaben nicht vergütet. Ebenso wird der Aufwand, welcher es benötigt, um verschiedene Dienstleistungen zu koordinieren nicht finanziert. Eine nationale Umfrage hat gezeigt, dass Beiträge für kleinere bauliche Anpassungen (im Rahmen der Sturzprävention) und Notrufsysteme ungenügend finanziert sind. Gemäss dem BSV liegt die Problematik aber nicht nur im lückenhaften Leistungskatalog, sondern auch in der Heterogenität des Leistungsangebotes. Kantonal zeigen sich grosse Unterschiede in der Ausgestaltung der Leistungen, welche sich über Krankheits- und

Behinderungskosten vergüten lassen. Je nach Kanton sind die Anspruchsvoraussetzungen grosszügiger oder restriktiver ausgerichtet. Bei einem Kantonswechsel kann dies zu grossen Unsicherheiten führen, da es keine Gewissheit gibt, die gleichen Leistungen wie vorher zu erhalten.

Auf eine weitere, nicht minder grosse Schwierigkeit, weist ein Bericht der Paul Schiller Stiftung (2018, S. 29–33) hin. Die AutorInnen gehen davon aus, dass es heute schon rund 620'000 Personen im AHV-Alter an Unterstützung fehlt. Rund 20 Millionen Betreuungsstunden würden benötigt, um den Bedarf an guter Betreuung der älteren Bevölkerung zu decken. Weiter ist zu erwarten, dass sich der Abwärtstrend der familiären Betreuung fortsetzt. Die Lebensentwürfe haben sich diesbezüglich in den letzten Jahrzehnten verändert und soziale Netzwerke ausserhalb der Familie sind wesentlich wichtiger geworden. Der zunehmende Bedarf an Betreuung kann nur mit genügend Personal und Engagement gedeckt werden. Die Tätigkeiten im Bereich der Betreuung müssen neu definiert und professionalisiert werden. Zeitgleich benötigt die informelle Betreuung mehr Anerkennung. Eine Forderung der Stiftung ist somit die Aufwertung der Betreuungsarbeit und die angemessene Entschädigung für die Dienstleistungen. Dies wiederum ist verknüpft mit den Anforderungen an die Ausbildung im Betreuungssektor. Qualitätsstandards sowie geregelte Arbeitsbedingungen (Mindestlohn, Arbeitszeit, Sozialversicherungen, etc.) sind notwendig, damit die Betreuungsarbeit die benötigte Würdigung erhält. Der Wunsch nach kontinuierlicher Betreuung aus einer Hand ist nachvollziehbar. Daher existiert bereits heute eine Vielzahl an Betreuungsorganisationen, welche Care-MigrantInnen oder Live-Ins (Personen, welche bei Leistungsbeziehenden leben) vermitteln. Diese Tätigkeiten erfordern eine angemessene professionelle Anerkennung und faire Entlohnung, was bisher oft nicht gewährleistet ist. Auch werden Instrumente benötigt, um die Qualität der Betreuung zu sichern.

3.3.2 Debatte und Lösungsansätze auf Bundesebene

Im Bericht vom BSV (2023, S. 12-14) werden verschiedene Lösungsansätze auf nationaler Ebene diskutiert, befürwortet oder verworfen. Nachfolgende Varianten stehen im Zusammenhang mit Änderungen des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen. Am Ende dieses Kapitels wird auf weitere Optionen verwiesen, welche nicht nur auf bestehenden Systemänderungen basieren.

Pauschale für Betreuungsleistungen in der jährlichen Ergänzungsleistung

Wie beim Rollstuhlzuschlag wurde eine Pauschale für Betreuungsleistungen geprüft. Laut Artikel 10 Abs. 1 b Ziff. 3 ELG erhalten Personen zusätzliche finanzielle Mittel, sollte die Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung nötig sein. Das Mietzinsmaxima wird entsprechend angepasst. Ist eine Person nun auf Betreuung angewiesen, würde das Mietzinsmaxima entsprechend einer festgelegten Pauschale erhöht werden. Zusätzlich würden die effektiv

bezogenen Betreuungsleistungen bei der EL-Berechnung bedacht werden. Die vorgeschlagene Variante wurde aus mehreren Gründen verworfen. Zunächst erschwert die Vielfalt der Betreuungsleistungen eine präzise Definition der anerkannten Leistungen. Zudem wäre die Berücksichtigung effektiver Kosten nicht mit dem jährlichen EL-System vereinbar, da dies zu monatlich wechselnden Berechnungen führen würde. Problematisch wäre auch die Verschiebung der Finanzierungsverantwortung von den Kantonen zum Bund für Leistungen wie Haushalthilfe oder Fahrdienste (BSV, 2023, S. 12).

Betreutes Wohnen in der jährlichen Ergänzungsleistung

Diese Variante sah vor, einen Zuschlag für institutionalisiertes betreutes Wohnen im Rahmen der jährlichen Ergänzungsleistungen einzuführen, wobei der Bund 5/8 der Kosten übernommen hätte. Für zuhause lebende Personen wären bestimmte Betreuungsleistungen (bspw. Notfallknopf, hindernisfreie Wohnung, Integration) als Ausgaben anerkannt worden. Der Zuschlag hätte verschiedene Formen annehmen können, wie ein Zuschlag für sämtliche Betreuungsleistungen, eine Erhöhung der Mietzinsmaxima oder eine Anhebung des allgemeinen Lebensbedarfs. Diese Lösung wurde jedoch aus mehreren Gründen verworfen. Wie bei der ersten Variante sind die monatliche Neuberechnung und die Kostenverschiebung hin zum Bund nicht handhabbar. Zudem wären die Einsparungen durch reduzierte Heimkosten hauptsächlich den Kantonen zugutegekommen. Angesichts dieser Problematiken und der angespannten Bundesfinanzen wurde dieser Ansatz nicht weiterverfolgt (BSV, 2023, S. 13).

Zuschlag für die Miete einer altersgerechten Wohnung in der jährlichen Ergänzungsleistungen und Betreuungsleistungen in den Krankheits- und Behinderungskosten

Diese Variante besteht aus zwei Teilen. Einerseits würde ein Mietzuschlag für altersgerechte Wohnungen in den jährlichen Ergänzungsleistungen ausgerichtet werden und andererseits würden die einzelnen Betreuungsleistungen unter Krankheits- und Behinderungskosten abgerechnet werden. Beide Leistungen gelten sowohl für das eigene Zuhause als auch für institutionalisiertes betreutes Wohnen. Inhaltlich gehört der Mietzuschlag eher in den Bereich der jährlichen Leistungen, da es sich nicht um eine Dienstleistung oder Krankheitskosten im eigentlichen Sinne handelt. Ein wesentlicher Nachteil dieser Variante ist, dass der Bund 5/8 des Mietzuschlags trägt, während die Kantone die spezifischen Betreuungsleistungen allein finanzieren. Allfällige Einsparungen würden wiederum nur den Kantonen helfen. Der Bund würde sich an einer Massnahme beteiligen, die zu Einsparungen führt, jedoch nicht davon profitieren. Wie bei der letzten Variante wird diese Option aufgrund des Bundesbudgets nicht weiterverfolgt (BSV, 2023, S. 13-14).

Betreuungskosten in den Krankheits- und Behinderungskosten

Diese Variante sieht vor, dass sämtliche zu vergütenden Betreuungsleistungen im Bereich der Krankheits- und Behinderungskosten geregelt werden. Dazu gehören ein Mietzuschlag für eine altersgerechte oder barrierefreie Wohnungen, die Vergütung für die Anpassung der Wohnungen an die Bedürfnisse älterer Menschen sowie weitere Betreuungsleistungen wie Notrufsysteme, Haushalthilfen, Mahlzeitendienste und Fahr- und Begleitdienste. Ein wesentlicher Aspekt dieses Vorschlags ist, dass die Finanzierung ausschliesslich kantonal geregelt wäre. Die Begründung dafür liegt darin, dass der Bund keine direkten Einsparungen aus der Einführung von Betreuungsleistungen erwartet. Die Förderung des Wohnens im angestammten Daheim verzögert Alters- und Pflegeheimenritte und führt somit primär zu Einsparungen bei den Kantonen (BSV, 2023, S. 14). Auch Kägi et al. (2021a, S. 18) haben dieses Modell im Bericht der Paul Schiller aufgeführt. Diese Option erweitert ein bereits bewährtes System und richtet sich an finanzschwache Menschen. Ebenso wird die hohe Eintrittshürde und die Notwendigkeit der Vorfinanzierung durch die Anspruchsberechtigten werden kritisch gesehen. Auch entfällt die Entlastung der unteren Mittelschicht aufgrund der Einführung der Vermögensgrenze. Des Weiteren weisen die AutorInnen auf die Wichtigkeit hin, Betreuung innerhalb der Ergänzungsleistungen so zu definieren, dass die psychosozialen Aspekte in hohem Masse mitberücksichtigt werden.

Kägi et al. (2021b, S. 76) haben in ihrer Studie noch weitere Lösungsvorschläge ausgearbeitet, welche sich an den bestehenden Instrumenten orientieren. Auf die Varianten «Betreuungsentschädigung» und «Anschubfinanzierung» wird nachfolgend kurz eingegangen. Auf die Darlegung der möglichen Reformen im Gesundheitswesen, wie beispielsweise die Finanzierung von Betreuungs- und Hilfeleistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) oder die Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung, wird hier explizit verzichtet, da diese vorerst politisch wenig Erfolg haben dürften und den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden. Des Weiteren werden im vierten Kapitel noch konkrete Projekte vorgestellt, die sich gesamtschweizerisch ausweiten lassen würden.

Betreuungsentschädigung

Diese Variante orientiert sich am System der Hilflosenentschädigung und ist ebenfalls einkommensunabhängig. Anspruchsberechtigte können frei über die Mittel verfügen. Die Hilflosenentschädigung hängt eng mit dem Pflegebedarf einer Person zusammen. Betreuerische Einschränkungen sind dabei nicht oder nur sehr marginal berücksichtigt. Die Betreuungsentschädigung leistet Beiträge an AHV-BezügerInnen, die einen Betreuungsbedarf (Selbstsorge, Soziale Teilhabe, Alltagsgestaltung, Haushaltsführung, Alltagskoordination, Betreuung in Pflegesituationen) ausweisen können. Es kann jedoch nicht überprüft werden, ob die Anspruchsberechtigten die Mittel wirklich für die Betreuung einsetzen, noch kann die

Qualität der Betreuung überprüft werden, da die Wahlfreiheit bei den BezügerInnen liegt. Eine Lösung hierzu wäre die Zweckbindung, was die BezügerInnen dazu zwingt, auszuweisen, wofür sie die Mittel einsetzen. Eine weitere Schwierigkeit ist die Bedarfsermittlung. Die Instrumente dazu scheinen weitaus komplexer zu sein als bei der Hilflosenentschädigung. Damit das Instrument gesellschaftlich und politisch akzeptiert wird, darf es nicht zu einfach ausgestaltet sein. Die Komplexität der Bedarfsabklärung muss sich im Antrag widerspiegeln, was jedoch eine Hürde für Betroffene sein kann. Gefordert wird zudem eine kurze Wartezeit, was das Unterfangen nicht leichter macht (Kägi et al., 2021b, S. 89–92).

Anschubfinanzierung «Betreuung»

Die meisten Lösungsvorschläge basieren auf dem Prinzip der Subjektfinanzierung, bei der Personen mit Betreuungsbedarf direkte finanzielle Unterstützung für ihre Betreuungsleistungen erhalten. Ein wesentlicher Nachteil dieses Ansatzes ist jedoch, dass die Betroffenen ihren Bedarf selbst erkennen und aktiv um Hilfe ersuchen müssen, was vielen schwerfällt. Um diese Hürde zu überwinden, wird mit dieser Variante ein Instrument der Objektfinanzierung vorgeschlagen. Dieser Ansatz ermöglicht einen niederschweligen Zugang. Dabei handelt es sich um eine temporäre Förderung durch den Bund, die an bestimmte Bedingungen geknüpft werden kann. Weiterführende Finanzierung würde dann nach Ablauf des Projektes durch die Kantone und die Gemeinden erfolgen. Dieser objektfinanzierte Ansatz zielt darauf ab, Zugangshürden abzubauen und eine proaktivere, aufsuchende Tätigkeit von Organisationen zu ermöglichen. So können Personen mit Betreuungsbedarf frühzeitiger und effektiver erreicht und unterstützt werden. Diese Finanzierungsvariante sieht vor, neu geschaffene Betreuungsangebote über einen Zeitraum von wenigen Jahren finanziell zu unterstützen. Ziel ist es, das Betreuungsangebot auszubauen, Innovationen zu fördern und die Qualität der Betreuung durch eine stärkere Orientierung an den individuellen Bedürfnissen zu verbessern. Folgende Pilotprojekte dienen als Beispiele dieser Variante:

- Aufsuchende Altersarbeit (Siedlungs- und Wohnassistenz in der Gemeinde Horgen, mobile Altersarbeit in Aarau)
- Neue Finanzierungsmodelle (Betreuungsgutsprachen Bern – siehe Kapitel 4)
- Aufbau und Koordination von Zeitgutschriftenmodellen (Stiftung Zeitvorsorge Kanton St. Gallen)

Eine grosse Stärke dieser Option liegt darin, dass innovative Projekte im Kleinen durchgeführt und erprobt werden können und laufend ausgewertet werden. Durch das Förderungsprogramm des Bundes stehen die Erkenntnisse gesamtschweizerisch zur Verfügung. Auch die Qualität und Kontrolle ist sichergestellt, da die Förderung an Kriterien geknüpft ist. Einbezug von der Zivilbevölkerung, beziehungsweise Freiwilligenarbeit, ist bei diesem Ansatz ebenfalls möglich. Eine Schwachstelle ist sicherlich der hohe administrative

und koordinative Aufwand und die fragliche Nachhaltigkeit eines Projektes. Zudem setzt dieser Ansatz auf dezentrale Projekte, was unter Umständen grosse kommunale und kantonale Unterschiede mit sich bringt. Doch kann so gleichzeitig lokalen Strukturen gerecht werden und allfällige Synergien zwischen neuen und bestehenden Angeboten nutzen (Kägi et al., 2021b, S. 98–101). Auf die mögliche Verbindung von Objekt- und Subjektfinanzierung wird im Kapitel Vier unter dem Titel «Betreuungsgeld – ein Blick in die Zukunft» noch genauer eingegangen.

3.3.3 Lösungsansätze auf kantonalen Ebene am Beispiel Zürich

Im Auftrag des kantonalen Sozialamtes Zürich wurde 2021 eine Studie ausgewertet, welche sich mit den Betreuungsleistungen im häuslichen Setting befasst hat. Die Studie stützt sich auf Literatur- und Dokumentationsanalysen, sowie auf die Daten einer Onlinebefragung von Durchführungsstellen für die Zusatzleistungen und Altersbeauftragten im Kanton Zürich. Im Schlussbericht werden mehrere Optionen für zusätzliche Leistungsvergütungen aufgeführt und diese dann den Fachpersonen vorgelegt zur Beurteilung und weiteren Einschätzung. Vier der sechs Varianten betreffen die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten der Zusatzleistungen, die zwei anderen die Pflegeversorgungsverordnung, sprich nicht-pflegerische Spitexleistungen. Nachfolgend werden die Vorschläge von Künzi et al. (2021, S. 20–32) vorgestellt. Zu Beginn wurden die Fachpersonen gebeten, die einzelnen Optionen anhand ihrer Zweckmässigkeit zu ordnen. Dies erfolgt anhand einer Skala von 1-10, wobei 1 «überhaupt nicht zweckmässig» und 10 «sehr zweckmässig» bedeutet. Die befragten Personen sind Mitarbeitende von Durchführungsstellen der Zusatzleistungen sowie Altersbeauftragte der Gemeinden. Aus der Abbildung 11 geht hervor, dass die Kostenübernahme zusätzlicher Hilfsmittel sowie ein definierter Leistungskatalog für die Vergütung von Hilfe und Betreuung (8.1 von 10) als sinnvoll erachtet wird. Insgesamt gab es kaum nennenswerte Differenzen zwischen den Durchführungsstellen und den Altersbeauftragten. Die einzelnen Lösungsansätze werden nun der Reihenfolge nach weiter vertieft.

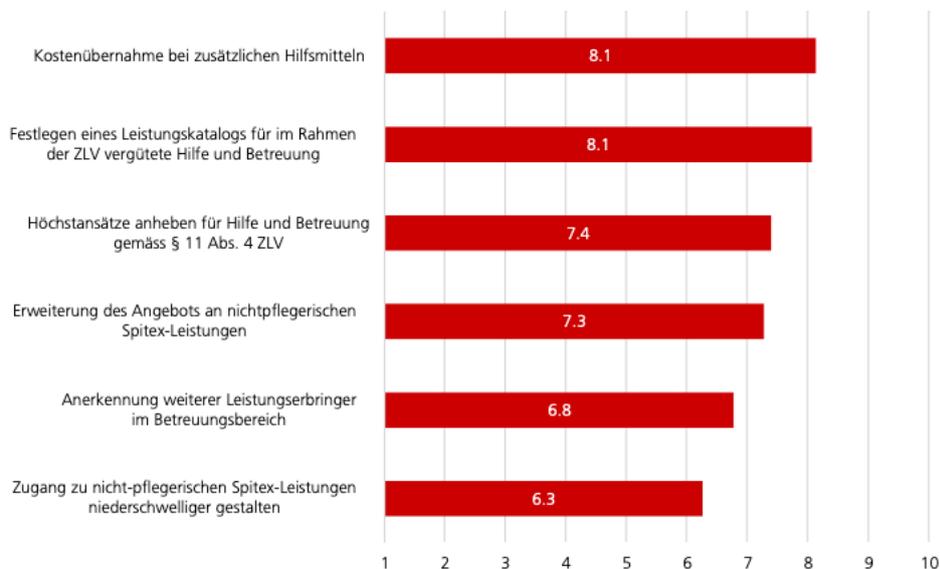


Abbildung 11. Massnahmen anhand ihrer Zweckmässigkeit

Quelle: Künzi et al., 2021, S. 21

Kostenübernahme bei zusätzlichen Hilfsmitteln

Bei diesem Vorschlag soll die kantonale Liste an vergüteten Hilfsmitteln gemäss Art. 16 Abs. b ZLV erweitert werden. Die Befragung ergab, dass besonders Hilfsmittel im Bereich Mobilität und Bewegung (bspw. Rollator, Rollstuhl, Handläufe und Griffe in der Wohnung, Aufstehhilfen), im Bereich Sanitäreinrichtung (bspw. WC-Erhöhung, Badebrett, Duschstuhl) für zweckmässig befunden wurden. Auch kleinere Hilfsmittel (Leselupen, Schwellenkeile, Trinkhilfen, Mikrowellen) wurden befürwortet. Im Bereich Sicherheit wurde die Vergütung von Notfallsystemen genannt und im Zusammenhang mit der persönlichen Pflege das Pflegebett, der Infusionsständer und der fahrbare Krankentisch (Künzi et al., 2021, S. 21-22).

