

Care-Arbeit unter Druck

Ein gutes Leben
für Hochaltrige
braucht Raum

**Elisabeth Ryter und
Marie-Louise Barben**
Bern, 2015

Herausgeberin
Manifestgruppe der GrossmütterRevolution

**grossmütter
manifest**

Impressum

Care-Arbeit unter Druck

Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum

Herausgeberin: Manifestgruppe der GrossmütterRevolution

Die GrossmütterRevolution ist ein Projekt des Migros-Kulturprozent
www.grossmuetter.ch

Die Studie und die Kurzfassung können heruntergeladen werden unter
www.grossmuetter.ch

oder bestellt werden bei:

GrossmütterRevolution

c/o KAITO

Güterstrasse 141

4053 Basel

T +41 61 361 41 41

Mit Förderung des

MIGROS
kulturprozent

Inhaltsübersicht

Editorial

Teil I	7
1 Ausgangslage	7
Schwerpunkt Hochaltrigkeit	7
Fragestellung, Reichweite und Ziel	8
Das Geschlecht von Pflege, Betreuung und Care	8
Vorgehen	9
2 Pflege und Betreuung	11
Das vierte Lebensalter	11
Informelle Unterstützung	13
Professionelle Pflege	14
Pflegefinanzierung	15
Flankierende Massnahmen	18
Pflegeleistungen und Betreuung	19
Demenz	20
Pflegequalität	23
3 Care-Arbeit	26
Bezahlt – unbezahlt	27
Care-Krise	28
Care vs. Ökonomisierung	32
Care-Arbeit und der Zeitfaktor	35
Teil II	37
4 Veränderungen	37
5 Was ist Care-Arbeit in den Augen der Interviewten?	38
6 Qualität und Qualitätssicherung	39
7 Pflege und Betreuung von DemenzpatientInnen	40
8 Personalfragen	42
Wer arbeitet in der Langzeitpflege?	42
Attraktivität des Arbeitsplatzes	43
Und in Zukunft?	44
Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, pflegenden Angehörigen und Care-Migrantinnen	46
9 Versorgungslage	48
Vor- und Nachteile von ambulanter und stationärer (Langzeit)pflge	49
Können sich alle Bevölkerungsgruppen Spitex leisten?	50

10	Pflegefinanzierung	51
	Pflege und Betreuung	51
	Wie wirkt sich die Pflegefinanzierung auf den Alltag der Befragten aus?	52
11	Handlungsbedarf	54
12	Lebensqualität und Lebenssinn im hohen Alter	54
	Ein differenziertes Angebot	54
	Wir werden nicht um eine Wertediskussion herumkommen	55
Teil III		57
13	Fazit	57
14	Empfehlungen	60
15	Literaturhinweise	63
16	Anhang	69
	Themen der Interviews	69
	Liste der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner	69
	Liste der Mitglieder der Manifestgruppe	70

Editorial

Unsere Gesellschaft hat eine grosse Chance

Zum ersten Mal in der Geschichte werden bei uns Menschen sehr alt. Das ist eine neue Situation und gleichzeitig eine Herausforderung. Denn wir leben in einer Welt der Tüchtigen; wir sind Instrumente von Wachstum und Gewinn und sollen uns dieser Doktrin unterwerfen. Hochaltrige Menschen hingegen sind nicht mehr tüchtig im herkömmlichen Sinn; sie sind langsam, aber erfahren, ein Gegenmodell zu unserer Zeit der Atemlosigkeit, des immer Neuen und Gehetzten. Sie überblicken eine lange Zeitspanne und setzen die Akzente und Werte anders.

Unsere Gesellschaft der Tüchtigen muss sich hier und jetzt entscheiden: Wie geht sie in Zukunft mit den Hochaltrigen und ihren Lebensrealitäten um? Was kann sie von ihnen lernen? Was bedeutet es, wenn Dienstleistungen von Menschen für Menschen zunehmen und ebenso wichtig werden wie Wachstum im eng geführten Verständnis von Wirtschaften?

Während unseres ganzen Lebens sind wir immer wieder ErbringerInnen und/oder EmpfängerInnen von Sorge-Arbeit. Kein Mensch wird als tüchtiger Manager geboren, sondern als hilfloses Kind. Care-Arbeit hat einen neuen Wirtschaftszweig begründet und wir sind verpflichtet, ihn zu erhalten und in Zukunft sorgfältig auszubauen.

Anders als andere Länder hat die Schweiz die Chance, sich diese Herausforderung materiell leisten zu können. Die heute Hochaltrigen haben über Jahrzehnte Gelder einbezahlt in die AHV, mehrheitlich auch schon in die 2. Säule. Die obligatorische Krankenversicherung wurde 1994 geschaffen, um allen Menschen in unserem Land die Angst vor Kosten der medizinischen Behandlung, Pflege und Betreuung zu nehmen. Die ältere Generation kann in der Regel lange selbst bezahlen, was sie an Unterstützung braucht. Es gibt alte Menschen mit viel Vermögen, aber selbstverständlich generiert ein langes Leben auch Kosten, die nicht allein von den Betroffenen gedeckt werden können. Sie müssen die Gewissheit haben, dass sie sich auf eine gute Versorgung verlassen können. Für viele sind die Ergänzungsleistungen eine Notwendigkeit.

Als politisch engagierte Frauen im dritten Lebensalter, die wesentliche Errungenschaften der Gleichstellung und der Sozialen Sicherheit erkämpft und mitgestaltet haben, stellen wir uns der neuen Situation des vierten Lebensalters und den Fragen, die sie mit sich bringt. Es ist auch eine Frage, von welcher die Frauen in hohem Masse betroffen sind. Sowohl die Hochaltrigen sowie auch die pflegenden Angehörigen und die Berufsleute in der Langzeitpflege sind mehrheitlich Frauen.

Die GrossmütterRevolution

Die GrossmütterRevolution ist ein Frauen- und Generationenprojekt, das seit 2010 aktiv ist. Sie wird unterstützt vom Migros Kulturprozent. Eine Arbeitsgruppe, genannt Manifestgruppe (www.grossmuettermanifest.ch), bildet die Basis für die politische Arbeit. Das Manifest zeigt, was die

heutige Grossmüttermgeneration zur Gestaltung der heutigen Gesellschaft beigetragen hat und noch immer beiträgt, was sie erreicht hat und was sie fordert.

Unsere erste Studie: *Das vierte Lebensalter ist weiblich (2012)* fasst Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter zusammen und richtet dabei ein besonderes Augenmerk auf die soziale und wirtschaftliche Lage der Frauen. Sie hat viele Diskussionen ausgelöst und wird im Hinblick auf die Soziale Sicherung des Alters und der Lebensqualität weiterhin in der Debatte stehen. Wir Frauen der GrossmütterRevolution wollen das gesellschaftliche Bewusstsein schaffen, dass es jetzt darum geht, die neue Chance der vier Lebensalter zu gestalten und politisch zu werten. Dabei gehen wir von den Prämissen der Autonomie und Menschenwürde aus. So ist der hier vorliegend Bericht entstanden und zu verstehen.

Care-Arbeit und Hochaltrigkeit

Im Bericht *Care-Arbeit unter Druck* nehmen wir den Begriff Care-Arbeit auf und setzen ihn in Beziehung zur Hochaltrigkeit und zur Langzeitpflege. Wir fragen nach den Rahmenbedingungen für ein gutes Leben im hohen Alter – sowohl theoretisch wie praktisch. Wir erfahren dabei Erfreuliches und Bedenkliches und ziehen daraus unsere Schlussfolgerungen, die schliesslich zu den Empfehlungen führen. Diese wollen wir auf die politische Traktandenliste setzen. Für sie werden wir Frauen der GrossmütterRevolution uns engagieren. Wir verlangen von den politischen EntscheidungsträgerInnen, dass sie die Dimension des guten Lebens im hohen Alter nicht ausschliesslich der alles dominierenden Kostendiskussion unterordnen. Wir freuen uns auf eine erspriessliche und zielführende Debatte.

Monika Stocker

Teil I

1 | Ausgangslage

Schwerpunkt Hochaltrigkeit

Das Alter, auch das hohe Alter, ist zu einem allgegenwärtigen Thema geworden – in den Medien, in Filmen und in der Literatur, aber natürlich an erster Stelle in der Sozialpolitik. Das ist an sich erfreulich, weil das Bewusstsein gewachsen ist, dass wir – angesichts der alternden Bevölkerung – einer gesellschaftlichen Herausforderung entgegengehen, die aber auch mit hohen Kosten verbunden ist. Daraus ergeben sich zwei unterschiedliche Positionen:

Die eine befasst sich damit, wie eine Gesellschaft mit einem grossen Anteil an Hochaltrigen aussehen könnte und was unternommen werden müsste, damit ein *gutes Leben* auch im hohen Alter möglich ist. Mit einem guten Leben ist ein Leben angesprochen, das sich an der Menschenwürde orientiert, auch dann wenn der Mensch bedürftig geworden ist. Es wird nach Lösungen gesucht, welche auch die Beteiligung der Zivilgesellschaft mit einbeziehen.

Die andere Position hat den Focus schwerpunktmässig auf die Finanzen gerichtet. Hier wird nach Möglichkeiten gesucht, Qualität, Leistungen und ihre Verteilung zu messen, möglichst wirtschaftlich einzusetzen oder an die Familien (zurück) zu delegieren. Dabei wird mit dem Ziel der Kostenreduktion auch darüber nachgedacht, ob das Qualitätsniveau heruntergesetzt oder Leistungen eingeschränkt werden könnten.

Die Mitglieder der Manifestgruppe und die Teilnehmerinnen an der GrossmütterRevolution gehören der Generation des dritten Lebensalters an. Sie sind die jüngeren Alten, die weitgehend gesund, mobil und handlungsfähig sind. Sie sind die Generation, die von den heutigen Weichenstellungen im Gesundheitswesen als erste betroffen sein wird. Ein beträchtlicher Teil wird ein hohes Alter erreichen und auf fremde Hilfe angewiesen sein. Sie wünscht für sich und alle alten Menschen ein gutes Leben auch im hohen Alter. Was könnte ein gutes Leben sein? So hat es kürzlich ein Ethiker formuliert: «Wenn ich hochbetagt und pflegebedürftig wäre, wünschte ich mir eine menschliche, geduldige und einfühlsame Begleitung. Besonders wichtig wäre mir eine Unterstützung in der alltäglichen Erfüllung meiner Grundbedürfnisse (...). Dabei wünschte ich mir Menschen, die ehrlich sind, die sagen wie es ihnen geht (...) und wo ihre Grenzen sind. (...) Wahrscheinlich wäre es mir nicht so wichtig, wo ich mich befände, ob zu Hause oder in einer Institution. Wichtiger wäre mir, dass ich einen gewissen Intimbereich für mich hätte, der von allen geachtet würde und zwei drei mir bedeutsame Gegenstände da wären.»¹

Ein gutes Leben wäre demnach ein Dasein, eingebettet in eine Gemeinschaft von mir nahe stehen-

¹ Aus einem Interview mit Markus Zimmermann-Acklin, in: Domicil-Zeitung, April 2014, S. 2.

den Menschen und professionellen Fachkräften an einem Ort, wo es mir wohl ist. Kein Luxusleben umgeben von technischen Hilfsmitteln, aber auch nicht ein Leben mit dem Anspruch, bis ans Ende meiner Tage von Familienangehörigen versorgt zu werden, wenn diese ans Ende ihrer psychischen und physischen Kräfte kommen. Ein Leben in Würde eben – für die Hochbetagten, die Pflegenden, die Familienangehörigen. Und die Möglichkeit, das Leben zu beenden, wenn diese Umstände nicht mehr gegeben und nicht mehr erfüllbar sind? Diese Frage lassen wir offen.

Fragestellung, Reichweite und Ziel

Der vorliegende Bericht enthält einen theoretischen und einen praxisorientierten Teil. Grundsätzlich geht es in beiden um die Frage, welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, damit Lebensqualität und Lebenssinn im hohen Alter erhalten werden können. Die Antwort darauf wäre allerdings eines mehrjährigen nationalen Forschungsprogramms würdig. Der Bericht beschränkt sich auf zwei Hauptthemen.

- Pflege und Betreuung einerseits: Wer benötigt sie? Wer leistet sie? Wer bezahlt sie? Und wie steht es mit der Qualität?
- Und Care andererseits: Was bedeutet der Begriff Care? Woher kommt er? Hat er Auswirkungen auf die Praxis und welche?

Eine Einschränkung ist auch zu machen in Bezug auf die Interviews im zweiten Teil: Beteiligt waren im Ganzen 23 Personen aus den Kantonen Bern und Zürich. Es sind alles Schlüsselpersonen in einer Leitungsfunktion; sie sind ExpertInnen auf ihrem Gebiet und beantworteten unsere Fragen auf diesem Hintergrund.

Trotz diesen Einschränkungen gibt der Bericht einen Eindruck über die Komplexität der anstehenden Fragen: Er nähert sich dem theoretisch-politischen Hintergrund und der Praxis der ambulanten und der stationären Langzeitpflege. Diese sind unter Druck geraten.

Ziel des Projektes ist es, die in diesem Bericht diskutierten Fragen um Hochaltrigkeit und Langzeitpflege auf dem Hintergrund des Begriffs von Care auszulegen und sie in die politische Diskussion einzubringen.

Das Geschlecht von Pflege, Betreuung und Care

Zu dieser Auslegung gehört auch die bekannte, aber in ihrer Bedeutung zu wenig reflektierte Tatsache, dass Pflege, Betreuung und Care – in der Altenpflege noch ausgeprägter als im Akutbereich – weiblich sind und explizit oder unterschwellig in eine familien- und hauswirtschaftsnahe Beziehung gebracht werden. Die Philosophin Cornelia Klinger zeigt in einem Artikel mit dem Titel *Leibdienst – Liebesdienst – Dienstleistung* auf, wie im 19. Jahrhundert die selbstlose Sorge für das Wohlergehen anderer den zum moralischen Geschlecht aufgewerteten Frauen zugeschrieben wurde. Das änderte sich auch nicht grundsätzlich, als Dienstleistungen und damit auch die Versorgung, Betreuung und Pflege zum Thema und Gegenstand staatlicher Politik wurden. Unter Dienstleistung wird alles

subsumiert, was nicht Arbeit ist im Sinn der Herstellung materieller Güter. Hier nehmen die personenbezogenen Dienste und unter diesen die persönlichen und sozialen Dienste eine nachrangige Stellung ein. «Die vielfältigen Aufgaben der Lebenssorge bilden *das Tertiäre des tertiären Sektors*»², sagt die Autorin. Das hat zur Folge, dass die Dienstleistungen, welche die Arbeit an und mit Menschen umfassen, unter mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung und mangelndem Verständnis zu leiden haben. Und auch die Zuständigkeit der Frauen für die «Belange des Lebens» änderte sich bisher nicht grundsätzlich, weder im privaten noch im beruflichen Bereich. Bis heute zeigt sich dies am hohen Anteil an Teilzeitarbeit und tendenziell niedrig(er)en Löhnen.

Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts hatte sich der Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft vollzogen und der Sozialstaat geriet zunehmend unter Druck neoliberaler Politik. In dieser Phase stecken wir noch immer. Es geht in Richtung «Privatisierung im Sinne von Vermarktlichung, Konsumgüterproduktion sowie Dienstleistungs- und Kundenorientierung», wovon der Bereich der Pflege- und Fürsorgearbeit nicht ausgenommen ist. Auch bei der Lebenssorge stehen ökonomischer Nutzen und Gewinn im Vordergrund. Diese neue Orientierung bringt eine hohe Diversifizierung mit sich und damit verbunden Wissenszuwachs, Professionalisierung, Technisierung, Optimierung von Qualität – alles Stichworte, denen wir im Verlauf dieses Berichts wieder begegnen werden. Klinger kommt gegen Ende des erwähnten Beitrags zum Schluss: «Die Lebenssorge-Industrie bedient das Leben, aber sie dient ihm nicht.» Dieser Aufsatz steht exemplarisch für eine ganze Menge von Büchern, wissenschaftlichen Artikeln und eher praxisorientierten Beiträgen, die sich mit der Verknüpfung und Verflechtung zwischen (vermeintlicher) Zuständigkeit von Frauen für professionelle und informelle Pflege, Betreuung, Hilfe, Nähe, Empathie, Fürsorge (etc.) und dem weiblichen Lebenszusammenhang in seiner historischen und gesellschaftlichen Dimension befassen. Diese Diskussion wird von Frauen (an)geführt, ebenso wie diejenige um Care, Care-Ethik, Care-Arbeit, die einen Kontrapunkt setzt gegen Technisierung, Vermarktung, Ökonomisierung der Lebenssorge. Auf diesem Hintergrund ist auch dieser Bericht zu lesen.

Vorgehen

Im Mittelpunkt des zweiten Kapitels steht die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die seit 2011 in Kraft ist. Auf der Ebene der Alterspolitik ist sie seither zu einer bestimmenden Grösse geworden. Auch wenn sie nicht alle Entwicklungen der letzten Jahre im Pflegebereich zu verantworten hat, ist sie doch symptomatisch für die Richtung, in welche sich die aktuellen Diskussionen entwickeln: Die Pflege von älteren Menschen wird bei der Krankenversicherung aus dem Akutbereich herausgelöst, die kassenvergüteten Leistungen werden abschliessend definiert und zeitlich eingeschränkt, die Spitex-KlientInnen und die HeimbewohnerInnen werden an den Kosten beteiligt, die ambulanten und stationären Einrichtungen stehen unter grossem Druck, möglichst wirtschaftlich zu arbeiten, was nicht nur Auswirkungen auf die Gepflegten, sondern auch auf die Pflegenden hat.

² Klinger, Cornelia (2012), S. 6.

In Kapitel drei, das sich mit Care-Arbeit befasst, interessiert uns vor allem die feministische Diskussion, die an die Debatten über Haus- und Erwerbsarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit, sichtbare und unsichtbare Arbeit anschliesst.³ In den 1980er Jahren von den USA ausgehend, sind die Care-Debatten in Europa auf breites Interesse gestossen, das sich insbesondere seit den letzten zehn, fünfzehn Jahren in zahlreichen Publikationen, Artikeln und Tagungen manifestiert. Die Literatur dazu ist mittlerweile ins Uferlose gewachsen. Die Diskussionen sind auch in der Schweiz auf fruchtbaren Boden gefallen. Zum einen sind es Organisationen und Institutionen wie die Careum-Forschung, die Caritas, das Denknetz, das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann, die Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan oder das Schweizerische Rote Kreuz, die das Thema aufgegriffen haben, zum anderen Zeitschriften wie die mittlerweile eingegangene *Olympe* oder der *Widerspruch*. Sie alle bieten den Rahmen für AutorInnen, die sich mit verschiedenen Aspekten der Care-Diskussion auseinandersetzen. Stellvertretend möchten wir drei Publikationen erwähnen, die alle im Jahr 2013 erschienen sind und welche die Breite der Debatte illustrieren. Das Jahrbuch des *Denknetzes* mit dem Titel *Care und Crash*⁴ setzt sich vor allem mit Ökonomie und Kapitalismus auseinander. In der Publikation im Anschluss an die Tagung *Who Cares?*⁵ des Schweizerischen Roten Kreuzes geht es primär um die Pflege von und die Solidarität mit älteren Menschen. Im *Widerspruch* schliesslich wird die *WIDE*⁶-Tagung 2012 dokumentiert. Im Mittelpunkt steht der Nord-Süd-Aspekt der Care-Diskussion.⁷

Neben der schweizerischen Literatur haben wir auch etliche Publikationen aus dem Ausland konsultiert, vorwiegend aus den deutschsprachigen Nachbarstaaten. Das Kapitel zu Care hat nicht den Anspruch, den aktuellen Forschungsstand umfassend darzustellen. Die verschiedenen Aufsätze und Bücher haben uns jedoch in anregender Weise begleitet.

Zwischen Mai und August 2014 haben Marie-Louise Barben und Elisabeth Ryter Interviews geführt mit verschiedenen Expertinnen und Experten innerhalb des Feldes Pflegewissenschaft, Alterspolitik und Versorgungsangebote. Die Ergebnisse aus diesen Gesprächen werden im zweiten Teil des Berichts wiedergegeben. Grundlage dazu bilden 13 leitfadengestützte Einzelinterviews sowie zwei Gruppengespräche in den Kantonen Bern und Zürich. Insgesamt waren 23 Personen beteiligt, 19 Frauen und vier Männer.⁸ Hauptthema der Gespräche war die Einschätzung der Fachpersonen zu aktuellen Themen der Alterspolitik und der Langzeitpflege unter den Bedingungen von zunehmendem Bedarf und der politischen Rahmenbedingungen. Die neue Pflegefinanzierung und deren Auswirkungen nahmen einen wichtigen Platz ein. Ein weiteres Thema war die Relevanz des Begriffs

³ Daneben gibt es den Strang, der vor allem auf die Pflege – auf Health Care – fokussiert. Auch diese Diskussion kennt verschiedene Stränge wie etwa Palliative Care, Care Management, Managed Care etc.

⁴ Baumann et al. (2013).

⁵ Schweizerisches Rotes Kreuz (2013).

⁶ Women in Development Europe WIDE. WIDE Switzerland ist ein Zusammenschluss von NGO-VertreterInnen und WissenschaftlerInnen, die im Bereich Gender und Development arbeiten.

⁷ Care, Krise und Geschlecht (2013).

⁸ Liste der interviewten Personen und ihrer Funktionen im Anhang.

Care in der jeweiligen Praxis der GesprächspartnerInnen. Die Gespräche wurden nach Handnotizen protokolliert. Die Aussagen der GesprächspartnerInnen wurden anonymisiert, sie sollten keine Rückschlüsse auf die Person zulassen. Die GesprächspartnerInnen geben nicht nur ihre persönliche Meinung wieder, sondern reflektieren jeweils die Situation in ihrem Einflussbereich. So waren auch die Fragen der Interviews konzipiert.⁹

Den Autorinnen des Berichts ist es ein Anliegen, allen Personen, die sich für die Interviews zur Verfügung gestellt haben, ganz herzlich zu danken. Wir haben ausnahmslos Menschen kennengelernt, die viel Engagement, hohes professionelles Können und nicht zuletzt Herzblut in ihre Arbeit investieren, auch wenn die Rahmenbedingungen nicht optimal sind.

Ein besonderer Dank gilt Elsbeth Wandeler, der ehemaligen Geschäftsführerin des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. Sie hat unseren Bericht kritisch gelesen, kommentiert und uns viele wertvolle Hinweise gegeben, die auch in die Empfehlungen eingeflossen sind. Annalies Hoegger und Gerlind Martin danken wir für die sorgfältige Lektüre der Kurzfassung des Berichts.

Fazit und Empfehlungen im dritten Teil sind aber auch das Ergebnis aus Diskussionen der Auftragnehmerinnen untereinander, mit der Begleitgruppe, bestehend aus Monika Stocker und Barbara Gurtner, und der Manifestgruppe¹⁰. Auch ihnen allen herzlichen Dank.

2 | Pflege und Betreuung

Zunächst beschreiben wir, wer hochaltrige Personen pflegt und betreut. Einen grossen Anteil leisten die Angehörigen und ihr soziales Umfeld. Diese Unterstützungsarbeiten werden gesellschaftlich als Privatsache betrachtet, während die professionelle Pflege innerhalb eines gesetzlich definierten Rahmens stattfindet. Neben der Neuordnung der Pflegefinanzierung interessiert auch der Aspekt Qualität der im professionellen Rahmen erbrachten Leistungen.

Das vierte Lebensalter

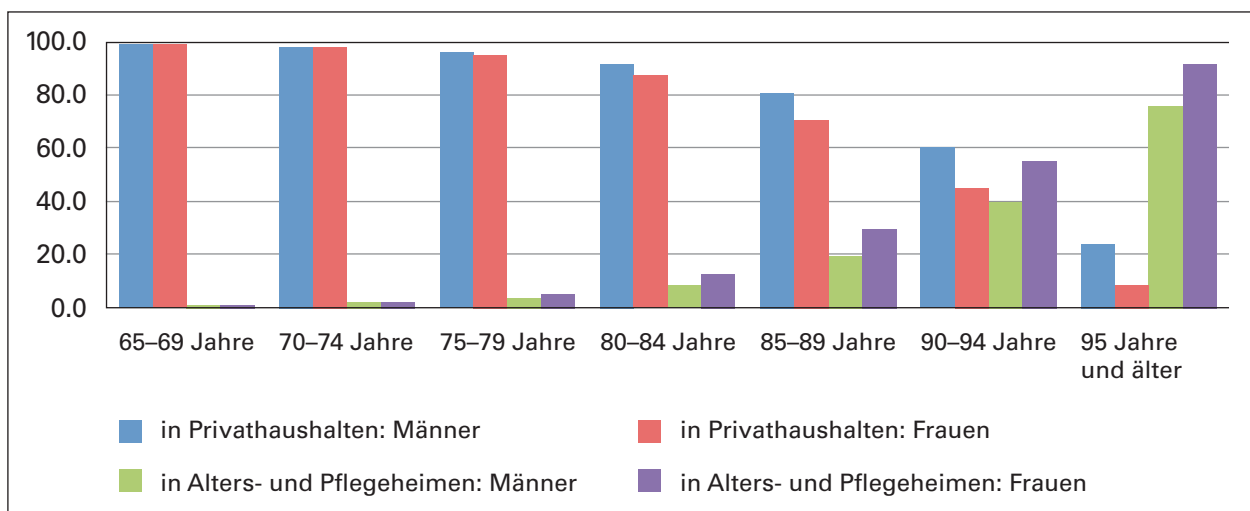
Das vierte Lebensalter beginnt, wenn körperliche oder geistige Einschränkungen zur Folge haben, dass der Alltag bzw. basale Tätigkeiten nicht oder nicht mehr vollständig ohne fremde Hilfe bewältigt werden können. Anders gesagt: Nicht das Alter nach Jahren, sondern die körperliche und geistige Verfassung bestimmen den individuellen Beginn des vierten Lebensalters. Ebenso unterschiedlich sind die individuellen Bedürfnisse nach Unterstützung. Geht es bei den einen vor allem um Handreichungen, wie etwa das Einkaufen, benötigen andere professionelle Pflege in einer stationären Einrichtung.

⁹ Liste der Themen, die in den Interviews behandelt wurden, im Anhang.

¹⁰ Liste der Mitglieder der Manifestgruppe im Anhang.

Wie die folgende *Abbildung 1* zeigt, leben Menschen in der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen noch vorwiegend in einem privaten Haushalt. Dies ändert sich erst bei Personen ab 90, insbesondere bei den Personen ab 95 Jahren. Sie leben grossteils in Pflegeheimen. Die *Abbildung 1* illustriert zudem, dass die Frauen anteilmässig in den stationären Einrichtungen stärker vertreten sind als Männer. Das liegt daran, dass sie im hohen Alter häufiger allein leben als Männer und weniger oft als diese auf die Unterstützung eines Partners zurückgreifen können.

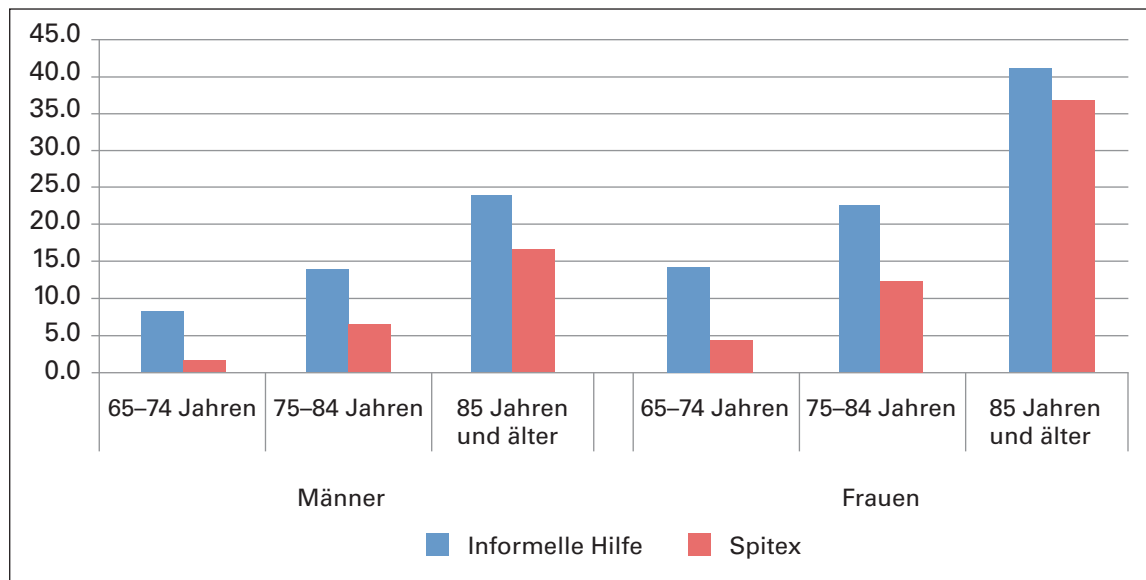
Abb. 1 Lebensort nach Alter der Bevölkerung ab 65 Jahren in %, 2012¹¹



Quelle: BFS, SOMED und STATPOP

Aber auch wer im Alter im privaten Haushalt lebt, ist oft auf Hilfe angewiesen, zum einen auf die informelle Hilfe von Angehörigen oder Personen aus dem weiteren sozialen Umfeld, zum anderen auf die Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Die *Abbildung 2* macht es deutlich: Auch die in privaten Haushalten lebenden Personen brauchen ab 85 Jahren deutlich mehr Hilfe als die jüngeren Altersgruppen.

¹¹ Bundesamt für Statistik (2014c), S. 62.