Festlegen eines Leistungskatalogs für im Rahmen der ZLV vergütete Hilfe und Betreuung

Die Mehrheit der befragten Fachpersonen begrüssen die Entwicklung eines Leistungskatalogs für Betreuungsleistungen für zu Hause lebende BezügerInnen von Zusatzleistungen. Dies soll auf Verordnungsebene geschehen und damit die Chancengleichheit unabhängig der Wohngemeinde fördern. Die Ergebnisse verweisen jedoch auf die grundlegende gesellschaftspolitische Frage, in welchem Umfang professionelle Betreuung staatlich finanziert und welche Leistungen von Freiwilligen oder dem privaten Umfeld übernommen werden sollen. Einige der Befragten äusserten sich skeptisch und stellen die Verortung bei den Zusatzleistungen in Frage. Zudem zeigt sich eine Stadt-Land-Diskrepanz. Auf dem Land ist die informelle Betreuung in grösserem Umfang vorhanden als in urbanen Gegenden und dementsprechend die Gewichtung des Handlungsbedarfes anders. Befragte, welche diesen Lösungsansatz als zweckmässig eingestuft haben, wurden gebeten dies näher auszuführen,

bzw. aufzuzeigen, welche Leistungen sinnvoll wären. Vorne mit dabei ist die Vergütung von Notrufsystemen und Entlastungsangebote für betreuende Angehörige, Haushaltshilfen sowie Mahlzeitendienste, Begleit- und Fahrdienste und die Regelung administrativer Angelegenheiten (Künzi et al., 2021, S. 23-24).

Höchstansätze für Hilfe und Betreuung anheben

Dieser Vorschlag fordert die Erhöhung der Höchstansätze für Hilfe und Betreuung gemäss Art. 11 Abs. 4 ZLV für Leistungen von Personen, die weder im gleichen Haushalt leben noch von einer anerkannten Spitex-Organisation eingesetzt sind. Die Beträge sollen von heute 25.-/h und 4'800.-/Jahr auf 35.-/h bzw. 10'800.-/Jahr angehoben werden. Aufgrund des höheren Stundenansatzes würden sich eine Vielzahl von Leistungen finanzieren und einfacher jemand für die Dienstleistung finden lassen (Künzi et al., 2021, S. 27-28).

Erweiterung des Angebots an nicht-pflegerischen Spitex-Leistungen

Die Erweiterung der nicht-pflegerischen Leistungen von Spitexorganisationen fand zwar mehrheitlich Zustimmung, doch wurde die Realisierung als schwierig betrachtet. Aufgrund Kapazitätsengpässen bei der Spitex wird der Handlungsbedarf darin gesehen, mehr Leistungserbringer anzuerkennen. Laut den Vertiefungsinterviews sind mehr Möglichkeiten und Massnahmen im Zusammenhang mit Ressourcenerhalt, Pflegen von sozialen Kontakten, Vorbeugen von Vereinsamung wünschenswert. Auch wurden Nachteilsätze, Botengänge und Begleitung als mögliches Spektrum der Erweiterung genannt (Künzi et al., 2021, S. 28).

Anerkennung weiterer Leistungserbringer im Betreuungsbereich

Wie beim vorherigen Vorschlag bereits beschrieben ist die Anerkennung weiterer DienstleisterInnen zentral, um den steigenden Bedarf an häuslicher Betreuung gewährleisten zu können. Dies würde ebenfalls die Wahlfreiheit für die SeniorInnen stärken. Schon heute gibt es viele Fachorganisationen, die im Bereich Betreuung Leistungen erbringen. Zwischen den Gemeinden und gewissen Fachorganisationen bestehen Leistungsvereinbarungen. Dienstleistungen werden meist im Rahmen von Freiwilligenarbeit (bspw. Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz, kommunale Fahrdienste, Frauenvereine) erbracht. Die Kosten auf Gemeindeebene (Subventionen) würden sich in den Zuständigkeitsbereich der Zusatzleistungen verschieben. Die Qualitätssicherung und das Anerkennungsverfahren stellt eine weitere Herausforderung dar und benötigt zeitliche und monetäre Ressourcen. Des Weiteren tritt die Berücksichtigung der lokalen Strukturen und Gegebenheiten bei einer kantonalen Regelung in den Hintergrund (Künzi et al., 2021, S. 30).

3.3.4 Änderung Zusatzleistungsverordnung Kanton Zürich per 2025

Aufgrund der vertieften Diskussionen in den letzten Jahren kommt es nun zu einer Anpassung der Zusatzleistungsverordnung. Die Änderungen sollen RentnerInnen mit Zusatzleistungen

ermöglichen, möglichst lange und selbstbestimmt im angestammten zu Hause wohnen zu können. Da fast jede dritte Person in den Alters- und Pflegeheimen nicht oder nur minimal pflegebedürftig ist, hat die Änderung das erklärte Ziel, vorzeitige und kostenintensive Heimaufenthalte zu vermeiden. Zusätzlich soll dadurch die Autonomie der älteren vulnerablen Bevölkerung gestärkt werden. Dazu benötigt es einerseits Anpassungen im Leistungskatalog für Hilfe und Betreuung zu Hause und andererseits müssen zusätzliche Leistungsanbieter durch die Gemeinden akquiriert und anerkannt werden. Damit in Verbindung steht auch die Anhebung der Stundenansätze für private Personen die Hilfe- und Betreuungsangebote leisten. Die Änderung tritt am 1. Januar 2025 in Kraft. Nachfolgend werden nun die einzelnen Adaptionen näher ausgeführt.

Die Details dazu finden sich in der Zusatzleistungsverordnung mit der Änderung vom 22. Mai 2024.

Im Art. 11 e ZLV werden die zusätzlich finanzierten Hilfe- und Betreuungsleistungen aufgeführt:

- Unterstützung bei der Haushaltsführung
- Psychosoziale Betreuung und Begleitung, namentlich zur Wahrnehmung von Terminen, zum Kontakt mit der Aussenwelt und zur Prävention von sozialer Isolation und psychischen Krisen
- Entlastungsdienste
- Beratung sowie Leistungsabklärung und -koordination

Diese Leistungen werden zu 50.-/h vergütet, wenn die Leistungen durch eine offiziell von der Gemeinde anerkannte Stelle (Spitexorganisationen, Altersorganisationen, gemeinnützige Organisationen) erbracht werden. Privatpersonen, welche nicht im selben Haushalt leben und auch nicht mit der leistungsbeziehenden Person verwandt sind, erhalten 34.-/h bis maximal 7'400.- pro Kalenderjahr

Im Art. 11 f ZLV werden die Bedingungen für Mahlzeitendienste und Mittagstische erläutert. Die DienstleisterInnen müssen ebenfalls von der jeweiligen Gemeinde anerkannt, bzw. beauftragt werden. Für Mittagstische werden maximal 300.-/Monat und für Mahlzeitendienste maximal 360.-/Monat zugesprochen. Die anfallenden Transportkosten werden laut Art. 15 ZLV übernommen.

Laut Art. 11 g ZLV werden die Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung in einem Tages- oder Nachtheim vergütet. Die anfallenden Transportkosten werden laut Art. 15 ZLV übernommen.

Bei all den Änderungen ist es wichtig zu erwähnen, dass sich die maximale Vergütung im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten nicht verändert. So sind es weiterhin 25'000.-/Jahr für Alleinstehende und 50'000.-/Jahr für Ehepaare oder eingetragene PartnerInnen. Es wird lediglich der Leistungskatalog angepasst. Die Höhe des Anspruchs richtet sich nach dem Bedarf und weiterhin gilt der Grundsatz, dass Leistungen zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Für die Durchführungsstellen stellt die neue Regelung eine Herausforderung dar. Im Einzelfall muss der Überblick über die bereits bezogenen Kosten behalten werden, um Leistungen rechtzeitig einstellen zu können, wenn der jährliche Betrag überschritten wurde. Leistungsbeziehende müssen frühzeitig informiert werden, wenn der Maximalbetrag nahe der Ausschöpfung steht. Doch nicht nur die Durchführungsstellen stehen vor einer neuen Herausforderung. Seitens Gemeinden muss eine Stelle definiert werden, welche die Art und den Umfang des betreuerischen Bedarfs abklärt. Aufgrund der lokalen Unterschiede wird explizit auf ein kantonal einheitliches Abklärungsinstrument verzichtet. Das Formular, welches schlussendlich den Bedarf ausweist, soll jedoch einheitlich ausgestaltet

werden. Näheres dazu ist aktuell noch in Erarbeitung und noch nicht öffentlich zugänglich. Fest steht, dass den Gemeinden eine Übergangsfrist bis Ende 2026 zusteht, um eine adäquate Stelle zu schaffen oder eine bestehende zu beauftragen. Bis dahin reicht ein ärztliches Attest, welches den Betreuungsbedarf bescheinigt.

3.3.5 Betreuungs- und Hilfsmittelzuschüsse Stadt Zürich

Sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene sind Bestrebungen im Gang, Grundlagen für die Betreuung und dementsprechende Leistungen zu schaffen. Die Stadt Zürich (2022) hat die Dringlichkeit erkannt, die Finanzierungslücke im Bereich der Altersbetreuung und -unterstützung zu schliessen, und misst diesem Anliegen hohe Priorität bei. Dies steht im Einklang mit der städtischen Altersstrategie 2035, die darauf abzielt, älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben bis ins hohe Alter zu ermöglichen. Um dieser Herausforderung zu begegnen, hat der Stadtrat dem Gemeinderat den Erlass einer befristeten Verordnung vorgeschlagen. Diese sieht die Erprobung von Zuschüssen für Betreuungsleistungen und Hilfsmittel vor, die sich an AHV-RentnerInnen richten, welche Zusatzleistungen beziehen. Dieser Vorschlag ist eine Reaktion auf verschiedene politische Bestrebungen, welche eine Überprüfung und Weiterentwicklung des städtischen Altersangebots forderten. Mit einem dreijährigen Pilotprojekt sollen Angebote erprobt werden, die einen längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Das Projekt ist flexibel konzipiert, um Anpassungen während der Pilotphase zu ermöglichen. Da die Details (Leistungen, Durchführung, Finanzierung) zu diesem Projekt in Kapitel 4 näher beschrieben sind, wird hier nicht näher darauf eingegangen.

4 Projekte und Pläne zur Förderung des autonomen Wohnens

Die Betreuung älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung gewinnt zunehmend an Bedeutung, da sie nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sondern auch den Eintritt in stationäre Pflegeeinrichtungen hinauszögern kann. In verschiedenen Regionen der Schweiz und in Liechtenstein wurden innovative Projekte und Modelle entwickelt, um diese Herausforderung anzugehen. Im folgenden Kapitel werden diese unterschiedlichen Ansätze zur Unterstützung älterer Menschen im häuslichen Umfeld aufgezeigt. Dabei werden Projekte aus Bern, Luzern dem Kanton Waadt, der Stadt Zürich und Liechtenstein analysiert, um einen umfassenden Überblick über verschiedene Finanzierungs- und Unterstützungsmodelle zu gewinnen (Kägi et al., 2021b, S. 26–34).

4.1 Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen Luzern

Das Projekt "Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen" der Stadt Luzern zielt darauf ab, älteren Menschen ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Angesichts des hohen Anteils an älteren Menschen in Mietwohnungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten, fördert das Projekt durch Gutscheine vielfältige Unterstützungsleistungen, die sowohl die Lebensqualität steigern als auch pflegende Angehörige entlasten (Bieri, Amberg, Balthasar & Bühlmann, 2022, S. 4–6).

4.1.1 Hintergrund und Zielsetzung

Das Projekt "Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen" wurde von der Stadt Luzern als Teil ihrer Alterspolitik initiiert. Etwa 70 Prozent der über 65-jährigen leben in Mietwohnungen, was im Vergleich zu anderen Schweizer Städten überdurchschnittlich ist. Zudem wohnen viele ältere Menschen allein, was potenzielle Herausforderungen für ein selbstständiges Leben im Alter mit sich bringt (Bieri et al., 2022, S. 4–5). Die Zielsetzung des Projekts ist es, älteren Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes Wohnen in der gewohnten Umgebung mit sozialer Teilhabe zu ermöglichen. Dafür wurde eine Anlaufstelle Alter eingerichtet, die als zentraler Zugang zu den Gutscheinen für selbstbestimmtes Wohnen dient (Bieri et al., 2022, S. 6). Diese Anlaufstelle hat im Januar 2018 den operativen Betrieb aufgenommen und fungiert als Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Die Beratungsstelle führt Abklärungen im häuslichen Umfeld der jeweiligen Person durch, macht das Erstgespräch in den Räumlichkeiten der Anlaufstelle oder führt dies telefonisch durch (Bieri et al., 2022, S. 10–14).

Konkrete Ziele, die mit den Gutscheinen erreicht werden sollen, sind folgende (Bieri et al., 2022, S. 16):

- Die Lebensqualität der betroffenen Personen wird erhöht und damit der Eintritt in eine stationäre Einrichtung verzögert.
- Es wird verhindert, dass Personen nur aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen in eine stationäre Einrichtung eintreten müssen.
- Pflegende Angehörige werden besser entlastet.

Zugang zu den Gutscheinen erhalten Personen, welche nach dem Hausbesuch einen ausgewiesenen Bedarf haben. Die Zielgruppen sind EL- Beziehende, knapp keine EL-Beziehende und pflegende Angehörige (Bieri et al., 2022, S. 16). Es gibt eine Beitragsgrenze von 3'000 CHF / Jahr – es können aber pro Jahr Leistungen von bis zu 500 CHF gesprochen werden, ohne dass die Einkommens- und Vermögenswerte offengelegt werden müssen (Bieri et al., 2022, S. 17). Die möglichen Angebote teilen sich auf in einmalige Leistungen oder wiederkehrenden Leistungen. 40% stellen einmalige Leistungen dar, 60% sind mehrere kleinere Beträge für wiederkehrende oder mehrmalige Leistungen (Bieri et al., 2022, S. 21).

4.1.2 Auswirkung auf Betroffene

Die Gutscheine werden in folgenden Bereichen vergeben:

- Steigerung Lebensqualität, soziale Vernetzung (Fahrdienste, Begleitung, Mittagessen im Restaurant etc.)
- Unterstützung im Haushalt und Verbesserung im Wohnbereich (Haushaltshilfe, Mahlzeitendienste, Notrufsystem etc.)
- Entlastung Angehörige (Tageszentren, Entlastungsdienste etc.)
- Gesundheitsförderung, Prävention (Therapien, Abonnemente, Schuheinlagen, Brille etc.)

Ein Grossteil der Gutscheine (46%) wird für Aktivitäten zur Steigerung der Lebensqualität und sozialen Vernetzung eingesetzt. Dies trägt dazu bei, soziale Isolation zu vermindern und die Lebensqualität zu verbessern. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Unterstützung im Haushalt und bei Wohnungsanpassungen. Etwa ein Fünftel (21%) der Gutscheine wird hierfür verwendet, was den Betroffenen ermöglicht, länger selbstständig in ihrer gewohnten Umgebung zu leben. Ergänzend dazu werden 21% der Gutscheine für gesundheitsfördernde Massnahmen wie Therapien oder Hilfsmittel eingesetzt, was die Selbstständigkeit zusätzlich unterstützt (Bieri et al., 2022, S. 22–27).

Die Entlastung pflegender Angehöriger ist ein weiterer zentraler Aspekt, für den 12% der Gutscheine verwendet werden, etwa durch Tagesbetreuungsangebote für Menschen mit

Demenz. Dies zeigt, dass das Projekt nicht nur die direkten Bedürfnisse der älteren Menschen berücksichtigt, sondern auch das soziale Umfeld einbezieht. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg des Projekts ist die finanzielle Entlastung, die es den Betroffenen ermöglicht, Dienstleistungen oder Anschaffungen zu tätigen, die sie sich sonst nicht leisten könnten. Dies ist besonders relevant, da 44% der Gutscheine an Personen mit Ergänzungsleistungen zur AHV und 35% an Personen, die knapp keine Ergänzungsleistungen erhalten, vergeben werden (Bieri et al., 2022, S. 22–27).