Abb. 2 Inanspruchnahme von informeller Hilfe und Spitex nach Alter in %, 2012¹²

Quelle: BFS, SGB

Informelle Unterstützung

Aufschluss darüber, wer informelle Hilfe erhält und leistet, gibt die Gesundheitsbefragung. Zunächst einmal sind es die (Ehe)partnerInnen, die betreuen. Allerdings nimmt ihr Anteil mit zunehmendem Alter ab und wird von den Töchtern und Söhnen übernommen. Ausser bei der Altersgruppe 85 plus sind es in stärkerem Masse die Töchter. Dort ist der Unterschied zwischen den Töchtern und Söhnen fast ausgeglichen. Als weitere unterstützende Familienangehörige werden Geschwister genannt. Der restliche Anteil an Familienangehörigen wird nicht aufgeschlüsselt. Aber auch NachbarInnen, Bekannte und FreundInnen sind – die *Abbildung 3* zeigt es – Teil des unterstützenden Netzes.

¹² Bundesamt für Statistik (2014c), S. 82.

Abb. 3 Prozentuale Anteile von Personen, die in der Gesundheitsbefragung von 2007 angegeben haben, in den letzten 7 Tagen informelle Hilfe erhalten zu haben (Mehrfachnennungen waren möglich)¹³

	Zuhause lebende Personen im Alter von					65 plus	
	65-69	70-74	75-79	75-79	85plus	2007	2002
(Ehe)Partner/in	73	54	40	11	9	31	37
Tochter	26	49	40	58	44	46	37
Sohn	23	32	25	19	42	29	22
Schwester	3	5	2	4	1	3	5
Bruder	5	5	0	4	1	3	5
andere Familienmitglieder	9	7	13	14	22	14	15
Nachbar/in	14	22	15	19	20	19	19
Bekannte/r/Freund/in	21	26	25	32	20	25	26
Durchschnittl. Zahl von hilfeleistenden Personen	1.7	2	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7

Aus anderen Auswertungen geht hervor, welche Art von Hilfeleistungen diese Personen erbringen: Sie helfen im Haushalt mit (65%), erledigen Einkäufe (57%), bieten moralische Unterstützung (41%), bereiten Mahlzeiten zu (31%) oder übernehmen Fahrdienste (34%). 29 Prozent der Befragten geben zudem an, von ihrem informellen Netz Kranken- und Körperpflege erhalten zu haben. Wie aus den Antworten der informelle Unterstützung leistenden Personen hervorgeht, haben sie den betreuten Personen auch Gesellschaft geleistet oder ihnen administrative Arbeiten abgenommen.¹⁴ Im Jahr 2013 haben in der Schweiz rund 170'000 Personen für die Pflege von Angehörigen ca. 64 Mio. Stunden aufgewendet.¹⁵

Professionelle Pflege

Auch wenn Angehörige in die Pflege von älteren Menschen involviert sind, wird doch ein grosser Teil davon von Professionellen geleistet. Ambulante Dienstleistungen werden in erster Linie von Spitex-Organisationen angeboten. Im Jahr 2013 wurden gut 260'000 Personen von ambulanten Diensten betreut. Rund 80 Prozent der Leistungen wurden von gemeinnützigen Spitex-Organisationen erbracht, die restlichen durch private, profitorientierte Dienste oder durch selbständige Pflegefachpersonen. Die verrechneten Stunden entfielen in diesem Jahr zu 56 Prozent auf Pflegeleistungen, weitere 30 Prozent auf hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen. Die restlichen 14 Prozent wurden als therapeutische Dienstleistungen, Fahrdienste, Notrufsysteme etc. abgerechnet.

¹³ Die Schweizerische Gesundheitsbefragung wird seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführt. Befragt wird die ständige Wohnbevölkerung in Privathaushalten. Von der Erhebung 2012 liegen noch keine detaillierten Daten vor. Die Angaben in der Abbildung 3 stammen aus Höpflinger et al. (2011), S 72.

¹⁴ Bundesamt für Statistik (2014c), S. 82. Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2012. Bei diesen Angaben wird die gesamte Bevölkerung abgebildet; es waren Mehrfachantworten möglich.

¹⁵ Rudin et al. (2014), S. 4.

Drei Viertel der Spitex-KlientInnen waren über 65-jährig. Sie beanspruchten insgesamt 82 Prozent der verrechneten Stunden. Dabei entfiel über die Hälfte dieser Pensen auf Personen ab 80 Jahren.¹⁶ Was den stationären Bereich betrifft, so wurden im Jahr 2012 in der ganzen Schweiz 1'558 Pflegeheime gezählt. Sie haben insgesamt rund 93'000 Plätze angeboten. Durchschnittlich ergab dies 68 Plätze auf tausend EinwohnerInnen von 65 Jahren oder älter. Allerdings ist das Angebot je nach Kanton sehr unterschiedlich.¹⁷ Wenn wir die Zahl der Spitex-betreuten Personen und diejenigen der Plätze in Pflegeheimen nebeneinander halten, wird deutlich: Es werden viel mehr betagte Personen zu Hause gepflegt und betreut als in Institutionen. Die Devise «ambulant vor stationär», welche die Alterspolitik seit einigen Jahren prägt, wird offensichtlich eingelöst.

Pflegefinanzierung

Finanziert werden die Pflegeleistungen durch die Krankenversicherungen, die Pflegebedürftigen selbst und die öffentliche Hand. Seit dem 1. Januar 2011 ist die Pflegefinanzierung im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes neu geregelt. Das erste Krankenversicherungsgesetz auf Bundesebene datiert aus dem Jahr 1911. Danach folgten verschiedene Revisionsversuche, die meist schon im Parlament oder dann an der Urne gescheitert sind. Erst mit der Revision, die 1994 von der Bundesversammlung verabschiedet und 1996 in Kraft gesetzt worden ist, wurde das Krankenversicherungsgesetz wesentlich verändert.¹⁸ Der Gesetzgeber verfolgte mit dem neu eingeführten Obligatorium drei Ziele: Die Versorgung der gesamten Bevölkerung zu verbessern; die Solidarität unter den Versicherten zu stärken, indem die Personen mit kleinem Einkommen durch Prämienverbilligungen finanziell entlastet werden, und schliesslich die Entwicklung der Kosten zu dämpfen.¹⁹

Kaum war das Gesetz in Kraft getreten, ging die Diskussion von Neuem los. Nun ging es hauptsächlich um Finanzierungsfragen. Das gilt u.a. auch für die Kosten der Pflegefinanzierung. Sah die Gesetzesversion von 1994 noch vor, dass die gesamten Pflegekosten von den Krankenkassen übernommen werden, war nun das Hauptziel, die Krankenkassen zu entlasten.²⁰ Der Bundesrat schlug in seiner Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vor, künftig zwischen Grund- und Behandlungspflege zu unterscheiden. Die Grundpflege umfasst Tätigkeiten wie das An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; das Essen, die Körperpflege; Verrichtung der Notdurft sowie die Fortbewegung. Die Behandlungspflege verfolgt dagegen in der Regel ein therapeutisches oder ein palliatives Ziel. Sowohl die Grund- wie auch die Behandlungspflege sind an eine ärztliche Anordnung gebunden.²¹ Künftig, so der Vorschlag, sollte die Krankenversicherung die Behandlungspflege zwar weiterhin abdecken, an die Grundpflege jedoch lediglich nur noch

¹⁶ Bundesamt für Statistik (2014d).

¹⁷ Bundesamt für Statistik (2014c), S. 72. Die genannten Zahlen beziehen sich ausschliesslich auf Pflegeheime. Die Plätze von Altersheimen sind darin nicht enthalten.

¹⁸ Botschaft (1991), S. 105ff.

¹⁹ Bundesamt für Gesundheit (2012), S. 3.

²⁰ Botschaft (2005). Vgl. dazu auch die parlamentarische Initiative von Albrecht Rychen mit dem Titel Befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenversicherung (97.402).

²¹ Botschaft (2005), S. 2065ff.

einen Beitrag leisten. Bereits in der Botschaft wurde darauf hingewiesen, dass die Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege von der Pflegewissenschaft «überwiegend kritisch und als überholt»²² bewertet werde, sich aber rechtlich insbesondere in Deutschland durchgesetzt habe. In der vom Parlament verabschiedeten Gesetzesversion vom 13. Juni 2008²³ wurde auf eine solche Unterscheidung verzichtet. Gebräuchlich ist sie jedoch auf Verordnungsstufe.²⁴ Der Artikel 25 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) erhielt mit Artikel 25a einen Zusatz zu Pflegeleistungen bei Krankheit mit dem folgenden Wortlaut:

«¹ Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.

² Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.

³ Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.

⁴ Der Bundesrat setzt die Beiträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.

⁵ Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältigt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.»²⁵

Diese Bestimmungen sind – wie bereits erwähnt – seit Beginn des Jahres 2011 in Kraft. Welche Veränderungen haben sie gebracht? An der Finanzierung der Pflegeleistungen, die ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden, sind nun auch die LeistungsempfängerInnen sowie die öffent-

²² Botschaft (2005), S. 2066. Zur Kritik vgl. etwa http://www.pflegewiki.de/wiki/Grund-_und_Behandlungspflege (Zugriff am 22.9.2014).

²³ Bundesgesetz (2008). Dieses Gesetz hat keine eigenständige Funktion. Nach Ablauf der Referendumsfrist sind die beschlossenen Änderungen in die jeweils übergeordneten Gesetze übergegangen.

²⁴ Krankenpflege-Leistungsverordnung (1995), Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben b und c.

²⁵ Bundesgesetz (1994).

liche Hand beteiligt. Die Beiträge, welche den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden dürfen, sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung geregelt.²⁶ Bei der ambulanten Pflege beträgt der maximale Tagesansatz, den die versicherten Personen an die Pflegekosten zusätzlich zum normalen Selbstbehalt und der Franchise zu leisten haben, aktuell 15.95 CHF²⁷ und in Pflegeheimen 21.60 CHF. Die Krankenkassen vergüten bei ambulanter Pflege zwischen 54.60 CHF und 79.80 CHF pro Stunde²⁸ und bei Personen in Pflegeheimen maximal 108 CHF pro Tag.²⁹ Die Einzelheiten werden durch die Kantone geregelt. Das führt dazu, dass die Beiträge, die den LeistungsempfängerInnen in Rechnung gestellt werden, nicht überall gleich sind. So wird beispielsweise den Spitex-PatientInnen in den Kantonen Freiburg, Glarus, Jura, Neuenburg, Tessin, Waadt und Wallis der Tagesansatz erlassen, in andern Kantonen herabgesetzt, dem Einkommen angepasst oder voll verrechnet.³⁰

Auch für die Regelung der sogenannten Restfinanzierung sind die Kantone zuständig, für die Begleichung der Restkosten je nach Regelung die Kantone und/oder die Gemeinden.³¹ Wie u.a. der Preisüberwacher feststellt, gibt es bezüglich der Restfinanzierung Regelungslücken, die dazu führen, «dass die Limitierung der Beiträge der Pflegeheimbewohner an die Kosten für die KVG-pflichtige Pflege («Pflegekostengrenze») unterschiedlich interpretiert und teilweise nicht eingehalten wird».³² Solche Probleme ergeben sich dadurch, dass die Kantone mehrheitlich Normkosten festgesetzt haben und nicht definieren, wer für die allfälligen Finanzierungslücken zwischen den Normkosten und den effektiv ausgewiesenen Kosten zuständig ist. Da sie nach KVG Artikel 25a weder den HeimbewohnerInnen noch den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden dürfen, kommen für ihre Finanzierung die Kantone, Gemeinden, die Pflegeheime selbst oder deren Trägerschaft in Betracht. In einem Interview aus dem Jahr 2013 betont der Preisüberwacher, dass die öffentliche Hand diese Kosten tragen müsse, wenn das Heim auf einer Pflegeheimliste aufgeführt sei. Er stützt sich dabei auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts.³³

Restfinanzierungsprobleme können sich nicht nur innerhalb eines Kantons stellen, sondern auch zwischen den Kantonen. Was ausserkantonale Pflegeheimaufenthalte betrifft, ist bisher keine gesamtschweizerische Vereinbarung getroffen worden. In seinem Bericht von 2013 zuhanden der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates schreibt das Bundesamt für

²⁶ Krankenpflege-Leistungsverordnung (1995), Artikel 7a.

²⁷ Ohne Akut- und Übergangspflege.

²⁸ Bei ambulanten Diensten wird der Krankenversicherungsbeitrag pro Stunde wie folgt unterschieden: 54.60 CHF für die Grundpflege, 65.40 CHF für die Behandlungspflege und 79.80 CHF für die Abklärung und Beratung. Pro Einsatz werden minimal 10 Minuten in Rechnung gestellt. Anschliessend wird in Einheiten von 5 Minuten abgerechnet. Die Kosten für die ambulante Akut- und Übergangspflege werden während maximal zwei Wochen voll durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die öffentliche Hand (Kanton/Gemeinde) gedeckt. Die Pflegebedürftigen bezahlen für die ambulante Akut-/Übergangspflege nur den normalen Selbstbehalt und die Franchise. Vgl. dazu <http://www.spitex.ch/Fuer-KlientInnen/Das-ist-Spitex/Tarife-Finanzierung/P3AQY/> (Zugriff am 22.9.2014).

²⁹ Die Beteiligung der Krankenkassen richtet sich in ihrer Höhe nach den Pflegestufen.

³⁰ Zusammenstellung der Patientenbeteiligung 2014: Download bei <http://www.spitex.ch/Fuer-KlientInnen/Das-ist-Spitex/Tarife-Finanzierung/P3AQY/>.

³¹ Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates SGK-N (2013).

³² Rosenkranz et al. (2013), S. 76. Vgl. dazu auch Landolt (2014b).

³³ Focus Senesuisse (2013), S. 6.

Gesundheit dazu: «Das Fehlen einer interkantonalen Vereinbarung erweist sich als problematisch, da etliche Einrichtungen mangels ausreichender Kostenübernahme keine ausserkantonalen Bewohner mehr aufnehmen. Ausserdem stellt die fehlende Vereinbarung ein Hindernis für diejenigen dar, die ihren Wohnsitz wechseln wollen. Wer näher bei seiner Familie sein möchte, muss einen Wohnortwechsel lange im Voraus planen, um sicher zu gehen, dass die Leistungen, wenn einmal Pflege im Heim nötig sein wird, auch übernommen werden.»³⁴

Flankierende Massnahmen

Sowohl zum Krankenversicherungsgesetz KVG von 1994 wie auch zu der 2008 verabschiedeten Neuordnung der Pflegefinanzierung sind Massnahmen vorgesehen, die Personen mit geringen Einkommen entlasten sollen. Mit dem KVG zusammen wurden die von Bund und Kantonen gemeinsam finanzierten Prämienverbilligungen eingeführt. Ihre Wirkung wird seither regelmässig evaluiert. Der zuletzt veröffentlichte Monitoring-Bericht zeigt, dass im Jahr 2010 rund 2.32 Mio. Personen eine Prämienverbilligung bezogen haben. Das waren 30 Prozent der Versicherten. Darunter waren neben Kindern und Jugendlichen, Einpersonenhaushalten und Alleinerziehenden auch ältere Personen überproportional vertreten.³⁵ Das vom Bundesrat formulierte Ziel, wonach die Krankenversicherungsprämien einen Haushalt höchstens mit 8 Prozent des steuerbaren Einkommens belasten sollten, wurde bisher nicht erreicht. Im Jahr 2010 machte der entsprechende Anteil je nach Kanton bis zu 14 Prozent aus. Eine Annäherung an dieses Ziel ist insofern nicht in Sicht, als die Prämienverbilligungen in einigen kantonalen Sparrunden gekürzt worden sind.³⁶

Die Neuordnung der Pflegeversicherung umfasst auch Änderungen bei der Hilflosenentschädigung und bei den Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV. Mit der Einführung der Hilflosenentschädigung für Einschränkungen leichten Grades soll, so der Bundesrat in seiner Botschaft, «ein Anreiz gesetzt werden, möglichst lange auf die Beanspruchung stationärer Pflegeinfrastrukturen zu verzichten».³⁷ Als hilflos gilt, «wer für alltägliche Lebensverrichtungen (Ankleiden, Körperpflege, Essen usw.) dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf».³⁸ Bei einer Hilflosigkeit leichten Grades wird monatlich eine Rente von 234 CHF ausgerichtet, bei mittlerem Grad eine von 585 CHF und bei schwerem Grad von 936 CHF.