4.1.3 Evaluation und Ergebnisse

Aufgrund der Analyse können folgende positiven Effekte hervorgehoben werden (Bieri et al., 2022, S. 33–34):

- Die Gutscheine können niederschwellig vergeben werden. Dies ist durch Anschreiben mit einem Fragebogen innerhalb der jeweiligen Zielgruppen möglich, oder aber auf Zuweisung durch externe Akteure.
- Die Zielgruppen können erreicht werden. Die gesprochenen Gutscheine werden hauptsächlich von EL-Beziehenden, knapp Nicht-EL-Beziehenden und pflegenden Angehörigen bezogen.
- Der Prozess zum Bezug der Gutscheine ist zweckmässig und effizient. Die Gutscheine werden ausschliesslich im Beratungsprozess gesprochen. Dadurch ist die Vergabe zweckgebunden und niederschwellig möglich, auch ohne die genauen finanziellen Verhältnisse immer im Detail zu überprüfen.
- Vielseitiger und flexibler Einsatz der Gutscheine ist möglich. Die Offenheit der Einsatzmöglichkeiten ermöglicht eine Abdeckung von verschiedenen Optionen innerhalb der vier Wirkungsbereiche.
- Weniger finanzielle Mittel als ursprünglich vorgesehen wurden eingesetzt. Es wurden nur knapp 50% der geplanten Ausgaben verwendet. Dies liegt daran, dass zuerst alle Angebote versucht werden, durch andere Sozialversicherungen abzurechnen und erst am Schluss durch die Gutscheine finanziert werden. Das verwendete Geld rentiert sich in der Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen aber durchaus, insbesondere wenn davon ausgegangen werden kann, dass in der Zukunft noch mehr Personen davon profitieren können.
- Die Gutscheine werden bedarfs- und bedürfnisorientiert eingesetzt. Oft wird schon durch die Beratung ein Angebot in Betracht gezogen, das zuvor abgelehnt wurde.
- Personen können länger im häuslichen Umfeld verbleiben. Auch wenn der kausale Zusammenhang mit den Gutscheinen und den verzögerten Heimeintritten nicht eindeutig belegt werden kann, äussern insbesondere pflegende Angehörige grosse Entlastung, was zu einem späteren Heimeintritt führt.

4.1.4 Zukunft

Eine grundlegende Empfehlung ist die Weiterführung des Projekts, da sich sowohl der Prozess der Zusprache als auch die Gutscheine selbst bewährt haben. Relevant ist die weitere Bekanntmachung des Projekts und die Beibehaltung der Anlaufstelle «Alter», da diese eine zielgerichtete und effiziente Vergabe der Gutscheine ermöglicht. Jedoch müssten noch mehr externe Akteure geschult werden. Da fast die Hälfte der Kontakte der Anlaufstelle durch ebendiese zustande kam, ist eine Intensivierung und Verbesserung dieser Kooperationen von grosser Bedeutung für den zukünftigen Erfolg des Projekts. So können noch mehr Personen von den Gutscheinen profitieren. Die Evaluation zeigt weiter, dass die flexible Gestaltung der Gutscheine beibehalten werden sollte, da sie es ermöglicht, auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen einzugehen. Gleichzeitig wird empfohlen, weiterhin eine sorgfältige Bedarfsabklärung durch die MitarbeiterInnen der Anlaufstelle durchzuführen, um den gezielten und effizienten Einsatz der Gutscheine sicherzustellen. In Zukunft könnten jedoch Kriterien für die Vergabe der Gutscheine definiert werden. Dies könnte dazu führen, dass falsche Erwartungen minimiert und so die Zuweisungen besser ausgeschöpft werden. Eine mögliche Änderung wäre, kleinere Gutscheine zu vergeben, die von externen Akteuren ausgehändigt werden könnten.

Weiter deutet die Tatsache, dass das vorgesehene Budget bisher nur zur Hälfte ausgeschöpft wurde, darauf hin, dass in Zukunft möglicherweise mehr Gutscheine vergeben werden könnten. Dies wäre durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und eine noch bessere Erreichung der Zielgruppen realisierbar. Das Budget könnte jedoch auch nach unten korrigiert werden (Bieri et al., 2022, S. 43–44).

4.2 Betreuungsgutsprachen Bern

Seit Mai 2019 bietet das dreijährige Pilotprojekt "Betreuungsgutsprachen" im Kanton Bern AHV-RentnerInnen finanzielle Unterstützung für Betreuungs- und Hilfsleistungen an. Die Teilnahme hängt von Einkommens- und Vermögensgrenzen ab und die Leistungen werden von der Pro Senectute organisiert und verwaltet (Kägi et al., 2021b, S. 29–30). Ziel ist es, durch Mitfinanzierung von Diensten wie Wohnanpassungen, Notrufsysteme, Haushaltshilfen und betreutes Wohnen, das selbstbestimmte Leben und die Lebensqualität älterer Menschen zu fördern, damit es nicht zu Heimeintritten kommt, die auf fehlende ambulante Unterstützungsangebote zurückzuführen sind. Evaluationen zeigen positive Auswirkungen auf die Betroffenen, insbesondere bei der Ernährung und sozialen Integration (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 24–34).

4.2.1 Hintergrund und Zielsetzung

Seit Mai 2019 können AHV-RentnerInnen in Bern «Betreuungsgutsprachen» beim Kompetenzzentrum Alter beantragen. Dieses dreijährige Pilotprojekt bietet finanzielle Unterstützung für diverse Betreuungs- und Hilfsleistungen wie Wohnanpassungen, Notrufsysteme, Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste, Mittagstische, sowie Besuchs- und Entlastungsdienste. Auch Beiträge zu betreuten Wohnformen sind inbegriffen, wobei der Schwerpunkt auf Hilfeleistungen liegt. Ziel des Projekts ist es, zu untersuchen, ob die Mitfinanzierung solcher Dienste das selbstbestimmte Wohnen und die Lebensqualität der älteren Menschen fördert und ob dadurch Heimeintritte vermieden oder verzögert werden können.

Die finanzielle Unterstützung richtet sich an Personen, die bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschreiten. Für Einzelpersonen liegt die Einkommensgrenze bei 32'000 CHF und die Vermögensgrenze bei 37'500 CHF, während sie für Ehepaare bei 48'000 CHF Einkommen und 60'000 CHF Vermögen liegen (Kägi et al., 2021b, S. 29–30). Laut der Homepage der Stadt Bern wurden die Eintrittsschwellen in der Zwischenzeit angepasst. Neu dürfen Einzelpersonen 38'500 CHF Einkommen und 30'000 CHF Vermögen haben, Paare hingegen 57'100 CHF Einkommen und 50'000 CHF Vermögen (Stadt Bern, 2024).

Die Anmeldung für das Programm erfolgt über die Pro Senectute, welche auch die Bedarfsabklärung durchführt. Eine Fachperson von Pro Senectute besucht die antragstellende Person zu Hause und erstellt eine Empfehlung für das Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern. Dieses prüft daraufhin die finanziellen Verhältnisse und entscheidet innerhalb von zwei Wochen über Inhalt, Höhe und Dauer der Leistung. Auch wenn die finanziellen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, können ältere Menschen eine kostenlose Gesundheitsberatung bei der Pro Senectute Region Bern in Anspruch nehmen.

Die Pro Senectute unterstützt die Berechtigten bei der Auswahl der Anbieter und Organisation der Dienstleistungen. Diese Leistungen werden in der Regel von gemeinnützigen Organisationen in Bern erbracht. Unterschiedliche Maximalbeträge gelten für die verschiedenen Dienstleistungsformen. Insgesamt können Leistungen bis zu einem Höchstbetrag von 500 CHF pro Monat bzw. 6000 CHF pro Jahr kumuliert werden. Die Kosten werden gegen Vorlage von Rechnungskopien erstattet. Im Bereich der Besuchs- und Begleitdienste können monatlich bis zu 200 CHF bezogen werden, was etwa 10 Stunden Begleitung finanzieren soll. Zudem können soziale Aktivitäten mit bis zu 80 CHF pro Monat gefördert werden (Kägi et al., 2021b, S. 29–30).

Die entsprechenden Dienstleistungen – auch Module genannt – beinhalten laut Soom Ammann und Blaser folgendes (2022, S. 12):

- Notrufsysteme zur Erhöhung der Sicherheit (Modul «Sicherheit»)
- Wohnungsanpassungen und Hilfsmittel (Modul «Hindernisfreies Wohnen/Hilfsmittel»)
- Mahlzeitendienste und/oder Mittagstische (Modul «Mahlzeitendienste und Mittagstische»)
- Besuchs- und Begleitdienste, soziale Aktivität, Administration (Modul «Integration und Administration»)
- Haushaltshilfen (Modul «Haushalt»)
- Beiträge für eine betreute Wohnform (Modul «Betreute Wohnformen»)

4.2.2 Auswirkung auf Betroffene

Die finanzielle Entlastung hat eine der grössten Auswirkung. Viele Betroffene leben in bescheidenen finanziellen Verhältnissen, und die Gutsprachen ermöglichen ihnen den Zugang zu notwendigen Unterstützungsleistungen. Dies ist besonders relevant für alleinlebende Frauen und Personen mit Migrationshintergrund, die ein erhöhtes Armutsrisiko aufweisen. Die Gutsprachen tragen auch zur Prävention bei. Bei Personen mit noch geringer Fragilität können frühzeitig einsetzende, passende Unterstützungsangebote präventiv wirken und einen längeren Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen. Dies entspricht dem Wunsch vieler Betroffener (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 24).

Die Inanspruchnahme der Leistungen variiert stark zwischen den Betroffenen. Während Einige die Gutsprachen umfassend nutzen, nehmen andere nur das Nötigste in Anspruch. Dies kann verschiedene Gründe haben, wie persönliche Einstellungen oder frühere Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten. Die Möglichkeit selbst zu entscheiden, welche Leistungen man in Anspruch nimmt, stärkt das Gefühl der Selbstbestimmung (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 27). Nicht immer können die ursprünglichen Wünsche der Betroffenen erfüllt werden. Von 29 Personen, die bei der Anmeldung eine klare Vorstellung hatten, konnten nur 20 die gewünschte Leistung beziehen. Dies zeigt, dass sich die Bedürfnisse und der tatsächliche Bedarf der jeweiligen Leistungen nicht immer decken. Die Gutsprachen haben auch Auswirkungen auf die soziale Integration der Betroffenen. Das Modul Integration wurde am häufigsten bewilligt, jedoch am seltensten genutzt. Dies deutet darauf hin, dass der Bedarf an sozialer Teilhabe zwar erkannt wird, die Umsetzung aber Herausforderungen mit sich bringt (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 28).

4.2.3 Evaluation und Ergebnisse

Die Auswertung der Betreuungsgutsprachen zeigt insgesamt positive Effekte auf die beteiligten Personen. Im ersten Jahr des Bezugs dieser Leistungen konnten in allen

durchgeführten Screenings durchschnittliche Verbesserungen festgestellt werden. Besonders auffällig war eine statistisch signifikante Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, während in anderen Bereichen positive Tendenzen zu erkennen waren. Die Sturzhäufigkeit sank von 64,2% auf 50,9% der Betroffenen (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 30–31). Bei der Betrachtung der einzelnen Module zeigten sich folgende Ergebnisse:

Modul Ernährung

Dieses Modul zeigte einen deutlich positiven Effekt. Personen, die das Ernährungsmodul bezogen, verbesserten ihren Ernährungszustand signifikant, während er sich bei Nicht-Beziehenden verschlechterte. Dieser positive Trend setzte sich auch im zweiten Bezugsjahr fort. Das Modul Ernährung wurde am häufigsten bezogen und war aufgrund der hohen Frequenz (meist täglich) mit den höchsten Gesamtkosten verbunden. Die Wirkung dieses Moduls ging über die reine Ernährungsverbesserung hinaus. Viele NutzerInnen berichteten von einer Steigerung ihres Wohlbefindens und ihrer Lebensqualität. Zudem führte die regelmässige Versorgung mit Mahlzeiten oft zu einer Strukturierung des Tagesablaufs und bot Anlass für soziale Kontakte, beispielsweise beim gemeinsamen Essen bei Mittagstischen (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 26 & 32).

Modul Integration

Das Integrationsmodul zeigte einen positiven Effekt, sowohl nach einem als auch nach zwei Bezugsjahren. Personen, die dieses Modul kontinuierlich nutzten, schätzten ihre sozialen Kontakte und Aktivitäten deutlich positiver ein als vor der Unterstützung. Interessanterweise wurde für dieses Modul am häufigsten eine Gutsprache erteilt, es wurde jedoch im Verhältnis zu den erteilten Gutsprachen am seltensten bezogen. In der subjektiven Beurteilung der bezogenen Leistungen standen der Gewinn einer unterstützenden Beziehung und die Gesprächsmöglichkeit an erster Stelle. Dadurch hat sich die erlebte Einsamkeit der Leistungsbeziehenden merklich verringert. Sie haben an Lebensfreude und psychischer Stabilität gewonnen. Die Unterstützung ermöglichte den Personen Spaziergänge, begleitetes Einkaufen und auch kleinere Ausflüge (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 26–34).

Modul Haushaltshilfe

Dieses Modul wies die höchste Bezugsrate auf. Es war nur für Personen ohne Ergänzungsleistungen (EL) zugänglich, da EL-Beziehende diese Leistung bereits über die EL finanziert bekamen. Die Haushaltshilfe gehörte zu den finanziell aufwändigeren Modulen, gemessen am Betrag pro Person. Die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe führte zu psychischer Entlastung und Erleichterung, nicht nur bei den Leistungsbeziehenden, sondern auch bei deren Angehörigen. Viele NutzerInnen berichteten von einem erhöhten Gefühl der

Selbstständigkeit, da sie durch die Unterstützung im Haushalt länger in ihrer gewohnten Umgebung bleiben konnten (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 26–34).

Modul Betreute Wohnform

Ähnlich wie das Integrationsmodul wurde dieses Modul selten bezogen, obwohl Gutsprachen dafür vorlagen. Es gehörte zu den finanziell aufwändigeren Modulen pro Person. Von den 13 Personen, die im Projektverlauf Leistungen aus diesem Modul bezogen haben, waren zur ersten Bedarfsüberprüfung noch 9 Personen im Projekt verbleibend. 5 dieser Personen sind erst nach der ersten Bedarfsüberprüfung in ein Betreutes Wohnen gezogen. Bei zwei Personen erfolgte der Umzug, weil sie die Zugangstreppen zu ihren Wohnungen nicht mehr bewältigen und so die Wohnung nicht mehr verlassen konnten (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 26–34).

Modul Hindernisfreies Wohnen/Hilfsmittel

Für dieses Modul wurden am seltensten Gutsprachen erteilt. Der Bezug von Leistungen in diesem Modul führte zu einem deutlich erhöhten Sicherheitsgefühl, zu einem verminderten Sturzrisiko, zu einer verbesserten Selbständigkeit und in Einzelfällen auch zu einer besseren Mobilität. Obwohl es am seltensten genutzt wurde, hatte es oft eine grosse Wirkung auf die Lebensqualität der Nutzenden, da es ihnen ermöglichte, sicherer und selbstständiger in ihrer gewohnten Umgebung zu leben (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 26–34).

Modul Sicherheit

Dieses Modul wurde nur von 42.7% von allen empfohlenen Personen in Anspruch genommen. Der Bezug von Leistungen im Modul Sicherheit führte bei den Leistungsbeziehenden zu einem erhöhten Gefühl der Sicherheit in ihrem Alltag. Dieses gesteigerte Sicherheitsgefühl hatte positive Auswirkungen auf das allgemeine Wohlbefinden der NutzerInnen. Zudem bewirkte es eine psychische Entlastung und Erleichterung, nicht nur bei den Leistungsbeziehenden selbst, sondern auch bei deren Angehörigen (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 26–34).

4.2.4 Zukunft

Das Projekt hat sich in vielen Aspekten als erfolgreich erwiesen und zeigt Potenzial für eine Überführung ins Regelangebot in der Stadt Bern sowie für eine mögliche Multiplikation in anderen Regionen. Zu den Stärken des Projekts gehört die klare Zielgruppendefinition, die nicht nur EL-Beziehende einschloss, sondern auch Personen knapp über der EL-Grenze (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 42). Dies ermöglichte es, eine oft vernachlässigte Gruppe zu erreichen. Der niederschwellige Zugang zum Angebot, trotz des notwendigen Abklärungsaufwands, erwies sich als effektiv. Die breite Bekanntmachung über verschiedene Kanäle, insbesondere durch Beistandspersonen, die Pro Senectute und Angehörige, trug zur

guten Erreichbarkeit bei. Wichtig ist, dass in Zukunft Personen im AHV-Alter wiederholt auf das Angebot und den Zugang dazu aufmerksam gemacht werden (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 44). Allerdings gibt es auch Herausforderungen. Eine davon ist die teilweise geringe Ausschöpfung der Gutsprachen. Gründe hierfür waren unter anderem der erhöhte administrative und organisatorische Aufwand, Diskrepanzen zwischen ausgewiesenem Bedarf und Selbsteinschätzung des Bedürfnisses, oder dass die möglichen Leistungen nicht den Wünschen der EmpfängerInnen entsprach (Soom Ammann & Blaser, 2022, S. 46). Für die Zukunft des Projekts wird empfohlen, die vorgängigen Hausbesuche für die Abklärungen durch die Pro Senectute beizubehalten. Der niederschwellige Zugang sollte beibehalten und die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren weiter gestärkt werden.

4.3 Kanton Waadt

Der Kanton Waadt hat eine umfassende Struktur für die ambulante Versorgung älterer Menschen etabliert. Es bietet ganzheitliche Unterstützung zur Erhaltung der Autonomie im häuslichen Umfeld an (Kägi et al., 2021b, S. 32–34). Das Modell basiert auf interdisziplinärer Zusammenarbeit und einer Mischfinanzierung. Mit der Strategie "Viellir2030" werden weitere Verbesserungen angestrebt (Knapfer, Tabin, Flückiger & Panese, 2023, S. 30).