Bei den Ergänzungsleistungen wurden die Vermögensfreibeträge erhöht: bei Alleinstehenden von 25'000 auf 37'500 CHF und bei Ehepaaren von 40'000 auf 60'000 CHF. Ergänzungsleistungen werden an IV- und AHV-BezügerInnen ausgerichtet. Bei der zweiten Gruppe beträgt der Anteil der EL-BezügerInnen seit einigen Jahren rund 12 Prozent. Dieser Anteil variiert nach dem Alter der AHV-RentnerInnen. Die Quote der EL-BezügerInnen steigt mit zunehmendem Alter der RentnerInnen.

³⁴ Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates SGK-N (2013), S. 15.

³⁵ Kägi et al. (2012), S. X.

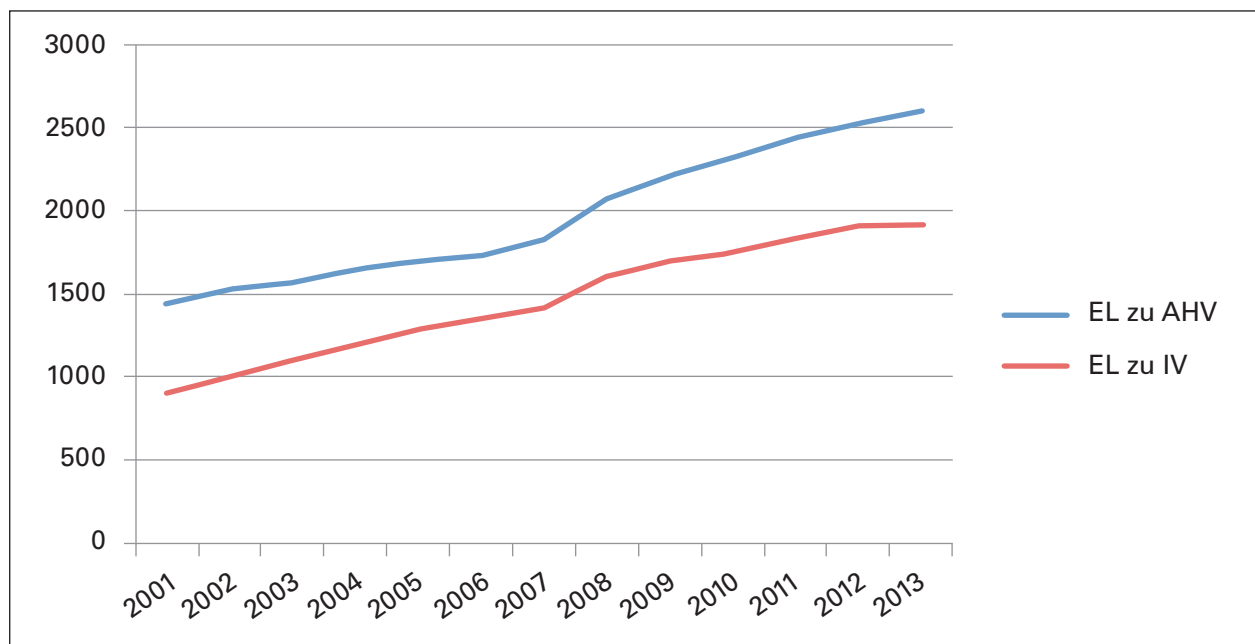
³⁶ Ruder (2014), S. 9.

³⁷ Botschaft (2005), S. 2079.

³⁸ AHV: Merkblatt zu Altersrenten und Hilflosenentschädigungen, S. 8.

Häufig zieht ein Heimeintritt den Bezug von Ergänzungsleistungen nach sich.³⁹ Auch wenn der Anteil der EL-BezügerInnen unter den RentnerInnen relativ stabil ist, wächst die Gruppe der AHV-BezügerInnen und damit diejenige der potenziellen EL-BezügerInnen. Im Jahr 2013 wurden 4.5 Mia. CHF an Ergänzungsleistungen ausgerichtet.

Abb. 4 EL-Ausgaben 2001-2013 nach Versicherungszweig in Mio. CHF⁴⁰



Quelle: BSV, EL-Statistik

Mit den Ergänzungsleistungen wird die Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den anrechenbaren Einnahmen gedeckt. Durchschnittlich betrug die Höhe der anerkannten Ausgaben im Jahr 2012 für eine alleinstehende Person zu Hause inklusive Krankenkassenprämie 2'861 CHF und bei einer Person im Heim 5'910 CHF.⁴¹

Pflegeleistungen und Betreuung

Die im Rahmen der Krankenversicherung zu begleichenden Pflegeleistungen werden vom Eidgenössischen Departement des Innern EDI auf dem Verordnungsweg geregelt.⁴² Massgebend ist dafür Artikel 7 der *Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV*. Wie bereits erwähnt, unterscheidet dieser Artikel zwischen Grund- und Behandlungspflege und führt die einzelnen krankenkassenpflichtigen Leistungen auf. Es handelt sich dabei um Leistungen, die ärztlich verschrieben und von Pflegefachleuten entweder ambulant oder stationär erbracht werden. Für andere Leistungen hat

³⁹ Portmann (2014), S. 237f.

⁴⁰ Portmann (2014), S. 237f.

⁴¹ Bundesrat (2013), S. 4.

⁴² Krankenpflege-Leistungsverordnung (1995).

sich mittlerweile der Begriff Betreuung etabliert. In Abgrenzung zu den gesetzlichen Pflegeleistungen erscheint sie als eine nicht definierte Restgrösse. Faktisch umfasst die Betreuung ein äusserst breites Spektrum. Es reicht von pflegenahen Handreichungen bis hin zu hauswirtschaftlichen Aufgaben und sozialen Kontakten. Wird die Pflege im Sinne der KLV von Professionellen erbracht, so wird ein Grossteil der Betreuung von Angehörigen und vom sozialen Umfeld geleistet. In diesem Bereich spielen auch ehrenamtlich tätige Personen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Was den Umfang der geleisteten Betreuungsarbeit betrifft, so ist sie – wie wir gleich sehen werden – keineswegs eine Restgrösse.

Demenz

Diese Tatsache ist nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem Thema Demenz zum Gegenstand öffentlicher, medialer und politischer Diskussionen geworden. Man geht davon aus, dass im Jahr 2013 in der Schweiz rund 113'000 Menschen mit Demenzerkrankungen lebten. Von einer Alzheimerkrankheit oder einer anderen Demenzerkrankung sind gemäss Schätzungen 8 Prozent der über 65-Jährigen und über 30 Prozent der über 90-Jährigen betroffen.⁴³

Abb. 5 Demenz: Prävalenzraten und Erkrankte nach Geschlecht (Schätzungen), 2013⁴⁴

Alter	Prävalenzraten		Anzahl Menschen mit Demenz		
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Total
30-64	0.07%	0.07%	1'322	1'336	2'658
65-69	1.10%	2.20%	2'383	4'478	6'861
70-74	3.90%	4.60%	6'819	6'969	13'788
75-79	6.70%	5.00%	9'866	5'709	15'575
80-84	13.50%	12.10%	16'478	9'605	26'083
85-89	22.80%	18.50%	18'874	7'811	26'685
90+	34.10%	31.90%	15'958	5'557	21'515
Total			71'700	41'466	113'165

Von den geschätzten über 110'000 demenzerkrankten Personen verfügt nur rund ein Drittel über eine entsprechende Diagnose. Bei einem weiteren Drittel besteht der Verdacht auf eine solche Erkrankung und ein weiteres Drittel ist nicht erfasst.⁴⁵

Der Verlauf von Demenzkrankheiten kann grob in drei Stadien⁴⁶ unterteilt werden, wobei die Übergänge fließend sind und individuell unterschiedlich verlaufen. In der ersten Phase leidet vor allem das Kurzzeitgedächtnis und die Lösung von komplexen Aufgaben fällt allmählich schwerer.

⁴³ Schweizerische Alzheimervereinigung (2014).

⁴⁴ Schweizerische Alzheimervereinigung (2014). Die Prävalenzrate sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. In der Regel kann diese Kennzahl nur geschätzt werden, da es zu aufwändig bzw. unmöglich ist, jeweils die ganze Gruppe zu testen.

⁴⁵ <http://www.alz.ch/index.php/forschung.html>.

⁴⁶ Es gibt auch differenziertere Unterteilungen.

Im mittleren Stadium der Demenzerkrankung sind Sprache und Sprachverständnis der Betroffenen zunehmend beeinträchtigt. Da sich PatientInnen kaum noch etwas merken können, fallen ihnen alltägliche Handlungen sowie die Orientierung in Raum und Zeit zunehmend schwerer. Im dritten Stadium schliesslich sind die Betroffenen bei allen Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen. Zuletzt verlieren sie auch die Kontrolle über ihre Körperfunktionen. Der Schweregrad der Erkrankung wird auch am Ausmass der Betreuungsbedürftigkeit gemessen.⁴⁷

Gemäss Angaben der Schweizer Alzheimervereinigung lebt rund die Hälfte der PatientInnen in einem privaten Haushalt.⁴⁸ Nicht bekannt ist, wie viele davon allein leben. Ebenso wenig ist bekannt, ein wie grosser Anteil von demenzerkrankten Personen von Spitex-Diensten oder Care-Migrantinnen versorgt wird. Die andere Hälfte der Menschen mit Demenz ist in Alters- und Pflegeheimen untergebracht, wo sie rund 60 bis 70 Prozent der BewohnerInnen ausmachen dürften.⁴⁹ Eine im Auftrag des Heimverbandes CURAVIVA im Jahr 2012 durchgeführte Studie korrigiert diesen Anteil nach unten auf ca. 50 Prozent.⁵⁰ Darunter fallen alle Stadien der Krankheit. Betreut werden die demenzerkrankten Personen je nach Institution in gemischten Abteilungen und/oder in spezifischen Demenzabteilungen. Es gibt auch Heime, die ausschliesslich demente Personen aufnehmen. Rund die Hälfte der befragten Pflegeheime verfügen über ein spezifisches Konzept zur Pflege und Betreuung von Demenzkranken. Methodisch stehen dabei Validation und Kinästhetik⁵¹ im Vordergrund.

Die Fragen nach den Herausforderungen bezüglich der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz haben die Institutionen wie folgt bewertet:

⁴⁷ Bundesamt für Gesundheit (2013b), S. 8.

⁴⁸ Auf der Website ist manchmal von 50%, manchmal von 60% die Rede.

⁴⁹ CURAVIVA (2013), S. 3.

⁵⁰ Diese und die folgenden Daten finden sich in CURAVIVA (2013), S. 27ff. Die Angaben basieren auf den Antworten von 420 Institutionen.

⁵¹ Validation ist eine Methode der verbalen und nonverbalen Kommunikation, die sich eignet, um Menschen zu erreichen, die man über kognitive Impulse nicht erreichen kann. Dabei wird der emotionale Gehalt der Aussagen und des Verhaltens einer Person aufgegriffen und für gültig erklärt, ohne ihn zu bewerten oder zu korrigieren. Bei der Kinästhetik stehen die Bewegungsabläufe im Vordergrund.

Abb. 6 Grosse und sehr grosse Herausforderungen bei der Pflege- und Betreuung von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen, 2012⁵²

Themenbereich	Anteil der befragten Institutionen
Genügend finanzielle Mittel für die Demenzbetreuung	76%
Genügend Pflege- und Betreuungspersonal	73%
Anstieg individueller Bedürfnisse der demenzerkrankten BewohnerInnen	67%
Fachärztliche Betreuung	59%
Umgang mit Aggressionen und Verhaltensauffälligkeiten von demenzerkrankten BewohnerInnen	58%
Zusammenarbeit mit Angehörigen	53%
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	51%
Bauliche Voraussetzungen	50%
Zusammenleben von Menschen mit und ohne Demenz	48%
Angemessene Anwendung von Medikamenten	47%
Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen	45%
Multikulturalität des Personals	40%
Vorteilhafte Raumverhältnisse in Zimmern	32%
Multikulturalität der Menschen mit Demenz	30%

Was die Finanzierung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz betrifft, sieht eine Mehrheit der befragten Institutionen die Leistungen nach KVG als nicht ausreichend an. «Möglichkeiten zur zukünftigen Sicherung der Finanzierung sehen sie in erster Linie in der Erhebung von Betreuungszuschlägen zulasten der Menschen mit Demenz. Weitere Möglichkeiten werden in der Erhebung von Hotelleriezuschlägen (...) sowie in der Quersubventionierung gesehen.»⁵³

Ende 2013 haben das Bundesamt für Gesundheit BAG und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 vorgestellt. Diese identifiziert vier prioritäre Handlungsfelder:

- *Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation.* Im Vordergrund stehen die sachgerechte Information und Partizipation der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen in allen Phasen des Krankheitsverlaufs.⁵⁴
- *Bedarfsgerechte Angebote.* Der Zugang zu koordinierten, flexiblen und leicht erreichbaren Angeboten soll flächendeckend sichergestellt werden. Damit sind in erster Linie die Gemeinden und Kantone aufgerufen. Sie sind es, die für die Planung und Umsetzung der Alterspolitik zuständig sind. Angesprochen werden in der Demenzstrategie auch finanzielle Aspekte: «Die Zugänglichkeit solcher Angebote bedingt ausreichend finanzielle Mittel. Dies betrifft einerseits auf Seiten der Betroffenen die finanzielle Tragbarkeit von Entlastungsangeboten respektive Versorgungskosten

⁵² CURAVIVA (2013), S. 24. Die Abbildung 6 zeigt den Anteil der Institutionen, welche die genannten Herausforderungen für ihre Einrichtung als gross oder sehr gross eingeschätzt haben.

⁵³ CURAVIVA (2013), S. 28.

⁵⁴ Bundesamt für Gesundheit (2013b), S. 20.

(Aufenthalt, Betreuung und Pflege) in Institutionen der Langzeitpflege und -betreuung. Andererseits ist eine aufwandgerechte finanzielle Abgeltung der erbrachten Leistungen sicherzustellen. Aktuell bestehen Herausforderungen sowohl bei der Finanzierung medizinischer Leistungen (v.a. in der Hausarztpraxis und im Akutspital) als auch bei der Finanzierung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes demenzkranker Menschen. Letzteres betrifft sowohl die ambulante wie die stationäre Langzeitpflege und -betreuung.»⁵⁵

- *Qualität und Fachkompetenz.* Es soll sichergestellt werden, dass sich die Behandlung, Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen an ethischen Leitlinien orientieren, die mit dem auf 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Erwachsenenschutzrecht vereinbar sind. Die Sicherstellung der Versorgungsqualität erfordert den Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung der in die Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Pflege involvierten Fachleute. Aber auch involvierte Angehörige und Freiwillige sollen in ihrer Kompetenz gestärkt werden.⁵⁶
- *Daten und Wissensvermittlung.* Datenlücken, welche für die Planung von bedarfsgerechten Angeboten erforderlich sind, sollen geschlossen werden. Gleichzeitig soll die Versorgungsqualität durch Begleitforschung gefördert werden.

Für die Umsetzung der Demenzstrategie wird eine Vielzahl von Projektideen vorgeschlagen, die «dezentral initiiert, konkretisiert und finanziell getragen» werden sollen. Das BAG und die GDK sehen sich dabei in einer koordinierenden Rolle. Es bleibt nun abzuwarten, ob die Demenzstrategie die intendierten AkteurInnen zu mobilisieren vermag.

Pflegequalität

Als Massstab für ein gutes Leben gilt gemeinhin die Lebensqualität. Das Bundesamt für Statistik beschreibt sie wie folgt: «Die Lebensqualität einer Person (einer Bevölkerungsgruppe oder einer Gesellschaft) wird verstanden als mehrdimensionale Grösse, die alle wichtigen Lebensbereiche umfasst (Berufsleben, Gesundheit, materielle Situation, Wohnverhältnisse, soziale Integration, Freizeit u.a.) und sowohl die objektiv beobachtbaren Verhältnisse, die Lebensbedingungen, als auch subjektive Faktoren wie Zufriedenheit, Werte und Einstellungen einschliesst.»⁵⁷ Viele Faktoren, welche die Lebensqualität ausmachen, sind altersunabhängig, so beispielsweise der Gesundheitszustand, die materielle Situation, die Wohnverhältnisse oder die soziale Integration. Andere erhalten durch den Prozess des Älterwerdens ein anderes Gewicht. Dies gilt ganz besonders für das vierte Lebensalter, wenn die eingeschränkte Mobilität die soziale Integration erschweren kann und wenn wegen der Hilfebedürftigkeit die Abhängigkeit von anderen Menschen besonders fühlbar wird. Faktoren wie Autonomie, in Würde zu leben oder über ausreichend Privatsphäre zu verfügen, erhalten in diesem Kontext eine neue Bedeutung. Die Lebensqualität ist keine feste Grösse, sondern ein theoretisches Konstrukt, das aufgrund seiner komplexen, multidimensionalen und

⁵⁵ Bundesamt für Gesundheit (2013b), S. 22f.

⁵⁶ Bundesamt für Gesundheit (2013b), S. 25ff.

⁵⁷ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/11/def.html>.

dynamischen Eigenschaften schwer erfassbar ist.⁵⁸

Im Folgenden beschränken wir uns auf die Qualität von Pflege und Betreuung. Wie bereits mehrmals erwähnt, spielen die Angehörigen eine grosse Rolle, insbesondere bei der Betreuung. Da sich ihr Handeln im innerhäuslichen Bereich abspielt, entzieht sich dieses der Beobachtung weitgehend. Wie steht es aber mit der Qualität der Leistungen, die durch Professionelle erbracht werden? Was bezüglich des gesetzlichen Rahmens – sei es auf Gesetzes- oder Verordnungsebene – zunächst einmal auffällt, ist die Engführung von Wirtschaftlichkeit und Qualität. Im Krankenversicherungsgesetz (KVG) werden die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen im gleichen Abschnitt angesprochen.⁵⁹ Detaillierter als das Gesetz äussert sich die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) in Artikel 77:

¹⁾ Die Leistungserbringer oder deren Verbände erarbeiten Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität. Die Modalitäten der Durchführung (Kontrolle der Erfüllung und Folgen der Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen sowie Finanzierung) werden in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern oder deren Verbänden vereinbart. Die Bestimmungen haben den allgemein anerkannten Standards zu entsprechen, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

²⁾ Die Vertragsparteien sind verpflichtet, das BAG über die jeweils gültigen Vertragsbestimmungen zu informieren. Das BAG kann über die Durchführung der Qualitätssicherung eine Berichterstattung verlangen.

³⁾ In den Bereichen, in denen kein Vertrag abgeschlossen werden konnte oder dieser nicht den Anforderungen von Absatz 1 entspricht, erlässt der Bundesrat die erforderlichen Bestimmungen. Er hört zuvor die interessierten Organisationen an.
(...)

Verschiedene Vorstösse im Parlament haben den Bundesrat aufgefordert, die ihm im Krankenversicherungsgesetz gegebene Zuständigkeit zur Vorgabe von qualitätssichernden Massnahmen stärker wahrzunehmen und seine Kompetenzen zu nutzen.⁶⁰ Das Bundesamt für Gesundheit hat daraufhin im Auftrag des Bundesrates zusammen mit externen ExpertInnen eine Qualitätsstrategie erarbeitet, welche die Regierung im Oktober 2009 gutgeheissen hat. Die Qualitätsstrategie definiert verschiedene Handlungsfelder, in denen der Bund in den nächsten Jahren aktiv werden will.⁶¹

⁵⁸ Oppikofer (2008), S. 8.

⁵⁹ Bundesgesetz (1994), Abschnitt 6.

⁶⁰ Bundesamt für Gesundheit (2011a), S. 12.

⁶¹ Eidg. Departement des Innern (2014), S. 20ff.

U.a. ist vorgesehen, eine nationale Organisation zu schaffen, welche die Umsetzung der Qualitätsstrategie an die Hand nehmen soll. Gemäss Entwurf zu einem Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung soll diese Organisation sich um

- die Sicherung und Verbesserung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes der Leistungen,
- die nachhaltige Erhöhung der PatientInnensicherheit sowie
- die Kostendämpfung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

kümmern.⁶² Im Sommer 2014 ist die Vernehmlassung zu diesem Entwurf gelaufen.

Gemäss Artikel 77 Absatz 1 der KVV sind in erster Linie die Leistungserbringer und deren Verbände aufgerufen, sich mit Qualitätssicherung und -förderung auseinanderzusetzen. Es würde zu weit führen, darauf näher einzugehen. Doch bereits ein kurzer Blick auf die Websites des Spitex Verbandes Schweiz oder des Heimverbandes CURAVIVA Schweiz zeigt, dass Qualitätssicherung und -förderung etablierte Themen sind. Allerdings können die beiden grossen Verbände in der Regel nicht Vorschriften zur Umsetzung erlassen, sondern lediglich Empfehlungen abgeben. Wie aus dem zweiten Teil dieses Berichts ersichtlich wird, sind auch die einzelnen Spitex-Organisationen und Pflegeheime in diesem Feld aktiv und zwar mit einer ganzen Reihe von Massnahmen.

Stellvertretend für die grossen Verbände seien hier kurz die *Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen* des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK vorgestellt. Ausgehend von der Feststellung, dass sich Lebensqualität nur sehr schwer definieren lasse und die Kriterien dafür sehr subjektiv seien, stellt der SBK die Autonomie in den Mittelpunkt. Unterschieden werden die Aspekte gefühlsmässige Autonomie, geistige Autonomie, körperliche Autonomie und soziale Autonomie. «Mit der Definition dieser vier Bereiche soll einerseits vermieden werden, dass man sich auf den Verlust der körperlichen oder geistigen Autonomie konzentriert, andererseits bewusst gemacht werden, dass der Verlust von Autonomie in einem Bereich nicht automatisch den Verlust der Autonomie in den anderen Bereichen bedeutet. (...) Auch wenn die Autonomie nur mehr in sehr geringem Masse vorhanden ist, muss sie von den Pflegenden erkannt und gefördert werden.»⁶³

Eine Sache ist es, Qualität zu definieren, eine andere, sie zu messen. Im Jahr 2008 hat das BAG ein Pilotprojekt lanciert zur Erarbeitung von Qualitätsindikatoren im Spitalbereich. Ausgangspunkt ist die Analyse von Mortalitätsraten und Fallzahlen nach ausgewählten Krankheitsgruppen.⁶⁴ Es wurde seither weiterentwickelt und die Website des BAG ermöglicht die Abfrage nach einzelnen

⁶² Eidg. Departement des Innern (2014), S. 29f.

⁶³ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2013, Nachdruck), S. 5. Vgl. dazu auch die weiteren in der Bibliografie aufgeführten Dokumente des SBK.

⁶⁴ Bundesamt für Gesundheit (2009a).

Spitälern.⁶⁵ Parallel dazu ist auch der Spitex Verband Schweiz tätig geworden. Gemeinsam mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW hat er 19 Qualitätsindikatoren ermittelt, welche eine vergleichende Messung von Spitex-Pflegeleistungen ermöglichen soll. Die Indikatoren werden mittels des Bedarfsabklärungsinstrumentes RAI-HC ermittelt.⁶⁶ Auch der Heimverband CURAVIVA hat Schritte zur Qualitätsmessung unternommen. Im Jahr 2014 läuft die Vernehmlassung zu seinem Vorschlag bei den Kantonen.⁶⁷

Zusammenfassend können wir feststellen, dass sich aktuell in der Schweiz bezüglich Qualitätssicherung und -förderung in der Pflege einiges tut. Dazu gehört auch die im Aufbau befindliche Qualitätsmessung. Ohne die Wichtigkeit dieser Projekte herabmindern zu wollen, ist festzuhalten, dass diese nur über messbare Daten Auskunft geben können, nicht aber über die Lebensqualität der betreuten und gepflegten Personen. Abzuwarten bleibt, welche Schlüsse die vom BAG geplante Evaluation der Pflegefinanzierung ziehen wird. Sie soll – so der Auftrag – untersuchen, ob die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Grundversorgung gewährleistet sind und die sozial- und wettbewerbspolitischen Zielsetzungen des Gesetzes erreicht werden. Der Bericht zur Neuordnung der Pflegefinanzierung dürfte frühestens für 2015 erwartet werden. Zu wünschen bleibt, dass auch andere als finanzielle Aspekte zur Sprache kommen werden.

3 | Care-Arbeit

Care-Arbeit lässt sich definieren als jede personennahe fürsorgende Dienstleistung, die sowohl bezahlt als auch unbezahlt erfolgen kann. Nähere Kriterien der Sorgearbeit sind, dass sie erstens durch eine gewisse Asymmetrie, also ein Abhängigkeitsverhältnis von EmpfängerInnen gegenüber ErbringerInnen der Dienstleistung gekennzeichnet ist, und zweitens eine emotionale Komponente sowie die aufgewendete Zeit als Teil der Tätigkeit selbst gelten. Care-Arbeit unterscheidet sich von anderen Tätigkeiten insbesondere auch durch ihre Zeitstruktur: Sie ist nur beschränkt rationalisierbar.

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff Care geht zurück auf feministische Diskussionen der frühen 1980er Jahre.⁶⁸ Mittlerweile sind dazu unzählige Artikel und Bücher erschienen, zahlreiche Tagungen durchgeführt worden und das Feld der Debatte hat sich ausdifferenziert. Ging es zunächst vor allem um die Care-Ethik, haben sich mittlerweile auch die Care-Ökonomie oder die Care-Arbeit als eigene Diskussionszusammenhänge etabliert. Uns interessiert im Folgenden vor allem das letztgenannte Feld, das im deutschsprachigen Raum auch als Sorgearbeit, Lebenssorge, Fürsorge

⁶⁵ www.bfs.admin.ch >Themen >Krankenversicherung > Qualitätssicherung (Zugriff am 7.10.2014).

⁶⁶ Spitex Verband Schweiz (2009), Rüesch et al. (2008), Rüesch et al. (2009). RAI-HC steht für Resident Assessment Instrument-Home Care. Es ermöglicht u.a eine umfassende Beurteilung der allgemeinen Situation der Klientin und dient als Grundlage für die Hilfe- und Pflegeplanung. Ebenso werden hier die einzelnen Leistungen, die für die Klientin zu erbringen sind, festgehalten.

⁶⁷ www.curaviva.ch > Fachinformationen > Medizinische Qualitätsindikatoren (Zugriff am 7.10.2014).

⁶⁸ Sander-Staudt (2011).

oder fürsorgliche Praxis bezeichnet wird.⁶⁹ Weiter legen wir unseren Fokus auf die Care-Arbeit, die Personen im hohen Alter benötigen. Dass dabei die Aspekte Care-Ethik und Care-Ökonomie nicht einfach ausgeklammert werden können, versteht sich von selbst.

Bezahlt – unbezahlt

Für die Jahre 2007/08 hat Mascha Madörin im Auftrag des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann eine Schätzung der in der Schweiz geleisteten Care-Arbeit vorgenommen. Nach ihrer Berechnung sind in diesen Jahren für die Pflege und Betreuung von Kindern und Erwachsenen rund 2.8 Mia. Arbeitsstunden aufgewendet worden. Von diesen Arbeitsstunden entfielen vier Fünftel auf die Betreuung von Kindern und ein Fünftel auf die Pflege von Erwachsenen. Während die Betreuung der Kinder zu über 90 Prozent als unbezahlte Arbeit geleistet worden ist, wurde die Pflege und Betreuung von Erwachsenen mehrheitlich – nämlich zu rund zwei Dritteln – als bezahlte Arbeit geleistet.⁷⁰

Zu den Verdiensten der neuen Frauenbewegung gehört es, unbezahlte Arbeit als Arbeit sichtbar gemacht zu haben. Gegenstand dieser Debatte war in den 1970er und 1980er Jahren vor allem die Hausarbeit, die in den privaten Haushalten für die Augen der Politiker und der Ökonomen unsichtbar verrichtet wurde. Der private Haushalt wurde vor allem als Gegenwelt zur Arbeitswelt verstanden und ökonomisch als Konsumeinheit definiert. Diese Haltung ist zwar nicht ganz verschwunden. Doch die Tatsache, dass das Bundesamt für Statistik seit Ende der 1990er Jahre Daten zur unbezahlten Arbeit erhebt, zeigt, dass diese gesellschaftlich notwendige Arbeit stärker ins Bewusstsein gerückt ist. Wie die *Abbildung 7* zeigt, leisten Frauen nach wie vor mehr unbezahlte Haus-, Erziehungs- und Betreuungsarbeit als Männer:

Abb. 7 Umfang der in der Schweiz geleisteten unbezahlten Arbeit in Mio. Stunden, 2010

	Total	Frauen	Männer
Hausarbeiten total	6'286.5	4'046.1	2'240.4
• Mahlzeiten	1'732.9	1'219.6	513.3
• Abwaschen	720.8	455.3	265.5
• Einkaufen	734.5	439.2	295.3
• Putzen	1'060.1	791.0	269.1
• Wäsche	490.8	407.7	83.1
• Handwerkliche Tätigkeiten	452.5	153.7	298.8
• Gartenarbeit / Haustiere	683.1	391.9	291.2
• Administrative Arbeiten	411.8	187.7	224.1

⁶⁹ Kritisiert wird die Verwendung des Care-Begriffs u.a. von Cornelia Klinger. Ihr ist der englische Begriff zu eng gefasst. Vgl. dazu Klinger (2014²). Frigga Haug moniert den Geschichtsverlust, der mit der Verwendung des englischen Begriffs verbunden sei. Vgl. dazu Haug (2011).