4.3.1 Hintergrund und Zielsetzung

Die ambulante Versorgung älterer Menschen im Kanton Waadt basiert auf einem integrierten Ansatz, der durch ein komplexes Netzwerk von Dienstleistenden realisiert wird. Im Zentrum steht die «association vaudoise d'aide et de soins à domicile» (kantonale Vereinigung für häusliche Hilfe und Pflege), kurz AVASAD, die als übergeordnete Koordinationsinstanz fungiert. Die operative Umsetzung erfolgt dezentral durch die medizinisch-sozialen Zentren (CMS), die als lokale Anlaufstellen dienen. Das Leistungsspektrum umfasst ein breites Angebot, das von klassischen pflegerischen Tätigkeiten über hauswirtschaftliche Unterstützung bis hin zu psychosozialer Betreuung reicht. Bemerkenswert ist dabei der ganzheitliche Ansatz, der neben der physischen Versorgung auch Aspekte wie Ernährungsberatung, Mobilitätsförderung und administrative Hilfestellungen einschliesst. Die ambulante Versorgung im Kanton Waadt verfolgt primär das Ziel, die Autonomie und Lebensqualität von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in ihrer häuslichen Umgebung zu maximieren. Die Finanzierung dieses Systems basiert auf einem Mischmodell: Während ein Teil der Leistungen über die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt wird, übernimmt der Kanton die Subventionierung bestimmter Angebote. Für Personen im AHV-Alter kann dies beispielsweise das Wahrnehmen einer Sozialberatung sein. Für einige Dienstleistungen, wie etwa die Haushaltshilfe, wird ein moderater Stundensatz von 26 CHF erlassen. Bei finanzieller Bedürftigkeit können zusätzliche Unterstützungsleistungen beantragt werden. Ein Schlüsselement des Waadtländer Modells ist die interdisziplinäre

Zusammensetzung der CMS-Teams. Diese umfassen Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen wie Pflege, Ernährungsberatung, Sozialarbeit und Ergotherapie. Durch die Benennung einer zentralen Ansprechperson für alle betroffenen Personen wird eine kohärente Betreuung sichergestellt. Der personenzentrierte Ansatz manifestiert sich in der aktiven Einbindung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in die Gestaltung und regelmässige Anpassung der individuellen Versorgungspläne (Kägi et al., 2021b, S. 32–34).

4.3.2 Evaluation und Ergebnisse

Im Jahr 2023 erhielten insgesamt 3209 Personen finanzielle Unterstützung, um Dienstleistungen wie Haushaltshilfen, Familienhilfe und Wachdienste etc. in Anspruch zu nehmen. Diese Leistungen werden nicht von den Krankenkassen abgedeckt, sind jedoch entscheidend für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und den Verbleib im eigenen Zuhause. Die Unterstützung ermöglicht es den Betroffenen, alltägliche Herausforderungen besser zu bewältigen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Haushaltshilfen und Familienhilfe entlasten bei täglichen Aufgaben, während Wachdienste zusätzliche Sicherheit bieten. Durch die finanzielle Hilfe werden die Kosten für diese Dienstleistungen gedeckt, was die finanzielle Belastung für die Betroffenen und ihre Familien reduziert. Somit tragen diese Massnahmen wesentlich dazu bei, dass Menschen länger in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben können, ohne auf stationäre Pflegeeinrichtungen angewiesen zu sein. (AVASAD, 2023, S. 21).

Im Kanton Waadt sind insgesamt 38'204 Personen auf Unterstützungsleistungen angewiesen, was einen Anstieg von 3,6% gegenüber dem Vorjahr darstellt. Von diesen Klienten sind 76,2% im Pensionsalter, wobei die grösste Gruppe mit 32,7% Personen über 85 Jahren umfasst. Diese Zahlen verdeutlichen die wachsende Bedeutung von Unterstützungsleistungen für ältere Menschen und den steigenden Bedarf an entsprechenden Dienstleistungen in dieser Altersgruppe (AVASAD, 2023, S. 25).

4.3.3 Zukunft

Im Rahmen der Altersstrategie „Viellir2030“ hat der Kanton Waadt 6 Schwerpunkte gelegt, in welchen Massnahmen für die Zukunft erfolgen sollen. Diese umfassen die Verbesserung des Zugangs zu Sozial- und Gesundheitsleistungen Leistungen für SeniorInnen und ihre Angehörigen, die Begleitung von Übergängen im Lebenslauf, die Aufwertung der Partizipation sowie der sozialen Bindungen und die Bekämpfung von Altersdiskriminierung. Darüber hinaus werden die Förderung der Autonomie und der Würde im Alter, die Bereitstellung eines vielfältigen Lebensumfelds zur Unterstützung eines gesunden Alterns sowie die Führung, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Sicherheit der Leistungen hervorgehoben (Knutter et al., 2023, S. 17).

Entsprechende Massnahmen können beispielsweise sein:

- Präventive Hausbesuche (bestehendes Projekt) (Knupfer et al., 2023, S. 19)
- Mehr Begleitung am Lebensende – Entscheide am Lebensende ermöglichen (Knupfer et al., 2023, S. 21)
- Generationsübergreifende Projekte wie z.B. «Grosseltern von Herzen» (Knupfer et al., 2023, S. 23)
- Hospitalisierung von Senioren im häuslichen Umfeld zur Vermeidung von stationären Aufhalten (Machbarkeitsstudie) (Knupfer et al., 2023, S. 25)
- Zu Hause alt werden (Wohnanpassung, präventive Betreuung etc.) (bestehendes Projekt) (Knupfer et al., 2023, S. 27)
- Implementierte Sensibilisierungsschulung für ärztliche Dienste in Ausbildung, um das Kompetenzniveau zu erhöhen (bestehendes Projekt) (Knupfer et al., 2023, S. 29)

Die Initiierung von 38 Pilotprojekten im Rahmen von Viellir2030 ist für das Jahr 2024 vorgesehen. Dieses Programm basiert auf den zentralen Prinzipien der Partizipation und interprofessionellen Kooperation. Viellir2030 repräsentiert somit einen innovativen Ansatz in der Konzeption und Implementierung alterspolitischer Massnahmen. Diese Neuausrichtung verspricht eine signifikante Transformation in der Gestaltung und Umsetzung von Alterspolitik (Knupfer et al., 2023, S. 30).

4.4 Exkurs: Betreuungs- und Pflegegeld für alle - das Liechtensteiner Modell

Als Reaktion auf die demografische Veränderung hat das Fürstentum eine umfassende Altersstrategie entwickelt, die auf eine hohe Lebensqualität und aktive Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben abzielt (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, & Ministerium für Gesellschaft und Kultur, 2023, S. 2 & 5). Ein zentrales Element dieser Strategie ist das seit 2010 bestehende Betreuungs- und Pflegegeld, das unabhängig vom Alter für gesundheitsbedingte Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld gewährt wird (Liechtensteinische AHV-IV-FAK-Anstalten, 2024, S. 1). Dies wird nun im folgenden Kapitel erläutert.

4.4.1 Hintergrund und Zielsetzung

Die Altersstrategie Liechtensteins, wurde vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Herausforderungen für die Gesellschaft entwickelt. Die Vision lautet folgendermassen (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, & Ministerium für Gesellschaft und Kultur, 2023):

Liechtenstein ist ein Land mit hoher Lebensqualität. Bis ins hohe Alter können die Einwohnerinnen und Einwohner aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, ihre Ressourcen einbringen sowie möglichst unabhängig und selbstbestimmt leben. Die

Generationen unterstützen sich gegenseitig. Land, Gemeinden, Wirtschaft, die Gesellschaft als Ganzes sowie jede und jeder Einzelne nehmen dafür gemeinsam Verantwortung wahr. (S. 2& 5)

Voraussetzungen für den Bezug von Betreuungs- und Pflegegeld, welches im Gesetz seit 2010 besteht und ausgeführt wird, sind ein Wohnsitz in Liechtenstein, gesundheitsbedingt, voraussichtlich mehr als drei Monate andauernde Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld, Dritthilfe bei alltäglichen Lebensverrichtungen in der Betreuung zuhause und in der Pflege, sowie eine vorhandene Einstufung durch die Fachstelle. Zudem muss ein Betreuungs- und Pflegekonzept vorliegen. Die Leistungen sind somit nicht von einem bestimmten Alter abhängig (Liechtensteinische AHV-IV-FAK-Anstalten, 2024, S. 1). Die Höhe des Betreuungs- und Pflegegeldes hängt von der Einstufung durch die Fachstelle ab. Stufe 1 ergibt einen Beitrag von 10 CHF/ Tag, Stufe 6 ergibt 180 CHF / Tag. Zusätzlich kann eine Hilflosenentschädigung bezogen werden (Liechtensteinische AHV-IV-FAK-Anstalten, 2024, S. 2). Übernommen werden Leistungen in folgenden Bereichen:

- Haushalt
- Verpflegung
- Beaufsichtigung / Betreuung
- Körperpflege und Bekleidung
- Mobilisation
- Ausscheidung
- Atmung
- Pflegehandlungen

Wer diese Leistungen ausführt, ist dabei irrelevant. So ist es möglich, professionelle Hilfe anzunehmen, oder aber private Unterstützung zu entlönnen. Einzig relevant ist, dass die Leistungen im häuslichen Umfeld stattfinden. Die erbrachten Leistungen können von der Spitex überprüft werden. Zudem müssen die Leistungen ausgewiesen werden. So wird sichergestellt, dass die Leistungen zweckmässig erbracht werden. Das der Person zustehende Betreuungs- und Pflegegeld wird der betroffenen Person am Anfang des Monats ausbezahlt (Kägi et al., 2021b, S. 26–27).

2014 flossen 11% der Gelder in Leistungen von Familienhilfeorganisationen, 13% an inländische 24-Stunden-Betreuungsagenturen und 76% flossen in die Anstellung von Angehörigen oder nicht über Agenturen vermittelte Betreuungspersonen (Lorenz, Beck & Augsburg, 2017, S. 38).

4.4.2 Evaluation und Ergebnisse

Der Jahresbericht zeigt, dass im Jahr 2023 insgesamt 762 Personen Anspruch auf Betreuungs- und Pflegegelder (BPG) hatten, wobei etwa 56% der Anspruchsberechtigten Frauen waren. Diese Geschlechterverteilung spiegelt sich auch in den höheren Altersgruppen wider, insbesondere ab dem Alter von 80 Jahren, was auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückzuführen ist. Die meisten BezügerInnen im AHV-Alter befinden sich in den Pflegestufen 1 und 2. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch der Pflegebedarf wieder. Dies wird durch die Tatsache unterstrichen, dass die Betreuungsbedürftigkeit im Alter naturgemäss zunimmt, was die höhere Anzahl der bearbeiteten Fälle bei Personen über 65 Jahren erklärt. Eine detaillierte Analyse zeigt, dass von den 823 erfassten Fällen im Jahr 2023 bei 762 Personen die Pflegekonzepte erfasst wurden. In den meisten Fällen, in denen Betreuungs- und Pflegegeld zugesprochen wurde, waren Angehörige zumindest bei der Administration oder Organisation beteiligt, oft unentgeltlich (Familienhilfe Liechtenstein, 2024, S. 6–7). Bemerkenswert ist, dass 22,8% der BPG-Bezüger ausschliesslich von einer angehörigen Person betreut wurden, während nur 3,1% ausschliesslich externe Unterstützung in Anspruch nahmen. Die Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege verzeichnete im Jahr 2023 eine erhebliche Zunahme bei den Neuabklärungen und Revisionen im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt wurden 201 Neuabklärungen und 610 Revisionen durchgeführt. Diese Entwicklungen und die kontinuierlich steigende Zahl der BezügerInnen von Betreuungs- und Pflegegeld zeigen die wachsende Bedeutung der häuslichen Betreuung und Pflege in Liechtenstein und die Notwendigkeit, die entsprechenden Unterstützungsstrukturen weiter auszubauen und anzupassen (Familienhilfe Liechtenstein, 2024, S. 6–8).

4.4.3 Zukunft

Es wird bemängelt, dass sowohl die Hilflosenentschädigung als auch die Betreuungs- und Pflegegelder mit dem Ziel, bei festgestelltem Unterstützungsbedarf zu unterstützen, greifen. Dies bedeutet, dass für die gleichen Leistungen doppelte Zahlungen erfolgen. Dies soll vermieden werden. Eine der grössten Schwierigkeiten ist der steigende Kostendruck. Die Kosten für Pflege und Betreuung steigen jährlich um mindestens 4.8% bis 2030 und um 3.6% bis 2050, was zu einer Verdopplung der Gesamtkosten bis 2030 führen wird. Dies liegt vor allem an der zunehmenden Anzahl hochaltriger Menschen, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen müssen. Der Anteil der öffentlichen Hand an den Pflegekosten wird sich ebenfalls erhöhen, was die finanziellen Belastungen der heutigen Finanzierungsträger stark ansteigen lässt (Lorenz et al., 2017, S. 65).

Das Konzept des Pflegekapitals wird als möglicher Ansatz zur Bewältigung der steigenden Kosten in der Alterspflege und -betreuung vorgeschlagen. Es basiert auf der Idee, dass jede Person ab einem bestimmten Alter (z.B. 45, 50 oder 55 Jahre) monatlich einen Betrag in ein

persönliches, zweckgebundenes Pflegekapital einzahlte. Dieses angesparte Kapital wäre für die Finanzierung von Pflege- und Betreuungskosten im Alter vorgesehen. Ein wesentlicher Aspekt des Pflegekapitals ist seine Vererbbarkeit. Nicht verwendetes Kapital könnte im Todesfall vererbt werden, was Anreize für Angehörige schafft, selbst Betreuungsleistungen zu erbringen (Lorenz et al., 2017, S. 66). Im Gegensatz zu klassischen Versicherungslösungen gibt es beim Pflegekapital keine Umverteilung zwischen Jung und Alt oder zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Jeder spart individuell für sich. Die Einführung eines Pflegekapitals würde eine schrittweise Implementierung erfordern, da es eine lange Anlaufzeit benötigt. Mit der Zeit könnten bestehende Subventionen für Heimkosten, ambulante Leistungen, Betreuungs- und Pflegegeld sowie Hilflosenentschädigungen schrittweise reduziert. Ein wichtiges Ziel des Pflegekapitals ist die Stärkung der Eigenverantwortung, indem die finanzielle Verantwortung für Pflege und Betreuung im Alter teilweise auf den Einzelnen übertragen wird. Allerdings müssten Regelungen für Personen getroffen werden, die finanziell nicht in der Lage sind, ein Pflegekapital aufzubauen. In solchen Fällen würde die öffentliche Hand weiterhin mit Unterstützungsleistungen einspringen (Lorenz et al., 2017, S. 66). Als Alternative dazu beschreibt die Regierung des Fürstentums Liechtensteins, dass auch die zweite Säule umstrukturiert werden könnte, so dass Geld für diesen Zweck verwendet werden kann, wenn eine Alterspflege- oder Betreuung notwendig würde, da diese das gleiche Ziel verfolgt: obligatorisches Ansparen von Kapital, welches im Alter benötigt wird (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2020, S. 59–62). Eine weitere Möglichkeit wäre die Einführung einer Betreuungs- und Pflegeversicherung, welches die Leistungen für Betreuung und Pflege im Alter durch Taggelder ausbezahlt. Die bisherigen Betreuungs- und Pflegegelder würden dann für Personen unterhalb des AHV Alters weiterhin bestehen bleiben (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2020, S. 62–63).

Die Altersstrategie Liechtensteins und das bestehende System des Betreuungs- und Pflegegeldes zeigen einen proaktiven Ansatz zur Bewältigung der Schwierigkeiten, die der demografische Wandel mit sich bringt. Die steigende Zahl der Leistungsbeziehenden und der wachsende Kostendruck verdeutlichen jedoch die Notwendigkeit weiterer Anpassungen (Familienhilfe Liechtenstein, 2024, S. 6–8). Innovative Konzepte wie das Pflegekapital oder eine Umstrukturierung der zweiten Säule werden als mögliche Lösungsansätze diskutiert, um die langfristige Finanzierbarkeit und Qualität der Alterspflege zu sichern (Lorenz et al., 2017, S. 65–66). Die Stärkung der Eigenverantwortung bei gleichzeitiger Gewährleistung sozialer Absicherung bleibt dabei eine zentrale Aufgabe. Die kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Strategien wird entscheidend sein, um den sich wandelnden Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden und die Vision eines Liechtensteins mit hoher Lebensqualität für alle Altersgruppen zu verwirklichen (Regierung des Fürstentums Liechtenstein, 2020, S. 59–63).

4.5 Zuschüsse für Betreuung und Hilfsmittel - Stadt Zürich

Die Stadt Zürich bietet seit Januar 2024 ein spezielles Unterstützungsprogramm für AHV-RentnerInnen an, die Zusatzleistungen beziehen. Das Programm «Zuschüsse für Betreuung und Hilfsmittel» zielt darauf ab, älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in ihrem eigenen Zuhause zu ermöglichen, indem es finanzielle Zuschüsse für Betreuung und Hilfsmittel bereitstellt. Zum Pilotprojekt bestehen noch keine Evaluationsdaten. Vollständigkeitshalber wird dieses Angebot mit den wichtigsten Aspekten ebenfalls kurz beschrieben.

4.5.1 Anforderungen und Leistungsübersicht

Berücksichtigt werden Personen, welche eine AHV- Rente und zudem Zusatzleistungen beziehen. Zudem müssen sie seit mindestens fünf Jahren in der Stadt Zürich wohnen und im häuslichen Umfeld wohnen. Personen im Alters- und Pflegeheim können keine dieser Leistungen geltend machen (Stadt Zürich, 2024, S. 1).



Abbildung 12. Betreuungsleistungen

Quelle: Eigene Darstellung (Stadt Zürich, 2024, S. 1–2)

Leistungen können im Bereich Betreuung und/ oder Hilfsmittel erfolgen. Die konkreten Leistungen im Bereich Betreuung und Hilfsmittel können den Abbildungen 12 und 13 entnommen werden (Stadt Zürich, 2024, S. 1–2).

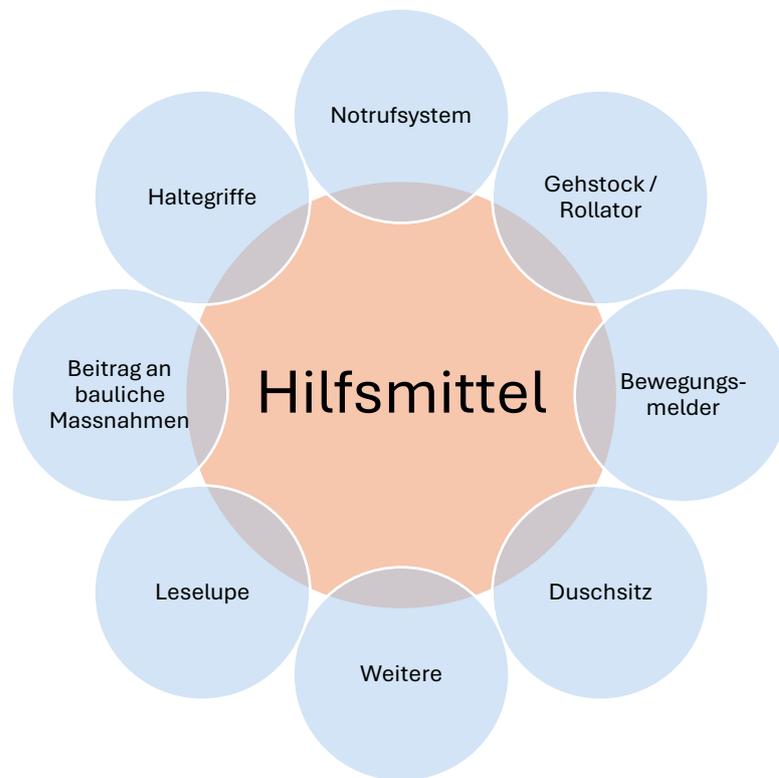


Abbildung 13. Hilfsmittel

Quelle: Eigene Darstellung (Stadt Zürich, 2024, S. 1–2)

4.5.2 Ablauf & Finanzierung

Die Fachstelle Zürich im Alter führt im ambulanten Setting umfassende Abklärungen durch, um festzustellen, welche Betreuungsleistungen und Hilfsmittel für AHV-RentnerInnen am geeignetsten sind. Diese Abklärungen erfolgen direkt im häuslichen Umfeld der Betroffenen und berücksichtigen deren individuelle Bedürfnisse und Lebensumstände. Nach Abschluss der Bedarfsabklärung erstellt die Fachstelle detaillierte Empfehlungen, die an das Amt für Zusatzleistungen übermittelt werden. Auf Grundlage dieser Empfehlungen spricht das Amt für Zusatzleistungen eine Kostengutsprache aus. Diese Kostengutsprache ermöglicht es den Berechtigten, die empfohlenen Leistungen in Anspruch zu nehmen, indem sie die anfallenden Kosten bis zu einem festgelegten Höchstbetrag übernimmt. Dadurch wird sichergestellt, dass finanzielle Hürden die Inanspruchnahme notwendiger Unterstützung nicht behindern (Stadt Zürich, 2024, S. 2).

Die Rolle der Fachstelle endet jedoch nicht mit der Bedarfsabklärung und der Erstellung von Empfehlungen. Die Fachstelle unterstützt die Betroffenen aktiv bei der Organisation und

Anmeldung der entsprechenden Betreuungs- und Unterstützungsangebote. Die finanziellen Rahmenbedingungen des Programms sind klar definiert. Für Betreuungsleistungen können pro Jahr Zuschüsse in Höhe von maximal 9600 Franken gewährt werden. Diese Summe deckt eine Vielzahl von Dienstleistungen ab, die zur Erhaltung der Lebensqualität und Selbstständigkeit der Betroffenen beitragen. Für die Anschaffung von Hilfsmitteln, die den Alltag erleichtern und die Sicherheit erhöhen, können innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren Zuschüsse von bis zu 3000 Franken beantragt werden. Dieses strukturierte Vorgehen der Fachstelle Zürich im Alter und des Amtes für Zusatzleistungen gewährleistet, dass die Unterstützung zielgerichtet und bedarfsgerecht erfolgt. Es trägt dazu bei, dass ältere Menschen in Zürich möglichst lange selbstständig und würdevoll in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld leben können (Stadt Zürich, 2024, S. 2).

4.6 Modell «Betreuungsgeld» - ein Blick in die Zukunft

In den vorangegangenen Abschnitten wurden verschiedene Projekte analysiert, die erste Ergebnisse und wertvolle Erkenntnisse zur Finanzierung und Organisation von Betreuungsleistungen liefern konnten. Auf dieser Grundlage wird im folgenden Kapitel das Konzept des Betreuungsgeldes als potenzieller Lösungsansatz für die zukünftigen Herausforderungen in der Betreuung älterer Menschen diskutiert. Das Betreuungsgeld fungiert als Synthese-Modell, das zentrale Erkenntnisse und Ansätze aus den bisherigen Projekten integriert und in einen kohärenten Ansatz überführt.

4.6.1 Anforderungen

Kägi et al. (2021b, S. 103) haben für ein potenzielles Synthese-Modell des Betreuungsgeldes mehrere zentrale Anforderungen definiert, die sicherstellen sollen, dass das Instrument effektiv und zielgerichtet eingesetzt werden kann. Erstens muss das Instrument effektiv sein, indem es eine finanzielle Entlastung für Personen bietet, die Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Dies würde es ihnen ermöglichen, ihren Betreuungsbedarf besser zu decken. Um diese Effektivität zu gewährleisten, ist es wichtig, dass das Instrument zweckgebundene Beiträge umfasst, die spezifisch zur Finanzierung von Betreuungsleistungen verwendet werden.

Darüber hinaus muss das Instrument effizient gestaltet sein. Dies bedeutet, dass die angestrebte Wirkung mit einem vergleichsweise geringen Mitteleinsatz erzielt wird, wobei Mitnahmeeffekte vermieden oder zumindest minimiert werden sollten. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die frühzeitige Erfassung der betroffenen Personen. Das Instrument sollte niederschwellig sein, sodass die Zielgruppen einfach und ohne grosse Hürden Zugang zu den Leistungen erhalten können. Weiter legen die Autoren Wert auf den Einbezug der Zivilgesellschaft und Freiwilligen. Das Modell sollte es ermöglichen, dass diese Gruppen aktiv in die Betreuung eingebunden werden, um so die sozialen Netzwerke und die

gemeinschaftliche Unterstützung zu stärken. Schliesslich wird auch die Sicherstellung der Qualität der erbrachten Leistungen als eine wesentliche Anforderung an das Instrument hervorgehoben. Nur durch die Gewährleistung hoher Standards kann die Akzeptanz und der langfristige Erfolg des Betreuungsgeldes sichergestellt werden.

4.6.2 Subjekt- und Objektfinanzierung

Es gibt verschiedene Ansätze, wie Betreuung Alter finanziert werden kann. Grundsätzlich geht es um Objekt- und Subjektfinanzierung. Beide sind unabhängig von der gewählten Wohnform. Die Finanzierung erfolgt über alle Instanzen: Bund, Kanton, Gemeinde und Eigenbeteiligung (insofern finanziell tragbar).

Subjektorientierte Finanzierung

Das subjektorientierte Finanzierungsmodell richtet sich direkt an die Personen mit Betreuungsbedarf. Die Kernidee dieses Ansatzes ist es, den älteren Menschen mehr Selbstbestimmung und Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen zu ermöglichen. Zunächst erfolgt eine Bedarfsabklärung durch eine Fachstelle, die den individuellen Betreuungsbedarf einer Person ermittelt und ein entsprechendes Stundenkontingent festlegt. Diese Stunden können dann bei anerkannten Leistungserbringern eingelöst werden, wobei die betreuungsbedürftige Person nur einen vergünstigten Tarif bezahlt. Die Differenz zwischen dem vergünstigten Tarif und den tatsächlichen Kosten übernimmt der Kanton, und diese Zahlung erfolgt direkt an den Leistungserbringende. Für Personen mit geringen finanziellen Mitteln können die EL die Kosten des reduzierten Tarifs übernehmen. Ein wesentlicher Vorteil des subjektorientierten Modells liegt in seiner Flexibilität und der Möglichkeit zur individuellen Anpassung der Betreuungsleistungen. Die Betreuungsleistungen können so zusammengestellt werden, dass eine bedarfsgerechte Unterstützung ermöglicht wird. Zudem fördert das Modell die Wahlfreiheit, da die Person selbst entscheiden kann, welche anerkannten Leistungserbringer sie in Anspruch nehmen möchte. Dies steht im Einklang mit dem Konzept der "Guten Betreuung", das sich konsequent an den individuellen Bedürfnissen der betagten Person ausrichtet und neben dem körperlichen auch das psychosoziale Wohlbefinden im Blick behält (Kägi et al., 2021b, S. 103–104).

Objektfinanzierung

Die Objektfinanzierung richtet sich direkt an die Organisationen und Institutionen, die Betreuungsleistungen anbieten. Bei diesem Modell erhalten die Organisationen finanzielle Unterstützung vom Staat, die für spezifische Zwecke vorgesehen ist, wie beispielsweise die Entwicklung und Sicherung von Qualitätsstandards, die Förderung von aufsuchenden und niederschweligen Angeboten sowie die Unterstützung von Projekten zur Verbesserung der Betreuungsqualität. Diese Gelder sind zweckgebunden und ermöglichen eine kontinuierliche

Finanzierung der Betreuungsstrukturen. Ein Vorteil der Objektfinanzierung liegt in der Strukturförderung, da sie den Aufbau und Erhalt einer breiten Betreuungsinfrastruktur ermöglicht. Durch die Förderung von niederschweligen Angeboten wird der Zugang zu Betreuungsleistungen erleichtert und die Entwicklung und Einhaltung von Qualitätsstandards unterstützt. Dies trägt dazu bei, dass eine qualitativ hochwertige Betreuung sichergestellt wird (Kägi et al., 2021b, S. 105–106).

Beide Finanzierungsmodelle haben ihre spezifischen Stärken und können sich gegenseitig ergänzen. Während das subjektorientierte Modell die individuelle Wahlfreiheit und Bedarfsorientierung fördert, stellt die Objektfinanzierung sicher, dass eine breite und qualitativ hochwertige Betreuungsinfrastruktur zur Verfügung steht. Die Kombination beider Ansätze könnte dazu beitragen, die Betreuungssituation älterer Menschen in der Schweiz nachhaltig zu verbessern (Kägi et al., 2021b, S. 103–106).

4.6.3 Lösungsvorschläge

In der Schweiz erhalten ältere Menschen bei Bedarf Pflegeleistungen, wobei ein Grossteil der Kosten von der Krankenversicherung und der öffentlichen Hand übernommen wird. Allerdings werden weiterführende Betreuungsleistungen in der Regel nicht durch diese Institutionen abgedeckt. Da das Wohlbefinden älterer Menschen nicht ausschliesslich durch Pflegedienste gewährleistet werden kann, sollten auch deren weitergehende Bedürfnisse berücksichtigt werden, insbesondere im Hinblick auf soziale Kontakte und Unterstützung im Alltag. Ein signifikanter Mehrbedarf an professioneller Betreuungsleistung im ambulanten Setting wird auf 14-28 Millionen Stunden pro Jahr geschätzt. Die Deckung dieses Bedarfs würde Kosten zwischen 800 Millionen und 1,6 Milliarden CHF pro Jahr verursachen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird prognostiziert, dass sich diese Kosten bis 2050 um 70-170% auf 1,4 bis 4,3 Milliarden CHF erhöhen könnten (Kägi et al., 2021b, S. 115–116).

Das Modell «Betreuungsgeld» stellt eine Lösung dar, das eine Kombination aus subjekt- und objektorientierter Finanzierung bietet. Dieses Modell gibt Flexibilität, da die Kantone die Höhe des Eigenbeitrags festlegen können, wodurch es an regionale Gegebenheiten und finanzielle Möglichkeiten angepasst werden kann. Ein vom Bund unterstütztes Impulsprogramm könnte die Anschubfinanzierung übernehmen und so die politische Realisierbarkeit erhöhen (Kägi et al., 2021b, S. 117–119).

Ergänzend zur Subjektfinanzierung ist die Objektfinanzierung von Betreuungsorganisationen von grosser Bedeutung. Durch finanzielle Förderung von Projekten zur Qualitätsentwicklung und Sicherung kann die Betreuung nachhaltig verbessert werden. Spezifische, aufsuchende Angebote, die eine frühzeitige Erfassung und Betreuung älterer Menschen ermöglichen, sollten ebenfalls unterstützt werden. Freiwillige können in diesen objektfinanzierten Projekten sowie in den subjektfinanzierten Betreuungsangeboten eingebunden werden. Ein

professionelles Management sorgt dabei dafür, dass Freiwillige nicht überfordert werden und optimal eingesetzt werden können. Für die Umsetzung der vorgeschlagenen Modelle ist eine finanziell tragfähige und politisch umsetzbare Lösung erforderlich. Eine flexible Aufteilung der Kosten zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden wird angestrebt, wobei der Bund die Objektfinanzierung und die Bedarfsabklärung dauerhaft übernehmen könnte. Kantone und Gemeinden würden die subjektorientierte Finanzierung tragen. Einkommensabhängige Eigenbeiträge sollen die finanzielle Belastung für schwächere Personen geringhalten, und moderate Erhöhungen der Einkommensteuer könnten bei Bedarf zur Finanzierung herangezogen werden, um eine breite und gerechte Finanzierung sicherzustellen (Kägi et al., 2021b, S. 119–121).

Freiwilligenarbeit soll durch das vorgeschlagene Betreuungssystem nicht verdrängt, sondern gezielt gefördert und integriert werden. Freiwillige können insbesondere in objektfinanzierten, niederschweligen Projekten eingesetzt werden, die durch professionelles Management unterstützt werden. Die Kombination von Fach- und Freiwilligenarbeit ermöglicht es älteren Menschen, flexibel zu entscheiden, ob sie Fachkräfte oder Freiwillige für bestimmte Betreuungsaufgaben in Anspruch nehmen möchten (Kägi et al., 2021b, S. 120–121).

4.7 Bilanz zu Betreuungsmodellen im Alter

Die untersuchten Projekte und Modelle zur Unterstützung älterer Menschen im häuslichen Umfeld zeigen vielversprechende Ansätze, um den wachsenden Herausforderungen in der Altersbetreuung zu begegnen. Die Evaluationen der Betreuungsgutscheine in Bern und der Betreuungs- und Pflegegelder in Liechtenstein belegen positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und Selbstständigkeit der Betroffenen. Insbesondere die Flexibilität der Leistungen und die Möglichkeit, individuell auf die Bedürfnisse der älteren Menschen einzugehen, erweisen sich als Stärken dieser Modelle (Kägi et al., 2021b, S. 26–34). Die Kombination aus subjekt- und objektorientierter Finanzierung, wie im Betreuungsgeld-Modell vorgeschlagen, könnte einen zukunftsweisenden Ansatz darstellen, um die steigende Nachfrage nach Betreuungsleistungen zu bewältigen (Kägi et al., 2021b, S. 117–119). Weiter zeigen die Erfahrungen auch, dass eine sorgfältige Bedarfsabklärung, klare Vergabekriterien und eine effektive Öffentlichkeitsarbeit entscheidend für den Erfolg solcher Programme sind. Für die Zukunft wird es wichtig sein, diese Modelle weiterzuentwickeln, ihre Finanzierung nachhaltig zu gestalten und sie an die sich verändernden demografischen Gegebenheiten anzupassen. Dabei sollte der Fokus weiterhin darauf liegen, älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen und gleichzeitig die Belastung für Angehörige und das Gesundheitssystem zu reduzieren (Kägi et al., 2021b, S. 26–34 & 115–121).

5 Diskussion und Fazit

Der Schlussteil dieser Masterarbeit fasst die wichtigsten Erkenntnisse zusammen und reflektiert die gewonnenen Einsichten im Kontext der Spitalsozialarbeit. Vorangegangenen Kapitel haben die vielschichtigen Herausforderungen aufgezeigt, denen ältere Menschen beim Übergang vom Spital in das häusliche Umfeld gegenüberstehen. Dabei wurden sowohl die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen älterer Menschen als auch die strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt. So wurde als erstes das Thema Autonomie, welches gerade in der Spitalsozialarbeit eine zentrale Rolle spielt, beleuchtet. Dahingehend wurde auch der Aufgabenbereich sowie und Handlungsspielraum in der Spitalsozialarbeit näher erläutert. Des Weiteren fand eine Analyse zu den Zusammenhängen von Gesundheit und sozioökonomischem Status statt und es wurden mögliche Ursachen oder zumindest Erklärungsversuche zum Thema Nichtbezug aufgezeigt. Im dritten Kapitel fand eine Auseinandersetzung zur Finanzierbarkeit von Betreuungsleistungen im Alter statt. Zum Schluss wurden Einblicke in aktuelle Projekte im Bereich Betreuung gewährt. Folgend werden nun die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und versucht diese in Relation zu bringen. Darüber hinaus werden offene Fragen und Limitationen diskutiert, welche Ansatzpunkte für weitere Forschung und Entwicklung aufzeigen.