⁷⁰ Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (2010), S. 7f. Nicht enthalten sind in der Berechnung der Erwachsenenpflege die in Privathaushalten beschäftigten Betreuungspersonen und Hausangestellten. Weiter ist nicht bekannt, wie gross der Anteil der älteren Personen an den für Erwachsene aufgebrauchten Arbeitsstunden ist. Synonym für die Bezeichnung unbezahlte und bezahlte Care-Arbeit werden auch die Begriffe informell bzw. formell verwendet.

Betreuung und Pflege total	1'308.3	807.6	500.7
• Kleinkinder Essen geben, waschen	297.4	200.5	96.9
• Mit Kindern spielen, Hausaufgaben machen	866.9	517.5	349.3
• Kinder begleiten	116.0	71.1	44.9
• Betreuung, Pflege von Erwachsenen	28.1	18.5	9.5
Freiwilligenarbeit total	640.1	349.1	291.0
• Institutionalisierte Freiwilligenarbeit ⁷¹	319.7	115.9	203.8
• Informelle Freiwilligenarbeit	320.4	233.2	87.2
Total	8'234.9	5'202.8	3'032.1

Quelle: BFS

Das Gleiche gilt auch für die Beschäftigten im Gesundheitsbereich – auch hier sind die Frauen in der Mehrheit. Gemäss dem Bericht *Gesundheitsstatistik 2014* lag der Frauenanteil bei den im Jahr 2012 in den Pflegeheimen 119'600 beschäftigten Personen bei 84 Prozent.⁷²

Care-Krise

In den letzten Jahren ist zunehmend die Rede von einer Care-Krise.⁷³ Die Debatte hat dabei die Care-Arbeit im Visier. Als eine der Ursachen für diese Krise wird geltend gemacht, dass immer mehr Frauen erwerbstätig sind und sie nicht mehr im gleichen Ausmass für die unbezahlte Arbeit zu Verfügung stehen wie früher. Gleichzeitig nimmt in der Bevölkerung der Anteil älterer Menschen zu, die früher oder später auf Pflege oder Betreuung angewiesen sein werden. Die Krise wird aber nicht nur an der unbezahlten Care-Arbeit festgemacht sondern auch an der bezahlten.

- Vom Alleinernährermodell zum Adult-Worker-Modell

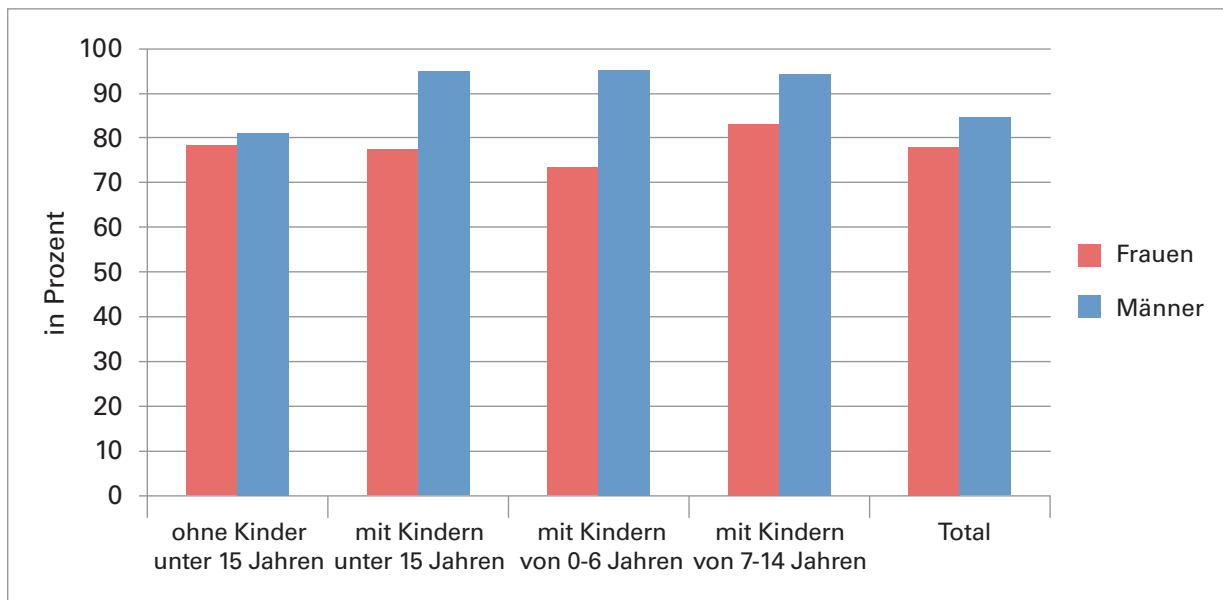
Das zunächst bürgerliche Modell der Geschlechterrollen, welches dem Mann die öffentliche Sphäre und die Erwerbsarbeit vorbehielt, während der Frau als Hausfrau und Mutter die Zuständigkeit für die Privatsphäre zugewiesen wurde, ist nach dem Zweiten Weltkrieg auch in der Schweiz zur Norm erhoben worden. Chantal Magnin bezeichnet diesen Prozess als «die Demokratisierung einer bürgerlichen Lebensform».⁷⁴ Ermöglicht wurde diese Entwicklung durch die steigenden Löhne der Männer. Gleichzeitig wurden die Sozialversicherungen an das Erwerbseinkommen gekoppelt. Die verheirateten, nicht erwerbstätigen Frauen waren bzw. sind über ihre Ehemänner versichert. Mittlerweile hat sich die Situation verändert. Die Erwerbsquote der Frauen bewegt sich seit einigen Jahren um die 80 Prozent. Wie die *Abbildung 8* zeigt, nähern sich die Erwerbsquoten beider Geschlechter immer mehr an.

⁷¹ Institutionalisierte Freiwilligenarbeit wird im Rahmen von Institutionen, Organisationen oder Vereinen geleistet. Als informelle Freiwilligenarbeit wird diejenige Arbeit bezeichnet, die für die Familie, im Bekanntenkreis oder unter NachbarInnen erbracht wird.

⁷² Bundesamt für Statistik (2014c), S. 73.

⁷³ Das Phänomen wird auch als Sorgekrise oder -lücke, Reproduktionslücke, Versorgungslücke, Care-Defizit etc. bezeichnet. Vgl. dazu Knobloch (2013a), S. 24.

⁷⁴ Magnin (2002), S. 392f.

Abb. 8 Erwerbstätigenquote der 15- bis 64-Jährigen nach Familientyp und Geschlecht in %, 2013,⁷⁵

Quelle: BFS, SAKE

Allerdings mit einem gewichtigen Unterschied: Frauen arbeiten zu 59 Prozent Teilzeit während dieser Anteil bei den Männern lediglich 15 Prozent beträgt. Das führt dazu, dass nur 38 Prozent der Erwerbsarbeitsstunden von Frauen geleistet werden.⁷⁶ Es wäre deshalb falsch, aufgrund der hohen Erwerbsquote der Frauen auf die Umsetzung des Adult-Worker-Modells zu schliessen, das darauf hinausläuft, dass jede erwachsene Person sich ihren Lebensunterhalt selbst verdient. Die Schweiz ist eher ein Beispiel für das Anderthalb-Verdiener-Modell, bei dem die Frauen ökonomisch die Rolle der Zuverdienerinnen übernehmen, gesellschaftlich aber weiterhin als die primär für Care-Arbeit Zuständigen betrachtet werden. Dass sich das Adult-Worker-Modell bisher noch nicht durchgesetzt hat, liegt u.a. an der Situation bezüglich der externen Kinderbetreuung. Obschon sich in den letzten Jahren einiges getan hat, gibt es immer noch nicht ausreichend Kita-Plätze und Tagesschulen, die den Frauen grössere Erwerbspensen ermöglichen würden. Offensichtlich übernehmen Frauen immer noch einen grossen Teil der Care-Arbeit, jedoch nicht mehr im gleichen Ausmass wie früher. Das hat auch Auswirkungen auf die Betreuung und Pflege von Eltern oder anderen älteren Personen. Nachdem die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sich lange auf die Betreuung von Kindern beschränkte, wird erst in den letzten Jahren auch die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf thematisiert.⁷⁷

⁷⁵ Die Arbeitsmarktdaten sind abhängig von der Erhebungsart. Vgl. dazu die Angaben zum Bereich 03 Arbeit und Erwerb des BFS (www.bfs.admin.ch).

⁷⁶ Bundesamt für Statistik (2014a), S. 14.

⁷⁷ Bischofberger (2012), Bischofberger (2013).

- Care-Migrantinnen als Lückenbüsserinnen

Immer öfter werden Versorgungslücken mit den sogenannten Care-Migrantinnen gefüllt. Das Phänomen wird bei uns vor allem seit dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens mit den EU- und EFTA-Ländern im Jahr 2011 beobachtet. Die Care-Migrantinnen stammen mehrheitlich aus Osteuropa und übernehmen in privaten Haushalten die Betreuung von älteren Menschen. Einige Care-Migrantinnen bleiben längerfristig, andere pendeln im Abstand von einigen Wochen oder Monaten zwischen ihrer Stelle hier und ihrer Familie im Herkunftsland hin und her. Dafür hat sich der Begriff Pendelmigration eingebürgert. Die Care-Migrantinnen leben meist unter dem gleichen Dach wie die von ihnen betreuten Personen. Genaue Zahlen zu diesem Phänomen sind nicht erhältlich. Das liegt nicht zuletzt daran, dass ein Teil dieser Frauen hier schwarz arbeitet. Andere haben zwar einen Arbeitsvertrag, sei es mit der betreuten Person oder mit deren Angehörigen, aber keine Arbeitsbewilligung. Es wird vermutet, dass nur eine Minderheit ganz korrekt angestellt ist. Vermittelt werden diese Sorge-Arrangements durch spezialisierte Agenturen oder sie kommen auf informellem Weg zustande.

Eine 2013 erschienene Studie, die sich vor allem mit den Motiven von Angehörigen beschäftigt, die ein solches Arbeitsverhältnis eingegangen sind, kommt zum Schluss, dass vor allem der Wunsch nach individueller Versorgung im eigenen Haushalt sowie das Bedürfnis nach Sicherheit und Stabilität – oft in erster Linie der Angehörigen – ausschlaggebend sind. Für die Wahl der Ausländerinnen spreche, dass Schweizerinnen für eine 24-Stunden-Betreuung nicht bereit seien und eine solche Anstellung auch nicht finanzierbar wäre.⁷⁸

Kritisiert werden am Care-Migrantinnen-Modell an erster Stelle die oft schlechten Arbeitsbedingungen wie zu tiefe Löhne, mangelnder Anschluss an die schweizerischen Sozialversicherungen, Verstösse gegen das Arbeitsrecht bei der Regelung von Freizeit, Ferien und Unfallversicherungen usw.⁷⁹ Zudem werden den Care-Migrantinnen manchmal auch Pflegearbeiten übertragen, die nach schweizerischem Recht eine Berufsbewilligung brauchen.⁸⁰

- Fachkräftemangel

Ausländerinnen sind in der Schweiz nicht nur als Care-Migrantinnen anzutreffen. Vielmehr stellen Personen mit ausländischem Pass seit einigen Jahren einen wesentlichen Anteil des Personals in Gesundheits- und Pflegeberufen. Gemäss Betriebszählung 2008 betrug ihr Anteil rund einen Viertel.⁸¹ Wie eine Studie des Obsan zeigt, stammen die zugewanderten Arbeitskräfte mehrheitlich aus

⁷⁸ van Holten et al. (2013), S. 26ff. Zur (rechtlichen) Situation der Care-Migrantinnen vgl. etwa Greuter (2009), Medici (2012), Truong (2012), Schilliger (2013).

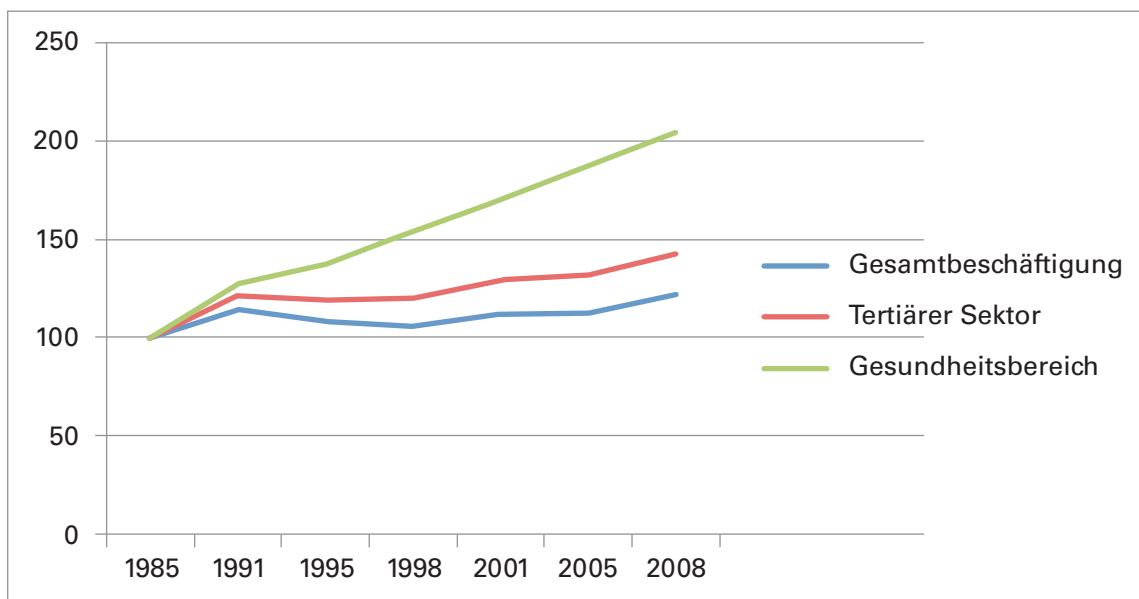
⁷⁹ Die Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich hat einen Ratgeber erarbeitet, der zeigt wie man bei der Anstellung einer Care-Migrantin korrekterweise vorgehen muss. Vgl. dazu die Angaben in der Bibliografie.

⁸⁰ Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern (2014), S. 5.