5.1 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

Die Aufrechterhaltung von Autonomie im Alter spielt gerade im Kontext der Multimorbidität eine zentrale Rolle. Die Einschränkungen können sich negativ auf die Selbständigkeit und somit die Lebensqualität auswirken. Aufgrund des demografischen Wandels und ihrer Heterogenität, verdient die ältere Bevölkerung besondere Aufmerksamkeit seitens Politik und Gesellschaft sowie uns SozialarbeiterInnen. In der Arbeit wurde aufgezeigt, dass die finanziellen Umstände stark variieren, was erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe im Alter haben kann. Es wurde dargelegt, dass Menschen mit höherem sozialem, ökonomischem und kulturellem Kapital besser in der Lage sind, mit gesundheitlichen Einschränkungen umzugehen. Dies verdeutlicht die enge Verknüpfung zwischen verfügbaren Ressourcen und der Fähigkeit zur Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung im Alter. Es lässt sich festhalten, dass sowohl das Gefühl und Erleben von Autonomie als auch die Ressourcen zum Erhalt der Autonomie individuellen Begebenheiten unterliegen und diese im Einzelfall erfragt und analysiert werden müssen. Es wurde hervorgehoben, dass nicht nur das Vorhandensein von Ressourcen wichtig ist, sondern auch die Fähigkeit, diese effektiv zu nutzen. Dies ist besonders relevant für ältere Menschen mit mehreren gesundheitlichen Problemen, da sie oft vor der Herausforderung stehen, ihre vorhandenen Ressourcen optimal einzusetzen, um ihre Autonomie weiterhin aufrecht erhalten zu können. Ein weiterer wichtiger Punkt zum Erhalt der Autonomie ist die Lebensumwelt. Es wurde betont, dass eine

altersfreundliche Umgebung, die biopsychosoziale Aspekte berücksichtigt, entscheidend für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen ist. Dabei wurden Faktoren wie barrierefreie Wohnungen, zugängliche öffentliche Räume und unterstützende soziale Netzwerke als wichtige Elemente genannt. Weiter wurde deutlich gemacht, dass Selbstbestimmung im Alter nicht unbegrenzt möglich ist und oft mit ethischen Herausforderungen einhergeht. Es wurde betont, dass mit zunehmendem Alter und möglichen gesundheitlichen Einschränkungen die Fähigkeit zur vollständigen Selbstbestimmung abnehmen kann. In der Arbeit wurde die Diskussion über das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge geführt und dargelegt, dass Drittpersonen (Angehörige, Pflegefachpersonal, Sozialarbeitende, etc.) oft vor der schwierigen Entscheidung stehen, wann und wie sie in das Leben älterer Menschen eingreifen sollen, um deren Wohlergehen zu sichern, ohne dabei ihre Autonomie zu stark einzuschränken. Dazu gehören Fragen der medizinischen Behandlung, der Wohnortsentscheidung oder der finanziellen Verwaltung. Es wurde verdeutlicht, dass ein sorgfältiger Abwägungsprozess zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge notwendig ist, um die Würde und das Wohlergehen älterer Menschen bestmöglich zu wahren.

Darüber hinaus wurde die Wechselwirkung zwischen sozioökonomische Status und Gesundheit erörtert. Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status weisen oft eine geringere Lebenserwartung und ein höheres Risiko für chronische Krankheiten auf. Dies lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. Die materialistische Erklärung für gesundheitliche Ungleichheit besagt, dass Menschen mit niedrigerem Status häufig schlechteren Lebensbedingungen ausgesetzt sind, einschliesslich ungünstigerer Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse und einem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Diese Faktoren wirken sich negativ auf ihre Gesundheit aus. Zudem beeinflusst der sozioökonomische Status das Gesundheitsverhalten. Menschen mit höherem Status pflegen tendenziell gesündere Lebensstile, was sich positiv auf ihre Gesundheit auswirkt. Trotz des allgemein hohen Lebensstandards in der Schweiz bestehen gesundheitliche Ungleichheiten, insbesondere beim Zugang zu Gesundheitsleistungen. Dies kann die Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status beeinträchtigen. Schliesslich spielt die Gesundheitskompetenz eine entscheidende Rolle. Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status haben oft eine geringere Gesundheitskompetenz, was langfristig negative gesundheitliche Folgen haben kann. Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz wird daher als wichtiger Ansatz zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten gesehen. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Massnahmen zur Förderung der Gesundheitsgerechtigkeit in der Gesellschaft, insbesondere für ältere Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status.

Ferner offenbarte die Analyse der finanziellen Situation älterer Menschen in der Schweiz signifikante Unterschiede in Einkommen und Vermögen. Zudem wurden die Risikogruppen für Altersarmut oder Armutsgefährdung sichtbar gemacht. Der hohe Anteil an Nichtbezug von Ergänzungsleistungen von bis zu 30% zeigt auf, dass mit entsprechenden Massnahmen Altersarmut gemindert werden könnte. Dies führt zur Beantwortung der vierten Teilfrage.

Welche Gründe führen dazu, dass ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen Sozialversicherungsleistungen nicht in Anspruch nehmen, und welche Defizite und Herausforderungen bestehen in unserem politischen System, die zu diesen Nichtbezügen beitragen?

Die Masterarbeit beleuchtet die facettenreichen Gründe, warum ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen Sozialversicherungsleistungen, insbesondere Ergänzungsleistungen, nicht in Anspruch nehmen. Ein wesentlicher Faktor sind Informationsdefizite. Viele ältere Menschen sind nicht ausreichend über ihre Ansprüche informiert oder verstehen die komplexen Inhalte der einzelnen Versicherungen nicht vollständig. Zudem spielt Stigmatisierung und Scham eine Rolle, da der Bezug von staatlichen oder kantonalen Leistungen oft als beschämend empfunden wird, besonders von Menschen, die ihr Leben lang unabhängig waren. Abschreckend wirken auch die bürokratischen Hürden. Manche älteren Menschen haben zudem Vorbehalte gegenüber Behörden und Ämtern oder fürchten negative Konsequenzen durch die Offenlegung ihrer finanziellen Situation. Eine Fehleinschätzung der eigenen Lage, bei der Betroffene ihre finanzielle Situation überschätzen oder ihre Anspruchsberechtigung unterschätzen, kann ebenso zum Nichtbezug führen. Kulturelle und sprachliche Barrieren, besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund, sowie soziale Isolation und fehlende Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen sind weitere Faktoren. Die Arbeit identifiziert darüber hinaus die wesentlichen Defizite und Herausforderungen im politischen System, die zu diesen Nichtbezügen beitragen. Die Komplexität unseres Systems der sozialen Sicherheit mit seiner Vielzahl an Leistungen und Zuständigkeiten macht es für Betroffene schwer, den Überblick zu behalten. Es mangelt an gezielten Informationskampagnen und aufsuchender Beratung für potenziell Anspruchsberechtigte. Die unzureichende Koordination zwischen verschiedenen Behörden und Leistungsträgern führt zu Informationslücken. Des Weiteren erschweren die föderalistischen Strukturen mit unterschiedlichen Regelungen in Kantonen und Gemeinden einheitliche Lösungsansätze. Zudem erhält die Problematik des Nichtbezugs nicht immer die notwendige politische Aufmerksamkeit, und fehlende finanzielle und personelle Ressourcen bei den zuständigen Stellen können zu unzureichender Beratung und Unterstützung führen. Die Masterarbeit betont, dass diese Faktoren zusammenwirken und zu einer signifikanten Quote von Nichtbezügen führen, was wiederum die Altersarmut verstärken kann. Um diese

Herausforderungen anzugehen, werden in der Arbeit verschiedene Lösungsansätze diskutiert, wie beispielsweise verbesserte Informationsstrategien, Vereinfachung von Antragsverfahren und stärkere Vernetzung von Unterstützungsangeboten. Dadurch wird die Notwendigkeit nach einem ganzheitlichen Ansatz unterstrichen, welcher die Inanspruchnahme von Sozialversicherungsleistungen verbessert und somit die Lebensqualität im Alter erhalten oder verbessern kann.

Das dritte Kapitel dieser Masterarbeit befasst sich mit den aktuellen Regelungen der Betreuungsleistungen und beleuchtet die aktuellen Möglichkeiten zur Finanzierung und Bereitstellung dieser Leistungen. Das Kapitel identifiziert Finanzierungs- und Leistungslücken im derzeitigen System. Es werden verschiedene Finanzierungsinstrumente wie die Hilflosenentschädigung und Ergänzungsleistungen, sowie kommunale und kantonale Beihilfen diskutiert. Eine zentrale Erkenntnis ist, dass die derzeitige Finanzierung von Betreuungsleistungen komplex und oft unzureichend ist. Es besteht ein klarer Bedarf an Reformen, um die Lücken im System zu schliessen und eine angemessene Versorgung älterer Menschen sicherzustellen. Die aus der Praxis stammenden Erfahrungswerte wurden durch die genauere Betrachtung des heutigen Systems bestätigt. Es wird deutlich, dass diese Instrumente, wie sie heute ausgestaltet sind, oft nicht ausreichen, um den tatsächlichen Bedarf an Betreuungsleistungen zu decken. Dies führt zu einer Debatte über notwendige Reformen und politische Bestrebungen auf Bundes- und Kantonsebene. Auf Bundesebene werden verschiedene Lösungsansätze vorgestellt, darunter Vorschläge zur Einführung eines Betreuungsgeldes oder zur Erweiterung bestehender Leistungen. Auf kantonaler Ebene werden am Beispiel des Kantons Zürich gezeigt, welche Anpassungen in der Zusatzleistungsverordnung per 2025 vorgenommen und wie die gesellschaftlichen Forderungen umgesetzt werden. Die Aufgabe, tragbare Lösungen für qualitativ hochwertige und bezahlbare Betreuung zu finden, ist heute sehr anspruchsvoll und wird es auch in Zukunft bleiben. In der Schweiz und über die Landesgrenze hinaus existieren Projekte, welche sich dieser Aufgabe widmen. Dies führt zur dritten Teilfrage:

Welche konkreten Projekte und Pläne existieren bereits oder sind geplant, um das autonome Wohnen älterer Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen nach einem Krankenhausaufenthalt zu fördern, und wie werden dabei die Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Zielgruppe berücksichtigt?

Die im vierten Kapitel beschriebenen Projekte haben ein gemeinsames übergeordnetes Ziel: die Förderung des autonomen Wohnens älterer Menschen, insbesondere jener mit begrenzten finanziellen Ressourcen und Einschränkungen in der Alltagsgestaltung. Die Projekte berücksichtigen dabei die Bedürfnisse und Herausforderungen der Zielgruppe auf

verschiedene Arten. Sie adressieren die finanzielle Belastung, die mit Betreuungsleistungen einhergeht und ermöglichen es älteren Menschen, trotz begrenzter Ressourcen in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Die Projekte streben danach, individuelle und flexible Lösungen anzubieten, die auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind. Durch diese Ansätze soll die Lebensqualität älterer Menschen verbessert werden, indem ihnen mehr Kontrolle über ihre Lebenssituation und die Art der Unterstützung, die sie erhalten, gegeben wird. Zudem dienen diese Projekte als Erprobungsfeld für innovative Ansätze, um Lücken im bestehenden Versorgungssystem zu schliessen. Die folgende Darstellung ermöglicht einen groben Überblick der genannten Projekte:

Tabelle 1. Projektübersicht

Projektort	Voraussetzungen	Ziel	Maximale Unterstützung	Schwierigkeiten
Luzern	Nicht vermögensgekoppelt, jedoch mit vorgängiger Abklärung	Heimeintritte verzögern, Angehörige entlasten	3'000 / Jahr	Vermehrter administrativer Aufwand
Bern	Einkommen 38'500/57'100, Vermögen 30'000/50'000	Heimeintritte vermeiden / verzögern	500.-/ Monat, 6'000/ Jahr	Bedarf vs. Bedürfnisse
Waadt	Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen	Ermöglichen eines selbstständigen Lebens im häuslichen Umfeld	Nicht genau definiert – Vergünstigte Tarife	Viele Leistungen müssen weiterhin selbst bezahlt werden
Zürich	Pensionsalter und bereits EL-Beziehend	Selbstbestimmt im häuslichen Umfeld leben, solange es möglich ist.	9600 CHF für Betreuungsleistungen/ Jahr, 3000 CHF für Hilfsmittel/ 3 Jahre	Noch nicht evaluiert
Lichtenstein	Personen mit Pflegebedarf	Hohe Lebensqualität für alle	180.- CHF/ Tag	Zukünftige Finanzierbarkeit

Quelle: eigene Darstellung

Mit den Projekten soll aber nicht nur die Autonomie und die Selbstbestimmung sowie die gesellschaftliche Integration und Partizipation älterer Menschen gefördert werden. Auf politischer Ebene geht man von einer hohen finanziellen Entlastung der öffentlichen Hand aus. Durch die neuen Angebote und Dienstleistungen im Betreuungssektor kann der Eintritt in stationäre Einrichtungen verzögert oder in manchen Fällen sogar vermieden werden, was zu erheblichen Kosteneinsparungen führt.

5.2 Interpretation der Ergebnisse im Zusammenhang mit der Spitalsozialarbeit

Dass die Spitalsozialarbeit eine entscheidende Rolle beim Übergang älterer Menschen mit begrenzten finanziellen Mitteln vom Spital in ihr häusliches Umfeld darstellt, wird in der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben. Diese Patientengruppe steht vor besonderen Herausforderungen, die eine gezielte Unterstützung erfordern. In diesem Teilkapitel werden die nachfolgenden zwei Teilfragen bearbeitet und versucht, diese in Kontext zueinander zu stellen.

Welche spezifischen Herausforderungen sind für ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen beim Übergang vom Spital ins häusliche Umfeld besonders relevant?

Inwiefern kann die Spitalsozialarbeit dazu beitragen, diese Herausforderungen zu bewältigen und ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen bei der Rückkehr in ihr häusliches Umfeld zu unterstützen?

Zu Beginn ist ein zentrales – und ungelöstes – Problem zu nennen. Die Verfügbarkeit von bezahlbarem und barrierefreiem Wohnraum fehlt. Viele ältere PatientInnen äussern den Wunsch nach einem Wohnungswechsel, da ihre bisherige Wohnsituation nicht mehr ihren Bedürfnissen entspricht. Die Beratung zu Möglichkeiten der Wohnungsanpassungen durch die Spitalsozialarbeit kann helfen, ein längeres Verbleiben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Die Möglichkeiten zur unterstützenden Suche nach Alterswohnungen sind in den meisten Regionen jedoch nicht vorhanden. Der Fachkräftemangel im Pflege- und Betreuungsbereich stellt eine weitere Hürde dar. Lange Wartezeiten bei ambulanten Diensten erschweren die Planung der Entlassung und Nachsorge. Die Spitalsozialarbeit kann hier eine wichtige Koordinierungsfunktion übernehmen, indem sie frühzeitig den Bedarf ermittelt und verschiedene Anbieter kontaktiert. Durch gute Vernetzung und Kenntnis lokaler Strukturen können oft kreative Lösungen gefunden werden, um Versorgungslücken zu schliessen. Ein weiteres Problem ist die häufig erforderliche Vorfinanzierung von Leistungen (gegenüber Ergänzungsleistungen als auch für Leistungen aus den beschriebenen Projekten) im ambulanten, als auch im stationären Bereich durch die PatientInnen selbst. Gerade bei knappen finanziellen Mitteln stellt dies eine grosse Hürde dar. Viele verzichten aus Unsicherheit oder aufgrund bürokratischer Hürden ganz auf die Beantragung von Leistungen. Die Spitalsozialarbeit kann hier durch umfassende Beratung und praktische Unterstützung bei Anträgen eine wichtige Hilfestellung leisten. Auch die Vermittlung von Stiftungsgeldern oder anderen Unterstützungsmöglichkeiten kann helfen, finanzielle Engpässe zu überbrücken.

Ein wichtiger Aspekt, der in der Diskussion über die Rolle der Spitalsozialarbeit nicht ausser Acht gelassen werden darf, ist die hohe biopsychosoziale Komplexität der PatientInnen, insbesondere in einem Universitätsspital. Diese PatientInnen weisen oft nicht nur schwerwiegende medizinische Probleme auf, sondern bringen auch komplexe psychische und

soziale Herausforderungen mit sich. Die Multimorbidität, also das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen, ist bei älteren PatientInnen besonders häufig anzutreffen. Hinzu kommen oft psychische Belastungen durch die Krankheitssituation sowie soziale Probleme wie finanzielle Engpässe, fehlende Unterstützungsnetzwerke oder Wohnraumproblematiken. Die systemische Arbeit der Spitalsozialarbeitenden ist hier von besonderer Relevanz.

Diese Vielschichtigkeit der Problemlagen erfordert einen ganzheitlichen Ansatz in der Behandlung und Betreuung. Hier zeigt sich die enorme Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit. ÄrztInnen, Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen müssen eng zusammenwirken, um den komplexen Bedürfnissen der PatientInnen gerecht zu werden. Die Spitalsozialarbeit nimmt in diesem interdisziplinären Team eine tragende Rolle ein, indem sie die sozialen Aspekte der Gesundheitsversorgung abdeckt und gleichzeitig als Bindeglied zwischen Spital und externen Unterstützungssystemen fungiert. Nur durch enge Verknüpfung der verschiedenen Expertisen kann eine umfassende und nachhaltige Versorgung gewährleistet werden, die sowohl die medizinischen als auch die psychosozialen Bedürfnisse der PatientInnen berücksichtigt. Die systemische Beratung ist entscheidend, insbesondere bei der Erfassung der sozialen Umwelt und der Evaluierung der Ressourcen der Klientel. Dies kann beispielsweise durch Sozialanamnesen erfolgen. Diese Methode ermöglicht es, die vielschichtigen Problemlagen der Klientel ganzheitlich zu erfassen und individuelle Lösungsansätze zu entwickeln.

Die föderalen Strukturen in der Schweiz führen zu einer erheblichen Vielfalt an lokalen Angeboten und Regelungen im Bereich der ambulanten Betreuung, was einige Herausforderungen mit sich bringt. Die unterschiedlichen Bedürfnisse zwischen Stadt und Land bewirken, dass Kantone und Gemeinden sehr mannigfaltige Angebote einführen, was zu erheblichen Unterschieden in der Verfügbarkeit und Qualität der Betreuung führt. Während in städtischen Gebieten oft eine Vielzahl von Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung steht, haben Menschen in ländlichen Regionen häufig nur begrenzten Zugang zu entsprechenden Dienstleistungen. Obwohl die Vielfalt an Ansätzen theoretisch ermöglicht, dass innovative Ideen entstehen und voneinander gelernt werden kann, führt dies in der Praxis oft zu einem unübersichtlichen System. Fachkräfte stehen vor der schwierigen Aufgabe, den Überblick über die zahlreichen und unterschiedlich gestalteten Angebote zu behalten. Dies erfordert nicht nur erheblichen administrativen Aufwand, sondern erschwert es auch, für die PatientInnen die jeweils passende Betreuungslösung zu finden. Schliesslich bleibt oft unklar, ob die angebotenen Lösungen tatsächlich den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden. Dadurch besteht die Gefahr von erhöhten Kosten für die PatientInnen als auch für die involvierten Organisationen.

Wie beschrieben bedeutet für die Spitalsozialarbeit (insbesondere an einem Universitätsspital, wo PatientInnen aus der ganzen Schweiz behandelt werden) die föderale Struktur einen hohen Rechercheaufwand, um für alle PatientInnen die passenden Unterstützungsmöglichkeiten zu finden. Gleichzeitig ermöglicht diese genaue Kenntnis der lokalen Gegebenheiten eine sehr individuelle und passgenaue Beratung. Die Spitalsozialarbeit fungiert hier als wichtige Informationsdrehscheibe zwischen PatientInnen, Angehörigen und dem interdisziplinären Team im Spital. Mit dem breiten Wissen der Spitalsozialarbeit ist es möglich, den PatientInnen eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die weitere Versorgung zu bieten. Gerade die Abwägung zwischen ambulanter Pflege und stationärer Versorgung erfordert eine sorgfältige Analyse der individuellen Situation. Die medizinischen, pflegerischen, sozialen und finanziellen Aspekte müssen berücksichtigt und mit den PatientInnen und seinem Sozialen Umfeld besprochen und evaluiert werden. Häufig ist die frühe Erkennung des Bedarfs relevant, um im Anschluss an einen Spitalaufenthalt die entsprechende Versorgung sicherzustellen. So kann die Autonomie der Betroffenen so lange als möglich hochgehalten werden, was einen relevanten Einfluss auf die Lebensqualität älterer PatientInnen hat.

Die gesetzliche Verankerung der Spitalsozialarbeit im kantonalen Spitalfinanzierungsgesetz ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Allerdings zeigen sich in der praktischen Umsetzung noch Defizite. Fehlende Vorgaben zur personellen Ausstattung und Qualifikation der Leitungskräfte sowie Sparzwänge gefährden teilweise eine bedarfsgerechte soziale Versorgung im Spital. Für die Professionalisierung der Sozialarbeitenden ist es wichtig, Weiterbildungen im Sozialversicherungsbereich wahrzunehmen. Damit kann einerseits ein tieferes Verständnis der Prozesse erlangt werden und andererseits können nur so präzise und korrekte Informationen weitergegeben werden. Dies ist besonders zentral, da die Sozialversicherungslandschaft komplex ist und sich in stetigem Wandel befindet. Durch kontinuierliche Weiterbildung können Sozialarbeitende sicherstellen, dass deren PatientInnen die bestmögliche Unterstützung erhalten. Ebenfalls wird durch die vertieften Kenntnisse eine klare Kommunikation über die Rechte und Pflichten im Bereich der Sozialversicherungen möglich. Dies ist essenziell, um Scham abzubauen und den Zugang zu Leistungen zu erleichtern. Viele PatientInnen verzichten aus Unsicherheit oder aufgrund bürokratischer Hürden auf die Beantragung von Leistungen. Durch umfassende Beratung und praktische Unterstützung bei Anträgen können Sozialarbeitende Hilfestellung leisten. Dadurch erhöht sich die Quote der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, was sowohl zur Verbesserung der individuellen Lage führt als auch ein Beitrag zur Bekämpfung der Altersarmut leistet.

Trotz der bestehenden Herausforderungen wie Wohnraumknappheit, Fachkräftemangel und komplexer föderaler Strukturen, ist es das Ziel, individuelle Lösungen zu finden und älteren Menschen einen möglichst langen Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

Für die Zukunft wird es entscheidend sein, innovative Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen, die den sich wandelnden Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden. Dabei sollten interdisziplinäre Zusammenarbeit, der Einsatz neuer Technologien und die Stärkung präventiver Massnahmen im Fokus stehen. Nur durch gemeinsame Anstrengungen aller beteiligten Akteure kann es gelingen, die Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig zu fördern und zu erhalten.

5.3 Limitationen und kritische Würdigung

Diese Arbeit widmet sich verschiedensten Herausforderungen und Lösungsansätzen im Zusammenhang mit Alter, Betreuung sowie der Sozialen Arbeit. Allerdings gibt es diverse Aspekte, die nicht umfassend abgehandelt werden konnten. Weiterführende Gedanken, Überlegungen und Limitationen, alle zentral für die Thematik, sollen hier Platz finden, um Impulse für weitere Analysen und Vorstösse zu geben.

Fehlende nationale Gesetzgebung

Ein wesentlicher limitierender Faktor ist das Fehlen einer einheitlichen nationalen Gesetzgebung zur Förderung des selbstbestimmten Wohnens im Alter. Die föderale Struktur der Schweiz führt zu unterschiedlichen Ansätzen und Regelungen in den Kantonen, was eine flächendeckende und einheitliche Umsetzung von Unterstützungsmassnahmen erschwert. Eine bundesweite Rahmengesetzgebung könnte dazu beitragen, Mindeststandards zu setzen und gleichzeitig den Kantonen genügend Spielraum für regionale Anpassungen zu lassen. Die Entwicklung einer solchen Gesetzgebung erfordert jedoch einen komplexen politischen Prozess und die Abstimmung verschiedener Interessengruppen.

Begrenzte Daten und Literatur

Die Evaluation bestehender Projekte und Initiativen zur Förderung des autonomen Wohnens im Alter ist teilweise durch begrenzte Daten und Literatur eingeschränkt. Es bedarf weiterer umfassender Studien und Langzeitbeobachtungen, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit dieser Ansätze zu beurteilen. Insbesondere fehlen Longitudinalstudien, die die langfristigen Auswirkungen verschiedener Wohn- und Betreuungsmodelle auf die Lebensqualität und Gesundheit älterer Menschen untersuchen. Zudem mangelt es an vergleichenden Studien zwischen verschiedenen Kantonen und internationalen Best-Practice-Beispielen.

Weiterentwicklung bestehender Projekte

Die vorgestellten Projekte und Pilotversuche befinden sich teilweise noch in frühen Phasen. Eine kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung dieser Initiativen sind notwendig, um Schlüsse für Verbesserungen und Anpassungen zu ziehen. Dabei sollten insbesondere die

Erfahrungen und Rückmeldungen der Betroffenen sowie der beteiligten Fachkräfte berücksichtigt werden. Auch ist in den Projekten nicht ersichtlich, wie die End-of-Life Care und palliative Betreuung im häuslichen Umfeld aussehen und finanziert werden können. Dies wäre wichtig, um die Betreuung im häuslichen Umfeld bis zum Ende des Lebens zu ermöglichen. Grundsätzlich wäre es sinnvoll, ein systematisches Monitoring- und Evaluationssystem zu etablieren, das eine regelmässige Überprüfung und Anpassung der Projekte ermöglicht. Zudem wäre ein Abbau von administrativen Voraussetzungen hilfreich, damit mehr Personen den Zugang zu den Angeboten finden. Diesbezüglich wären auch regelmässige Informationsveranstaltungen oder Hausbesuche bei der Bevölkerung über 60 Jahren im Rahmen von Präventionsmassnahmen sinnvoll, um die Kenntnisse über die entsprechenden Angebote präsent zu halten.

Diversität der Zielgruppe

Die Arbeit konnte nicht alle spezifischen Bedürfnisse der heterogenen Gruppe älterer Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen abdecken. Weitere Untersuchungen zu den Auswirkungen von Faktoren wie Migrationshintergrund, Geschlecht oder spezifischen Gesundheitszuständen auf die Wohn- und Betreuungssituation wären wertvoll. Insbesondere das Vorhandensein mehrerer erschwerender Faktoren und deren Einfluss auf die Zugänglichkeit und Nutzung von Unterstützungsangeboten sollte näher beleuchtet werden.

Rolle der Angehörigen

Die Rolle der pflegenden Angehörigen wurde in der Arbeit nur am Rande behandelt, obwohl sie eine wesentliche Funktion in der ambulanten Betreuung einnehmen. Eine genauere Untersuchung ihrer Rolle und der notwendigen Unterstützungsstrukturen wäre für ein ganzheitliches Versorgungskonzept wichtig. Dabei sollten sowohl die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen als auch die Möglichkeiten zur Entlastung und professionellen Unterstützung betrachtet werden.

Technologische Lösungen & Digitalisierung

Die Rolle von technologischen Innovationen und digitalen Lösungen zur Unterstützung des selbstständigen Wohnens im Alter wurde in dieser Arbeit nicht behandelt. Eine vertiefte Analyse der Potenziale und Herausforderungen in diesem Bereich wäre für zukünftige Forschungen relevant. Dabei sollten sowohl die Chancen (z.B. Telemedizin, Smart-Home-Technologien) als auch die Risiken (z.B. digitale Kluft, Datenschutzbedenken) eingehend untersucht werden. Auch auf die Auswirkungen der zunehmenden Digitalisierung auf ältere Menschen und mögliche Lösungsansätze zur Überwindung der digitalen Kluft konnte nicht eingegangen werden. Eine vertiefte Untersuchung dieses Aspekts wäre wichtig, um

sicherzustellen, dass technologische Innovationen allen älteren Menschen zugänglich sind und nicht zu neuen Formen der Exklusion führen.

Ökonomische Auswirkungen

Eine detaillierte Kosten-Nutzen-Analyse der verschiedenen Unterstützungsmodelle für das autonome Wohnen im Vergleich zu institutionellen Pflegeeinrichtungen konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht durchgeführt werden. Solche Analysen wären jedoch wichtig für politische Entscheidungsträger und Kostenträger. Dabei sollten sowohl die direkten Kosten als auch die indirekten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen berücksichtigt werden.

Komplexität der Bedarfsermittlung

Die Arbeit konnte nicht umfassend auf die Herausforderungen bei der individuellen Bedarfsermittlung für Betreuungsleistungen eingehen. Die Entwicklung standardisierter und dennoch flexibler Instrumente zur Bedarfserfassung bleibt eine offene Aufgabe. Dabei sollten sowohl objektive Kriterien als auch subjektive Bedürfnisse und Präferenzen der älteren Menschen berücksichtigt werden. Eine Herausforderung besteht darin, ein Gleichgewicht zwischen Standardisierung und individueller Anpassungsfähigkeit zu finden.

Regionale Unterschiede

Die Arbeit konnte nicht alle regionalen Unterschiede in der Schweiz bezüglich Angebote und Finanzierungsmöglichkeiten für selbstbestimmtes Wohnen im Alter detailliert untersuchen. Eine vertiefende Analyse dieser Unterschiede wäre für eine gerechte und flächendeckende Versorgung wichtig. Dabei sollten sowohl städtische als auch ländliche Gebiete berücksichtigt und Lösungsansätze für strukturschwache Regionen entwickelt werden.

Proaktive Informationskampagnen

Bei bestehenden regional unterschiedlichen Lösungen wäre eine regelmässige Information bezüglich der Möglichkeiten sinnvoll – beispielsweise könnte dies analog der Informationsbroschüre bezüglich der Prämienverbilligung geschehen. Wenn aufgrund der Steuerdaten entsprechende Merkblätter und Anmeldeformalitäten zugestellt würden, könnte der Nichtbezug von Leistungen vermindert werden, da die betroffenen Personen über ihre Rechte informiert sind und die notwendigen Schritte zur Beantragung von Leistungen kennen. Diese proaktive Herangehensweise würden dazu beitragen, Versorgungslücken zu schliessen und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Genauso müsste proaktiv auf entsprechende Zielgruppen zugegangen werden, um die regionalen Angebote bei den betroffenen Personen präsent zu halten.

Qualitätssicherung

Die Frage nach geeigneten Qualitätsstandards und Kontrollmechanismen für Betreuungsleistungen im häuslichen Umfeld wurde nicht ausführlich behandelt. Dies ist jedoch entscheidend für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgungsqualität. Es bedarf der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die sowohl die fachliche Qualität als auch die Zufriedenheit und Lebensqualität der Betroffenen berücksichtigen.

Langzeitfinanzierung

Die langfristige finanzielle Nachhaltigkeit der vorgestellten Modelle und Projekte konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht abschliessend bewertet werden. Weitere ökonomische Analysen sind erforderlich, um die Tragfähigkeit dieser Ansätze zu beurteilen. Dabei sollten verschiedene Finanzierungsmodelle, einschliesslich öffentlich-privater Partnerschaften und innovativer Versicherungslösungen, in Betracht gezogen werden.

Ethische Dilemmata

Die Arbeit konnte nicht alle ethischen Fragen im Zusammenhang mit Autonomie und Fürsorge im Alter abschliessend behandeln. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen ethischen Aspekten wäre für die Praxis und Politikgestaltung wertvoll. Insbesondere die Balance zwischen Selbstbestimmung und notwendiger Unterstützung sowie der Umgang mit abnehmender Entscheidungsfähigkeit, gerade im Zusammenhang mit Krankheiten wie Demenz, Depressionen, etc., bedürfen weiterer und stetiger ethischer Reflexion.

Interkulturelle Aspekte

Die spezifischen Herausforderungen und Bedürfnisse älterer Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext des selbstbestimmten Wohnens wurden nicht vertieft untersucht. Dies wäre angesichts der zunehmenden Diversität der älteren Bevölkerung ein wichtiger Forschungsbereich. Dabei sollten kulturelle Unterschiede in Bezug auf Familienstrukturen, Pflegeverständnis und Wohnpräferenzen berücksichtigt werden. In diesem Kontext wäre die Vereinfachung von administrativen Prozessen, beispielsweise durch die Übersetzung diverser Informationsbroschüren in verschiedene Sprachen, notwendig.

Soziale Arbeit im Akutspital / Gesundheitswesen

Die Spitalsozialarbeit sieht sich trotz ihrer wichtigen Rolle im Gesundheitswesen oft mit einem schweren Stand konfrontiert. Die Arbeit der Spitalsozialarbeit wird mitunter in Frage gestellt, obwohl sie einen wesentlichen Beitrag zur ganzheitlichen Patientenversorgung leistet. Sie fungiert als Brücke zwischen dem Spital und der ambulanten Versorgung, indem sie PatientInnen bei der Bewältigung sozialer Probleme unterstützt und Anschlusslösungen nach dem Spitalaufenthalt organisiert. Ihre ganzheitliche Perspektive ergänzt den medizinischen Blickwinkel und trägt dazu bei, dass PatientInnen nicht nur körperlich, sondern auch in ihrem sozialen Kontext betrachtet und unterstützt werden. In einem System, das primär auf

medizinische und pflegerische Aspekte ausgerichtet ist, kämpft die Spitalsozialarbeit um Anerkennung und Sichtbarkeit. Um ihre Position zu stärken, muss die Spitalsozialarbeit ihre Kompetenzen und ihren Wert für das Gesundheitssystem noch deutlicher kommunizieren. Eine engere Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die Entwicklung spezialisierter Fachkompetenzen könnten dazu beitragen, ihre Relevanz zu verfestigen und ihren Beitrag zur Patientenversorgung noch wirksamer zu gestalten.

Diese Limitationen zeigen, dass das Thema der Betreuung im Alter und des selbstbestimmten Wohnens weiterhin ein komplexes und dynamisches Forschungsfeld bleibt, das kontinuierliche Aufmerksamkeit und weitere Untersuchungen erfordert. Die Erkenntnisse aus zukünftigen Studien in diesen Bereichen könnten dazu beitragen, die Unterstützungsangebote für ältere Menschen mit begrenzten finanziellen Ressourcen weiter zu verbessern und an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen.

Es ist anzumerken, dass sich die Arbeit stark auf Literaturrecherche und theoretische Ansätze stützt. Mehr Praxisanalysen und empirische Daten könnten die Ergebnisse weiter untermauern. Zudem bleibt die langfristige Wirksamkeit der vorgeschlagenen Massnahmen teilweise unklar und bedarf weiterer Forschung. Die Arbeit hebt zwar die Bedeutung politischer und struktureller Rahmenbedingungen hervor, diese sind in der Praxis jedoch oft schwer zu ändern. Trotz dieser Limitationen bietet die Arbeit wertvolle Einblicke und praxisnahe Empfehlungen, die darauf abzielen, älteren Menschen eine würdevolle und selbstbestimmte Rückkehr in ihr häusliches Umfeld zu ermöglichen. Die zentrale und unverzichtbare Rolle der Spitalsozialarbeit wird dabei deutlich hervorgehoben. Die Förderung der Autonomie und der Selbstbestimmung älterer Menschen muss im Zentrum aller Massnahmen stehen, um ihnen ein Leben nach eigenen Vorstellungen zu ermöglichen.