⁸¹ Bundesamt für Statistik (2012b), S. 87.

den Nachbarländern, insbesondere aus Deutschland. Stellt man den Migrationssaldo⁸² den Daten zum Berufsnachwuchs gegenüber, wird deutlich, dass die Schweiz zunehmend auf die internationale Rekrutierung angewiesen ist, viel stärker als die Gesundheitssysteme der umliegenden Länder.⁸³ Die Ausländerinnen und Ausländer tragen wesentlich dazu bei, den – wie die *Abbildung 9* zeigt – in den letzten Jahren überdurchschnittlich gewachsenen Bedarf in den Gesundheits- und Pflegeberufen abzudecken.

Abb. 9 Beschäftigung im Gesundheitsbereich und in der gesamten Wirtschaft⁸⁴



Quelle: BFS, Betriebszählungen; Index 1985=100

Der sogenannte Care Drain ist ein Phänomen mit internationaler Auswirkung. Durch Abwanderung und Abwerbung von qualifizierten Pflegefachleuten entstehen in deren Herkunftsländer nicht nur Versorgungslücken, sondern diese gehen auch ihrer Bildungsinvestitionen verlustig, was insbesondere bei den knappen Bildungsressourcen von Entwicklungsländern ins Gewicht fällt. Im Jahr 2010 haben die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation WHO den globalen Verhaltenskodex für die Internationale Abwerbung von Gesundheitsfachkräften gutgeheissen. Er enthält ethische Grundsätze, die bei der internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal angewendet werden sollen.⁸⁵

⁸² Darunter versteht man in der Bevölkerungsstatistik den Wert der sich ergibt, wenn Immigration und Emigration miteinander verrechnet werden.

⁸³ Jaccard Ruedin et al. (2010), S. 17.

⁸⁴ Bundesamt für Statistik (2012b), S. 86.

⁸⁵ World Health Organization (2010). Vgl. auch www.bag.admin.ch >Themen > Internationales > Globale Gesundheit >Themen > Migration von Gesundheitspersonal.

Mit der Annahme der Initiative «Gegen Masseneinwanderung» im Februar 2014 gehört der Gesundheits- und Pflegebereich zu denjenigen Beschäftigungsbereichen, die künftig mit noch grösseren Rekrutierungsproblemen zu rechnen haben als bisher. Im September 2014 stellte das Eidg. Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF vor, zu welchen Schlüssen es bis anhin in dieser Sache gekommen ist: Zum einen sollen Teilzeitarbeitende – sprich Frauen – ihr Arbeitspensum erhöhen, zum andern soll die Erwerbstätigkeit bis zum Pensionsalter, wenn nicht sogar darüber hinaus, verlängert werden. Um dieses Potenzial «besser auszuschöpfen, sind die Beseitigung von negativen finanziellen Anreizen bezüglich (zusätzlicher) Erwerbstätigkeit, die Erhöhung des Angebots von Betreuungsplätzen für Kinder im Vorschul- und Schulalter und die Kostensenkung der Betreuungsstrukturen geplant».⁸⁶ Der im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen zunehmende Bedarf an Fachkräften soll mit nicht näher beschriebenen Innovationen begrenzt werden. Zudem – so heisst es weiter – müssten die «Treiber» für dieses Wachstum untersucht werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Krisenanzeichen nicht nur bei der informellen Care-Arbeit auszumachen sind, sondern auch bei der bezahlten Care-Arbeit. Diese wird durch die Zuwanderungsinitiative verschärft. Ob die teilzeitarbeitenden Frauen diese Lücken wirklich ausfüllen werden, bleibt abzuwarten.

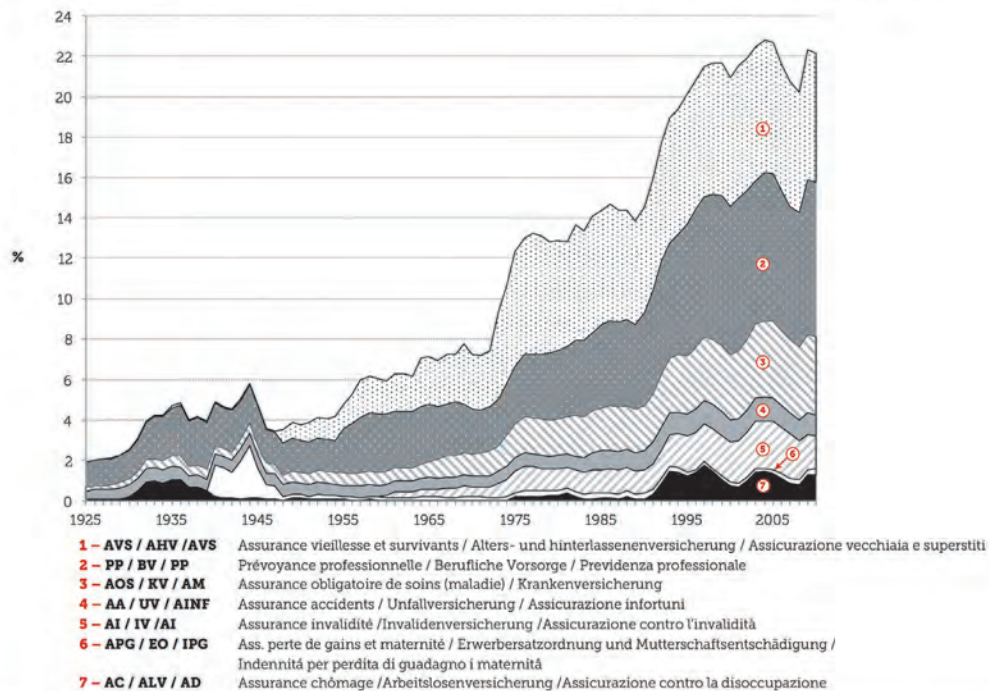
Care vs. Ökonomisierung

Ein weiterer Aspekt der Care-Krise ist die Debatte um die Kosten. Wie die *Abbildung 10* zeigt, sind die Ausgaben für Sozialversicherungen im Verlauf des 20. Jahrhunderts tatsächlich massiv gestiegen. Hintergrund dafür ist der Auf- und Ausbau der staatlich garantierten sozialen Sicherheit. Im Vergleich zu anderen westlichen Industriestaaten geschah dies in der Schweiz mit einiger Verzögerung. Der Wohlfahrtsstaat – so die Absicht – sollte korrigierend in das Marktgeschehen eingreifen und über staatliche Transferleistungen Chancengleichheit und Verteilungsgerechtigkeit herstellen. Personen in strukturell schwächeren Marktpositionen sollten damit materiell abgesichert werden.

⁸⁶ Eidg. Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF (2014).

Abb. 10 Ausgaben der wichtigsten Sozialversicherungen in % des Bruttoinlandproduktes, 1925-2010⁸⁷

G2 Dépenses des principaux régimes d'assurance sociale, en % du produit intérieur brut, 1925-2010
 Ausgaben der wichtigsten Sozialversicherungen, in % des Bruttoinlandproduktes, 1925-2010
 Uscite dei principali rami del sistema di sicurezza sociale, in % del prodotto interno lordo, 1925-2010



Sources/Quellen/Fonte
 OFS/BFS/UFS Tab 13.3.1.1 (1925-1999), Tab je-f-13.03.01.01 (2000-2010)

www.histoiredelasecuritesociale.ch/chiffres
 www.geschichtedersozialensicherheit.ch/zahlen
 www.storiadellasicurezza sociale.ch/cifre

Care-Arbeit wurde aus dem System der sozialen Sicherheit weitgehend ausgeblendet. Das Modell baute darauf auf, dass sie zu einem grossen Teil im privaten Rahmen von Frauen erbracht wurde. «Die Übernahme von Care-Leistungen durch öffentliche Angebote war nachrangig, das heisst, sie sollten lediglich dann gewährt werden, wenn die Möglichkeit des Einzelnen oder der Familie nicht mehr ausreichten, die Aufgaben der Daseinsgestaltung zu lösen. Die erhebliche Gerechtigkeitslücke in diesen bisherigen Care-Arrangements wird in diesem Typus von Wohlfahrtsstaat besonders deutlich: Die Übernahme von unbezahlter, gleichwohl gesellschaftlich notwendiger Care-Arbeit führte zu geringen, keinen oder keinen eigenständigen sozialstaatlichen Absicherungen (...) von Hausfrauen.»⁸⁸

⁸⁷ <http://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/zahlen/die-soziale-sicherheit-in-zahlen/>.

⁸⁸ Riegraf (2014a), S. 162.

Nicht nur in der Schweiz, sondern in den meisten westlichen Industriestaaten wird das Wohlfahrtsystem seit den 1990er Jahren ab- oder zumindest umgebaut. Leitend ist dabei der Anspruch aus dem «fürsorgenden» einen «aktivierenden» Wohlfahrtsstaat zu machen. Nicht mehr das «Marktversagen» bestimmt die Diskussion, sondern das «Staatsversagen». Die Herstellung von Gerechtigkeit wird zunehmend dem Markt überlassen. Handelndes Subjekt ist dabei der sogenannte Homo Oeconomicus, ein von sozialen Kontexten freies Individuum. «Es agiert ohne körperliche, mentale und soziale Beeinträchtigungen. Es ist im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte und hat die Wahl darüber, wie und wo es leben möchte und ist ein ausschliesslich an sich selbst interessiertes Gesellschaftsmitglied.»⁸⁹

Dieses aus der neoklassischen Wirtschaftstheorie abgeleitete Modell ist mit Care-Arbeit schlecht zu vereinbaren. Denn Care-Leistende und Care-Empfangende verbindet nicht in erster Linie ein Vertragsverhältnis unter Gleichgestellten, sondern ihre Beziehungen sind geprägt durch Asymmetrie und Abhängigkeit. Nach wie vor wird vorausgesetzt, dass ein grosser Teil der Care-Arbeit im familiären Rahmen oder allenfalls im sozialen Umfeld erbracht wird. Das gilt – wie wir bereits mehrfach gesehen haben – ganz ausgeprägt für die Pflege und Betreuung von hochaltrigen Menschen. Zwar gibt es mit der Spitex ein flächendeckendes Angebot an ambulanter Pflege und mit den Pflegeheimen ein Netz von stationären Einrichtungen. Alles andere jedoch – einmal abgesehen von unterschiedlich gut ausgebauten und oft auch privat zu finanzierenden Entlastungsangeboten – ist Sache der Angehörigen oder des sozialen Umfeldes der unterstützungsbedürftigen älteren Personen.

Ob man in der Schweiz in diesem Zusammenhang wie in anderen Ländern von Re-Familialisierung sprechen kann, bleibt im Einzelnen zu untersuchen. Tatsache ist, dass die De-Familialisierung vielfach gar nie stattgefunden hat oder wie etwa bei der externen Kinderbetreuung erst in den letzten Jahren stärker thematisiert worden ist. Cornelia Heintze spricht in diesem Zusammenhang von familienbasierten und servicebasierten Pflegesystemen. Als Beispiele für das familienbasierte Modell nennt sie neben der Schweiz Deutschland, Österreich und Italien. Das servicebasierte Modell wird vor allem in den nordischen Staaten Dänemark, Finnland, Norwegen, Island und Schweden praktiziert. Bezüglich der Pflege heisst dies: «Vorrang der formellen Pflege; mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung (Bedarfssteuerung); ein weiter Pflegebegriff⁹⁰; hohe Professionalisierung; qualitativ hochwertige kommunale Pflegeinfrastruktur.»⁹¹

Geht es um die professionelle Pflege, versucht man auch bei uns, vermehrt den Markt spielen zu lassen. Ein Beispiel dafür sind die privaten profitorientierten Spitex-Dienste, die seit der Neuord-

⁸⁹ Riegraf (2014a), S. 166.

⁹⁰ Dazu Heintze (2012), S. 22: «Es gilt ein erweitertes, die Selbstständigkeit der Person in den Mittelpunkt rückendes Pflegeverständnis. Ältere Menschen sollen in ihrem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben unterstützt werden; sie haben ein Recht auf ein Altern in Würde. Die Altenhilfesysteme sind auf dieses Ziel hin orientiert, indem sie abgestuft unterschiedliche Massnahmen von klassischer Pflege über soziale Massnahmen bis zur pädagogischen und physiotherapeutischen Aktivierung integrieren.»

⁹¹ Heintze (2012), S. 6.

nung der Pflegefinanzierung die kassenpflichtigen Leistungen gleichermaßen in Rechnung stellen können wie die gemeinnützigen Spitex-Organisationen. Ein anderes Beispiel sind die privaten Altersresidenzen und Pflegeheime. Cornelia Klinger kommentiert diese Entwicklung wie folgt: «Auf der Seite der Nachfrage bedeutet das neue Regime sowohl einen Gewinn an Freiheit als auch an Komfort: Die EmpfängerInnen von Sorgeleistungen avancieren von Bedürftigen und Bittstellern zu umworbenen KundInnen. In ihrer «autonomen Kaufentscheidung» haben sie die Wahl zwischen verschiedenen, konkurrierenden Anbietern.» (...) Die Lebenssorgeindustrie «bietet auf einer nach oben offenen Preisskala «Produkte» an, die nach keinem anderen Kriterium distribuiert werden als dem der Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft der Kundschaft – wie bei jeder anderen Ware auch».⁹²

Care-Arbeit und der Zeitfaktor

Gehören betreuungs- und pflegebedürftige Menschen hingegen zu denjenigen Bevölkerungsgruppen, deren Zahlungsfähigkeit beschränkt ist, interessiert weniger, was der Markt alles zu bieten hat, als was sie aus eigener Kraft oder mit Hilfe von Ergänzungsleistungen finanzieren können. Es ist zu vermuten, dass die meisten Pflegebedürftigen Zugang zu den Leistungen eines gemeinnützigen Spitex-Dienstes haben und in der Regel innert nützlicher Frist einen Platz in einem Pflegeheim finden, das auf einer öffentlichen Pflegeheimliste aufgeführt ist. Spätestens mit der neuen Pflegefinanzierung wurden allerdings die kassenpflichtigen Leistungen normiert und zeitlich rationiert. Das heisst: Die Leistungen, welche die Krankenkassen im Bereich der Grundversicherung übernehmen, sind in der KLV definiert und in Dokumentationssystemen wie dem RAI-HC oder dem BESA mit fixen Zeiteinheiten hinterlegt. Das Zeitregime ist für die Pflegenden insofern eine zwingende Vorgabe, als für die Organisation oder Institution ein ungedecktes Defizit entsteht, wenn es nicht eingehalten wird. Anders gesagt: Die Spitex-Dienste und die Pflegeheime sind gehalten, ihre Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen. Dabei sollen sie sich an betriebswirtschaftlichen Managementmethoden und Effizienzkriterien orientieren, die oft im Kontext der Güterproduktion entwickelt worden sind und auf care-spezifische Anforderungen wenig Rücksicht nehmen.