6 Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2020). Soziale (Alten-)Arbeit im Krankenhaus.
In: Aner, K., Karl, U. & Löffler, E. M. (Hrsg.). (2020). *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (Handbuch, 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage.). Wiesbaden: Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0>
- AVASAD. (2023). *RAPPORT ANNUEL 2023*. Lausanne. Verfügbar unter: https://www.cms-vaud.ch/app/uploads/CMS_Rapport_annuel_2023.pdf
- Avenir Social & sages (Hrsg.). (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Bern.
Verfügbar unter: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Flyer_A5_Leitbild_db_050918_v2.pdf
- Beivers, A. und Kramer, U. (2019). Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste.
In Althenhöner, T., Beivers, A., Blankenburg, K. & Börm, S. *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. (S. Dettmers & J. Bischkopf, Hrsg.). (S.130.135) München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bieri, O., Amberg, H., Balthasar, A. & Bühlmann, B. (2022). Gutscheine für selbstbestimmtes Wohnen im Alter. Luzern. Verfügbar unter: https://www.stadt Luzern.ch/_docn/3944014/Beilage_Evaluationsbericht_Interface.pdf
- Boeckh, J. (2018). Einkommen und soziale Ausgrenzung. In E.-U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (3. Aufl., S369-394). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19077-4>
- Boes, St., Kaufmann, C. & Marti, J. (2016). *Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheit im Gesundheitswesen der Schweizer Bevölkerung* (Obsan Dossier 51). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Verfügbar unter: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2016-soziooekonomische-und-kulturelle-ungleichheiten-im-gesundheitsverhalten-der>
- Brunner, L., Egli, Y., Marti, J., Moschetti, K., Nicolet, A. & Spycher, J. (2023). Rehospitalisationen und sozioökonomische Benachteiligung in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. In BAG (Hrsg.), Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2023). *Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung*.

Anerkennung des betreuten Wohnens für Bezügerinnen und Bezüger von EL zur AHV.

Verfügbar unter: <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/79900.pdf>

Bundesamt für Statistik. (2020a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Soziale Ungleichheiten und körperliche Gesundheit*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/soziale-situation.assetdetail.14817359.html>

Bundesamt für Statistik. (2020b). *Armut im Alter. Aktualisierung 2020*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung.assetdetail.14819392.html>

De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U. & Kocher, J. Ph. (2023). *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Schlussbericht V2)*. Zürich: Careum Stiftung. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz.html>

Diehl, M. (2012). *Autonomie*

In: Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. & Ziegelmann, J. P. (Hrsg.). (2012). *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen (2. Aufl.)*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-023567-0>

Eidgenössische Finanzkontrolle. (2006). *Ergänzungsleistungen zur AHV und IV. Evaluation der Informationspolitik und der Gesuchsprüfung*. Verfügbar unter: https://www.efk.admin.ch/wp-content/uploads/publikationen/berichte/bildung_und_soziales/sozialeversicherung_und_altersvorsorge/5151/5151be_gesamtbericht_26_06_06.pdf

Familienhilfe Liechtenstein. (2024). *Jahresbericht 2023 Fachstelle für häusliche Betreuung und Pflege*. Vaduz. Verfügbar unter: https://www.fachstelle.li/application/files/7817/1220/9805/Jahresbericht_FST_2023.pdf

Franzese, F. (2020). *Mentale und physische Gesundheit im Alter. Der Einfluss von Armut, Einkommensungleichheit und Vermögensungleichheit*. Opladen Berlin Toronto: Budrich Academic Press GmbH. <https://doi.org/10.3224/96665012>

Gabriel, R., Koch, U., Meier, G. & Kubat, S. (2023). *Pro Senectute Altersmonitor: Nichtbezug von Ergänzungsleistungen in der Schweiz. Teilbericht 2*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.

Verfügbar unter: <https://www.prosenectute.ch/de/fachwelt/publikationen/altersmonitor/el-nichtbezug.html>

Gabriel, R., Koch, U. & Wanner, P. (2022). *Wirtschaftliche Situation von Witwen, Witwern und Waisen* (Forschungsbericht Nr. 6/22). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Verfügbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen.exturl.html?lang=de&Inr=06/22#pubdb>

Gabriel, R. & Kubat, S. (2022). *Pro Senectute Altersmonitor: Altersarmut in der Schweiz 2022. Teilbericht 1*. Zürich: Pro Senectute Schweiz. Verfügbar unter:

<https://www.prosenectute.ch/de/fachwelt/publikationen/altersmonitor/altersarmut.html>

Gesundheitsförderung Schweiz. (2016). *Gesundheitsförderung im Alter*. Bern. Verfügbar unter:

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Faktenblatt_015_GFCH_2016-06_-_Gesundheitsfoerderung_im_Alter.pdf

Paul Schiller Stiftung (2018). *Gute Betreuung im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Lachen: Paul Schiller Stiftung. Verfügbar unter:

https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/1840/pss_recherchebericht_2_aufgabe_dt_190318_ansicht.pdf

Höpflinger, F., Hugentobler, V. & Spini, D. (2019). *Wohnen in den späten Lebensjahren.*

Grundlagen und regionale Unterschiede. Age Report IV. Seismo Verlag, Sozialwissenschaften und Gesellschaftsfragen AG. <https://doi.org/10.33058/seismo.30729>

Hümbelin, O., Richard, T., Schuwey, C., Luchsinger, L. & Fluder, R. (2021). *Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und*

Beweggründe. Bern: Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit.

<https://doi.org/10.24451/arbor.15502>

Kägi, W., Frey, M., Huddleston, C., Lamprecht, M., Metzler, R. & Suri, M. (2021a). *Kosten und Finanzierung für eine gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Die Studienergebnisse und ihre fachliche und politische Einordnung*. Basel: Paul Schiller Stiftung. Verfügbar unter:

https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/2654/pss_bericht_kosten_und_finanzierung_bia-1.pdf

Kägi, W., Frey, M., Huddleston, C., Lamprecht, M., Metzler, R. & Suri, M. (2021b). *Gute Betreuung im Alter – Kosten und Finanzierung*. Basel: Paul Schiller Stiftung. Verfügbar

unter: https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/2654/bss_studie_gute_betreuung_im_alter-kosten_und_finanzen_210830.pdf

Knupfer, C., Tabin, B., Flückiger, S. & Panese, G. (2023). *Favoriser le bien vieillir - La politique Vieillir2030 du Canton de Vaud*. Lausanne. Verfügbar unter:
https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/social/Vieillir2030/VIEILLIR_2030_STRATEGIE_04.01.2024_WEB.pdf

Köchling-Farahwaran, J. & Börm, S. (2019). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit: Soziale Arbeit mit alten Menschen.

In Althenhöner, T., Beivers, A., Blankenburg, K. & Börm, S. *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. (S. Dettmers & J. Bischof, Hrsg.). (S.225-230) München: Ernst Reinhardt Verlag.

Künzi, K., Jäggi, J. & Hesser, C. (2021). *Finanzierung von Betreuungsleistungen ausserhalb von Heimen für betagte Menschen mit ZL-Anspruch*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. Verfügbar unter:

https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_KSA_ZH_Finanzierung_Betreuungsleistungen.pdf

Lampert, T. (2009). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter.

In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 121-133). Berlin: Robert Koch-Institut. Verfügbar unter:
https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00000153/Gesundheit_und_Krankheit_im_Alter.pdf

Liechtensteinische AHV-IV-FAK-Anstalten (Hrsg.). (2024). *BETREUUNGS- UND PFLEGE GELD FÜR HÄUSLICHE BETREUUNG*. Vaduz. Verfügbar unter:

https://www.ahv.li/fileadmin/user_upload/Dokumente/Online-Schalter/MB/AHV-IV-FAK-MB-8-01--PG.pdf

Lorenz, T., Beck, P. & Augsburger, K. (2017). *Finanzierung der Alterspflege Handlungsbedarf und Lösungsansätze*. (Stiftung Zukunft.li, Hrsg.). Ruggell. Verfügbar unter:

https://www.stiftungzukunft.li/application/files/1515/1635/4565/Alterspflege_Publikation_final.pdf

Meier, F., Brunner, B., Golda, L., Heiniger, S., Carlander, M. & Huber, A. (2020). *Betreuung von Seniorinnen und Senioren zu Hause: Bedarf und Kosten. Eine Studie im Auftrag von Pro*

Senectute Schweiz. Zürich: ZHAW School of Management and Law.

<https://doi.org/10.21256/zhaw-22644>

Meier, F. & Gabriel, R. (2023). *Pro Senectute Altersmonitor: Bezug von Betreuungs- und Pflegeleistungen im Alter. Teilbericht 3*. Zürich: Pro Senectute Schweiz. Verfügbar unter:

<https://www.prosenectute.ch/de/fachwelt/publikationen/altersmonitor/betreuung.html>

Meier, G. (2023, Mai 25). Nichtbezug von Ergänzungsleistungen. Ein ungelöstes und bedeutendes sozialpolitisches Problem. *Gerontologie-Blog*. Verfügbar unter:

<https://www.gerontologieblog.ch/nichtbezug-von-ergaenzungsleistungen-ein-ungeloestes-und-bedeutendes-sozialpolitisches-problem/>

Meuli, N. & Knöpfel, C. (2021). *Ungleichheit im Alter. Eine Analyse der finanziellen Spielräume älterer Menschen in der Schweiz*. Zürich und Genf: Seismo.

<https://doi.org/10.33058/seismo.30757>

Müller-Baron, I. & Kurlmann U. (2019) Soziale Arbeit im Krankenhaus

In: Althenhöner, T., Beivers, A., Blankenburg, K. & Börm, S. (2019). Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. (S. Dettmers & J. Bischkopf, Hrsg.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Page, J. (2020). Gesundheitliche Ungleichheit. In J.-M. Bonvin, V. Hugentobler, C. Knoepfel, P. Maeder & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 214-216).

Zürich und Genf: Seismo. <https://doi.org/10.33058/seismo.30739.0088>

Palzer, M., Meyer, U., Abderhalden, L. A., Gazzotti, A., Hierholzer, C., Bischoff-Ferrari, H. A. & Freystätter, G. (2021). *Geriatrische Komplexbehandlung bei alterstraumatologischen Patienten: Einfluss auf Mobilität, Selbsthilfefähigkeit und Austrittsdestination*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 54(8), 816–822. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01812-4>

Regierung des Fürstentums Liechtenstein. (2020). *Postulatsbeantwortung der Regierung an den Landtag des Fürstentums Liechtenstein betreffend „die zukünftige Finanzierung von Pflege und Betreuung im Alter“*. Vaduz. Verfügbar unter:

<https://bua.regierung.li/BuA/pdfshow.aspx?nr=120&year=2020>

Regierung des Fürstentums Liechtenstein, & Ministerium für Gesellschaft und Kultur (Hrsg.). (2023). *Altersstrategie für das Fürstentum Liechtenstein*. Vaduz. Verfügbar unter:

<https://www.regierung.li/files/attachments/altersstrategie-liechtenstein-638436679458226837.pdf>

- Richter, L. (2019). *Lebenslagen unter Altersarmut. Über die Lebenssituation von als arm und alt adressierten Menschen*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27622-5>
- Rüegger, H. (2021). *Würde und Autonomie im Alter*. Bern: CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Mensch im Alter. Verfügbar unter: https://www.curaviva.ch/files/AVBOE84/wuerde_und_autonomie_im_alter__heinz_rueegger__curaviva_schweiz__2021.pdf
- SAMW. (2018). *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Bern. Verfügbar unter: https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf
- SAMW. (2019). *Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis*. Basel. Verfügbar unter: https://www.samw.ch/dam/jcr:f280a76e-f5d9-4a83-b80d-5debe56507ae/richtlinien_samw_urteilsfaehigkeit.pdf
- Schüz, B., Dräger, D., Richter, S., Kummer, K., Kuhlmeier, A. & Tesch-Römer, C. (2011). *Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Der Berliner Forschungsverbund AMA*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44(S2), 9–26. <https://doi.org/10.1007/s00391-011-0248-4>
- Soom Ammann, E. & Blaser, R. (2022). *Betreuungsgutsprachen in der Stadt Bern Begleitforschung zum Pilotprojekt von Mai 2019 bis April 2022*. Bern. Verfügbar unter: https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2019/005/2022_Age_696_2019_005.pdf
- Sozialdepartement Stadt Zürich. (2022, Oktober 05). Neue Betreuungs- und Hilfsmittelzuschüsse für zuhause lebende AHV-Rentner*innen mit Zusatzleistungen. *Medienmitteilung Sozialdepartement Stadt Zürich*. Verfügbar unter: https://www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/ueber_das_departement/medien/medienmitteilungen_aktuell/2022/oktober/221005a.html
- Sozialversicherungsanstalt Zürich. (2024). *Hilflosenentschädigung AHV*. Zürich: Sozialversicherungsanstalt. Verfügbar unter: <https://svazurich.ch/unsere-produkte/ahv/leistungen/hilflosenentschaedigung-ahv.html#a-6606d0519894439c4caaa48c6cbb6ec3>

- Spiess, M. & Schnyder-Walder, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz*. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>
- Stadt Bern. (2024). *Betreuungsgutsprachen beantragen*. Bern. Verfügbar unter: <https://www.bern.ch/themen/gesundheits-alter-und-soziales/alter/finanzen-und-recht/betreuungsgutsprachen-1>
- Stadt Zürich. (2024). *Merkblatt - Zuschüsse für Betreuung und Hilfsmittel*. Zürich. Verfügbar unter: <https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/sd/Deutsch/neu/Ich%20brauche%20Unterstützung/Foormulare%20und%20Merkbl%3%a4tter/AZL%20Zusatzleistungen/azl-bzzl-merkblatt.pdf>
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7-20). Berlin: Robert Koch-Institut. Verfügbar unter: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00000153/Gesundheit_und_Krankheit_im_Alter.pdf
- Universitätsspital Zürich (2024a). *Dienstleistungsangebot Sozialberatung Universitätsspital Zürich*. Zürich.
- Universitätsspital Zürich (2024b). *Statistische Aussagen aus dem LEP*. Zürich.
- Vogel, W. (2020). Soziale Arbeit in der Geriatrie.
In Aner, K., Karl, U. & Löffler, E. M. (Hrsg.). *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (Handbuch, 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage.). (S.179-186) Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0>
- Wanner, P. & Gerber, R. (2022). *Die wirtschaftliche Situation der Bevölkerung im Erwerbs- und im Rentenalter* (Forschungsbericht 4/22). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. Verfügbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen.exturl.html?lang=de&lnr=04/22#pubdb>

Anhang

**Statistische Aussagen aus dem LEP
Sozialberatung für das Jahr 2023**

Querschnittsbereich

Neu gemeldete Patienten	0-20 Jahren		21-40 Jahren		41-65 Jahren		über 66 Jahren		Total		Gesamttotal	Anzahl Aufträge
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W		
IFA						1			0	1	1	1
IMM				1	1	1			1	2	3	3
NOT			2		2	1		1	4	2	6	6
PHA						1			0	1	1	1
NUK				1		3	1		1	4	5	5
Total	0	0	2	2	3	7	1	1	6	10	16	16

Primärbereich I

Neu gemeldete Patienten	0-20 Jahren		21-40 Jahren		41-65 Jahren		über 66 Jahren		Total		Gesamttotal	Anzahl Aufträge
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W		
ANG			1		4	2	3	2	8	4	12	14
DER	1		3	4	19	16	24	18	47	38	85	90
ENK	1		4	4	6	6	3	4	14	14	28	28
GAE			11	10	43	27	14	19	68	56	124	137
GEF				1	7	1	7	8	14	10	24	25
HER	1		8	1	43	5	19	2	71	8	79	90
KAR		2	12	5	78	16	79	36	169	59	228	260
MOH	4	3	36	21	108	117	125	79	273	220	493	553
NEP			10	3	25	19	17	9	52	31	83	91
PCH	4	1	14	13	25	13	17	14	60	41	101	111
PNE			1		6	9	9	3	16	12	28	31
RAO			5	5	58	49	79	83	142	137	279	342
RUZ		1	12	29	42	88	5	16	59	134	193	202
THO			2		4	1	5	4	11	5	16	19
TRA	2		47	22	58	35	76	79	183	136	319	360
URO			2		8		12		22	0	22	22
VIS	1		10	10	24	17	21	15	56	42	98	111
Total	14	7	178	128	558	421	515	391	1265	947	2212	2486

Primärbereich II

Neu gemeldete Patienten	0-20 Jahren		21-40 Jahren		41-65 Jahren		über 66 Jahren		Total		Gesamttotal	Anzahl Aufträge
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W		
KAM					2	2	138	174	140	176	316	402
AUG			1	1	3	2	7	8	11	11	22	26
GEB	8	13		185		20			8	218	226	237
GYN		1		22		35	1	44	1	102	103	115
INF			8	5	17	20	11	4	36	29	65	72
KIM	2		13	11	37	37	91	89	143	137	280	308
IKI				1		4		1	0	6	6	6
PSY	2	10	9	25	19	11			30	46	76	78
MKG			3	1	4	1	2	8	9	10	19	22
NEO	65	53							65	53	118	122
NCH			7	7	23	18	14	19	44	44	88	96
NOS		1	10	14	60	38	97	92	167	145	312	342
NRA				1		2			0	3	3	3
ORL	1		2	4	8	2	10	10	21	16	37	40
END		1		1					0	2	2	2
Total	78	79	53	278	173	192	371	449	675	998	1673	1871

Therapien

Neu gemeldete Patienten	0-20 Jahren		21-40 Jahren		41-65 Jahren		über 66 Jahren		Total		Gesamttotal	Anzahl Aufträge
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W		
PEU			1		2	1			3	1	4	5
Total	0	0	1	0	2	1	0	0	3	1	4	5

AHV-Alter	65 Jahre < 64 Jahre		über 66 Jahre		Total		Gesamttotal	
	M	W	M	W	M	W		
		27	45	887	841	914	886	1800

Gesamttotal 92 86 234 408 736 621 887 841 1949 1956 3905 4378

Aktuelles Jahr: 2023	Vorjahr: 2022	Differenz:
Anzahl beratene Patient*innen	3949	3966 -17
Anzahl Fälle (tlw. Identische Patient*innen)	3905	4109 -204
Durchschn. Arbeitsaufwand pro Fall	stationär 3101 ambulant 795 teilstat. 9 2,85 Std. 2,03 Std. 1,6 Std.	
Anzahl Aufträge	4378	4711 -333