Von Sparmassnahmen sind nicht nur die Spitex-KlientInnen und HeimbewohnerInnen betroffen, sondern auch das Pflegepersonal. Wie eine Studie über Spitex-Mitarbeitende im Kanton Bern zeigt, wirken sie sich zum einen in der Pfl egetätigkeit aus. Eine interviewte Spitex-Angestellte illustriert den Druck anhand des Insulinspritzens, wofür 10 Minuten vorgesehen sind: «10 Minuten heisst reingehen, Hand schütteln, Insulin spritzen, Hand schütteln und wieder gehen. Wir haben aber zum Beispiel Kunden, die jedes Mal nicht mehr wissen, warum man kommt. Dann muss man immer erst erklären, wer man ist, wofür man kommt und aus welchem Grund. Wenn man das nicht gut macht, fehlt die Basis für die Behandlung. Aber das dauert dann mehr als 10 Minuten.»⁹³

Zum ändern wirkt sich der Kostendruck auch auf die weiteren Arbeitsbedingungen aus. Da das

⁹² Klinger (2014), S. 97.

⁹³ Schwaller (2013), S. 70f.

Arbeitsvolumen eines Spitex-Dienstes durch Zu- und Abgänge von KlientInnen ständig in Bewegung ist, hat dies für Mitarbeitende zur Folge, dass ihr Arbeitspensum – und damit auch der Lohn – grossen Schwankungen unterworfen ist.

Zu Beginn des Kapitels wurde darauf hingewiesen, dass sich die Care-Arbeit auch durch ihre Zeitstruktur von andern Tätigkeiten unterscheidet. Sie ist nur beschränkt rationalisierbar. Vieles weist darauf hin, dass mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung ein Prozess einen vorläufigen Abschluss gefunden hat, der das Rationalisierungspotenzial teilweise bis an die Schmerzgrenze ausreizt. Offensichtlich sind es nicht nur die PatientInnen und die HeimbewohnerInnen, die unter dem engen Zeitkorsett zu leiden haben. Es trifft auch die Pflegenden. Das gilt auch für den emotionalen Aspekt der Care-Arbeit. Corinne Schwaller schreibt dazu: «Die emotionale Arbeit, die ein notwendiger Bestandteil der Care-Arbeit ist und die die Pflegenden selber als eine der grössten Herausforderungen in ihrem Arbeitsalltag empfinden, ist gleichzeitig der gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung ihrer Arbeit abträglich.»⁹⁴ Professionelle Fähigkeiten basieren in einem weit verbreiteten Verständnis auf institutionell erworbenen Kompetenzen und nicht auf emotionalen Fähigkeiten, die stark an die Person gebunden und kaum übertragbar sind. Demensprechend gering ist ihre gesellschaftliche Anerkennung.⁹⁵

⁹⁴ Schwaller (2013), S. 40.

⁹⁵ Schwaller (2013), S. 40.

Teil II

Teil II enthält die Ergebnisse der im Rahmen dieses Projektes geführten Interviews und Gruppengespräche. Die folgenden Kapitel geben, wo nicht anders vermerkt, die Meinungen unserer GesprächspartnerInnen wieder, die Auswahl und die Schwerpunktsetzung wurden jedoch von den Autorinnen vorgenommen.

4 | Veränderungen

Die meisten Gesprächspartnerinnen und -partner haben, mit einer Ausnahme, ihre jetzige Funktion schon seit längerer Zeit inne, nämlich zwischen acht Monaten und 24 Jahren, im Durchschnitt sind es etwa 10 Jahre. Sie haben also einen Überblick über die Entwicklungen der letzten Zeit. Wir haben sie zunächst nach den Umbrüchen gefragt: Welches sind die grössten Veränderungen, die Sie in Ihrem Berufsleben in der Alterspflege und -betreuung bzw. in Ihrer Institution erlebt haben?

Die Übereinstimmung in ihren Antworten ist relativ hoch: Positiv hervorgehoben werden vor allem die Professionalisierung des Personals und die Qualitätssteigerung bei den Leistungen. Das Personal ist besser ausgebildet, es sind neue Ausbildungen entstanden. Es ist mehr Wissen vorhanden – über die Langzeitpflege allgemein, über den Umgang mit DemenzpatientInnen, über Palliativ-, Onkologie- und Psychiatriepflege im stationären und ambulanten Bereich. Eine differenzierte, die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen und PatientInnen berücksichtigende Betrachtungsweise ist Standard geworden. Die Heime sind heute offener gestaltet, es gibt weniger starre Regelungen. Der Prozess des Alterns wird differenzierter wahrgenommen, wenn auch – gerade in Bezug auf das vierte Lebensalter – noch viel zu tun bleibt: Denn das vierte Lebensalter ist oft unsichtbar.

Auf organisatorischer Ebene haben Verbandsgründungen oder Zusammenschlüsse stattgefunden: Der Spitex Verband Schweiz, in welchem Hilfe und Pflege zusammengeführt wurden, besteht seit knapp zwanzig Jahren, CURAVIVA, der nationale Dachverband von über 2500 Heimen und sozialen Institutionen, sogar erst seit gut zehn Jahren. Viele Organisationen wurden «in die Freiheit entlassen», wie es eine Gesprächspartnerin ausdrückt. Sie arbeiten nun aufgrund von Leistungsverträgen mit dem Geldgeber (Kanton/Gemeinde).

Bei allen GesprächspartnerInnen herrscht die Meinung vor, dass die finanziellen und politischen Vorgaben strenger geworden sind, die Reglementierungsdichte erhöht wurde und der Kontrolldruck gestiegen ist. Ebenso haben die strategischen Anforderungen und der administrative Aufwand zugenommen. Es besteht generell weniger Spielraum. Die Krankenkassen spielen dabei eine dominierende Rolle.

Die Veränderungen bei den Organisationen wirken sich auf die Mitarbeitenden aus:

- Einmal hat die Anzahl der Mitarbeitenden in den letzten Jahren stark zugenommen aufgrund der gestiegenen Nachfrage nach Leistungen wegen der Zunahme der Gruppe der Hochaltrigen, aber

auch aufgrund der hohen Leistungserwartungen seitens der KlientInnen bzw. der HeimbewohnerInnen.

- Der administrative Aufwand in Form von differenzierter elektronischer Erfassung und präziser Dokumentation aller erbrachten Leistungen ist grösser geworden. Es habe ein Übergang von einer oralen zu einer schriftlichen Kultur stattgefunden, fasst eine Gesprächspartnerin zusammen.
- Der Zeitfaktor fällt bei jeder (Pflege)handlung ins Gewicht. Er hat einen eigenen Wert bekommen. Waren zum Beispiel bei der Spitex vor 20 Jahren noch Halbtageseinsätze und vielleicht vor zehn Jahren Zweistundeneinsätze möglich, so wird heute in Zehn- oder Fünf-Minuten-Einheiten abgerechnet.
- Wegen kürzerer Aufenthaltsdauer im Spital und weil die Leute so lange wie möglich zuhause bleiben wollen, gibt es mehr komplexe Fälle sowohl ambulant wie im Heim.
- Neu in den letzten Jahren sind auch Skill- und Grade-Mix-Projekte. Dabei geht es darum, Teams so zusammensetzen, dass sowohl die Durchmischung unterschiedlicher Bildungsabschlüsse (Grade) wie auch unterschiedlicher Fähigkeiten (Skill) gewährleistet ist.

Auf die Gesamtheit der Gespräche zurückblickend sind positiv die Professionalisierung und die Zunahme an Fachwissen auf verschiedensten pflegerischen (Teil)gebieten und negativ die Zunahme des Kosten- und Zeitdrucks sowie die administrative Mehrbelastung die gravierendsten Veränderungen.

5 | Was ist Care-Arbeit in den Augen der Interviewten?

In Kapitel 3 haben wir den Begriff Care-Arbeit, seine Entstehung und Entwicklung und seine politische Relevanz ausführlich erläutert. Die Bibliographie enthält einen Ausschnitt der umfangreichen Literatur, die sich mit Care, Care-Ethik, Care-Arbeit etc. befasst. Und wir haben von der Care-Krise gesprochen. Care-Arbeit gibt unserem Bericht den Titel, steht also eigentlich im Mittelpunkt. Trotzdem fällt dieses Kapitel sehr kurz aus.

Einigen unserer GesprächspartnerInnen ist Care-Arbeit aus der Literatur bekannt, andere kennen den Begriff aus der Ausbildung, die meisten haben ihn schon gehört, z.B. im Zusammenhang mit Palliative Care. Auf's Ganze gesehen spielt er in ihrer täglichen Arbeit keine grosse Rolle.

Diese Frage sollte jedoch nicht isoliert betrachtet werden. Denn vieles, was später in Bezug auf Qualität oder im Zusammenhang mit der Unterscheidung von Pflege und Betreuung gesagt wird, geht in die Richtung von ganzheitlicher oder eben segmentierter Pflege und Betreuung.

Die nachfolgende Definition – sie befindet sich auch bereits in Teil I – wurde einigen GesprächspartnerInnen vorgelegt:

Care-Arbeit lässt sich definieren als jede personennahe fürsorgende Dienstleistung, die sowohl bezahlt als auch unbezahlt erfolgen kann. Nähere Kriterien der Sorgearbeit sind, dass sie erstens durch

eine gewisse Asymmetrie, also ein Abhängigkeitsverhältnis von EmpfängerInnen gegenüber ErbringerInnen der Dienstleistung gekennzeichnet ist, und zweitens eine emotionale Komponente sowie die aufgewendete Zeit als Teil der Tätigkeit selbst gelten. Care-Arbeit unterscheidet sich von anderen Tätigkeiten insbesondere auch durch ihre Zeitstruktur: Sie ist nur beschränkt rationalisierbar.

Was halten die GesprächspartnerInnen davon? In Bezug auf die Spitex-Leistungen generell ist eine gewisse Skepsis herauszuhören: Spitex könne nicht auf diese Weise arbeiten, sie sei eine auf Bedarf hin ausgerichtete Organisation, der sorgende Teil müsse, unter anderem wegen der Zeitstruktur, weitgehend wegfallen. Die Spitex-Zentrumsleiterinnen kennen das Dilemma zwischen Zeitdruck und dem Anspruch an gute und ganzheitliche Pflege, finden aber doch, dass der Care-Aspekt in ihrer Arbeit implizit enthalten sei, gerade bei älteren PatientInnen, die sie zum Teil jahrelang begleiten. Eine Spitex-Leiterin erwähnt, dass die Krankenkassen bei Palliative Care bereit seien, mehr Leistungen zu übernehmen. Es mutet etwas zynisch an, wenn ein Patient, eine Patientin erst todkrank sein muss – die Investition also absehbar ist –, um Anrecht auf eine umfassende und dementsprechend zeitintensive Begleitung zu haben.

Eine Leitungsperson aus dem stationären Bereich sagt, der Begriff Care werde zwar nicht verwendet, aber «in der Grundhaltung leben wir das sehr wahrscheinlich schon». Sie fügt bei: «Zeit- und Aufmerksamkeitsverteilung unterliegen dem ökonomischen Druck und das Grundgefühl, zu wenig Zeit zu haben, ist bei Menschen, die mit Menschen arbeiten, häufig vorhanden.»

Die Befragten auf der operativen Ebene im stationären Bereich wiederholen, das Care-Arbeit als Begriff im Alltag keine Bedeutung habe, die meisten Pflegenden würden ihn wohl nicht einmal kennen. Mit der Auslegung von Care-Arbeit sind sie jedoch einverstanden. Es sei weitgehend das, was sie machen oder jedenfalls gerne machen würden. Allerdings komme der Anspruch an ganzheitliche Pflege da und dort zu kurz oder müsse angesichts des Zeitdrucks in den Hintergrund treten. Könnte man ihn einlösen, «so würde Pflege Freude machen», sagt eine Pflegedienstleiterin.

Wir haben die Aussagen zur Care-Arbeit ziemlich an den Anfang dieses Teils gestellt, damit die folgenden Kapitel auch auf diesem Hintergrund gelesen werden können.

6 | Qualität und Qualitätssicherung

Wir sind bereits der Frage nachgegangen, ob in der Schweiz nach einheitlichen Pflegestandards gearbeitet wird, ob einheitliche Definitionen von Pflegequalität vorhanden seien und welche gesetzlichen Vorgaben des Bundes es zur Qualitätssicherung gebe. Zur Erinnerung: Verbindliche Definitionen von Pflege- und Betreuungsqualität gibt es bisher ebenso wenig wie einheitlich festgelegte Pflegestandards. Wie Qualität auf Gesetzesebene geregelt ist, wurde im ersten Teil des Berichts erklärt.

In den Interviews wird jedoch deutlich, dass die Qualitätsfrage auf der Ebene der einzelnen Organisationen oder Institutionen ein wichtiges Thema ist. Bei der Erarbeitung der Qualitätskonzepte spielen die Dachverbände eine wichtige Rolle. CURAVIVA stellt in Form der Lebensqualitätskonzeption umfassende Materialien zur Verfügung,⁹⁶ der Spitex Verband Schweiz sein Qualitätsmanual. Beide Instrumente sind nicht verbindlich, sondern ihre Anwendung wird lediglich empfohlen. Alle befragten Leitungspersonen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich erwähnen, dass sie zusätzlich zu den übergeordneten Instrumenten eigene entwickelt haben. Sie folgen meist der Unterscheidung in Strukturqualität (Beschreibung der Rahmenbedingungen), Prozessqualität (Beschreibung der Arbeits- und Pflegeprozesse) und Ergebnisqualität (Erhebung bestimmter messbarer Merkmale).⁹⁷ Diese Prozesse sind beschrieben in einem eigenen oder von der übergeordneten Ebene vorgegebenen Qualitätshandbuch.

Fast wichtiger als die Handbücher sind begleitende Massnahmen: Die Institutionen verfügen über Qualitätsbeauftragte, Qualitätszirkel oder Fachgruppen; sie nehmen an überinstitutionellen Netzwerken teil; sie führen regelmässig PatientInnen- bzw. BewohnerInnenbefragungen durch; sie haben ein Beschwerdemanagement eingerichtet; sie schicken ihre Mitarbeitenden in Fort- und Weiterbildungen oder organisieren interne Pflegebegleitungen. Die Führungsleute sind der Ansicht, dass Qualitätssicherung eine Führungsaufgabe sei, es gelte, wach zu sein, zuhören zu können, mit den Mitarbeitenden in Kontakt zu bleiben und Möglichkeiten zu Aussprachen zu schaffen, z.B. in jährlichen Retraiten.

Kritisch wird von einigen GesprächsteilnehmerInnen angemerkt, dass das Wohlbefinden der PatientInnen bzw. BewohnerInnen als Qualitätskriterium zu wenig berücksichtigt werden könne. Allgemeine Zufriedenheitsitems bei Umfragen, die hohe Zustimmungsraten erlangen, würden darüber wenig Auskunft geben. Es müssten subjektive Einschätzungen bei den Betroffenen eingeholt werden können, denn «wenn es stimmt, was der Patientin als Pflege zukommt, dann ist es ihr auch wohl». Auch das Beobachten in Nicht-Pflegesituationen gebe Aufschluss. Es gehe um das Verhältnis von Pflegequalität und Lebensqualität. Eine andere Gesprächsteilnehmerin formuliert die Frage so: Wie und unter welchen Umständen und Rahmenbedingungen fühlt sich ein alter Mensch an einem bestimmten Ort wohl? Der Outcome müsste Wohlbefinden sein.

7 | Pflege und Betreuung von DemenzpatientInnen

Die Krankheit Demenz – sie wird in Zukunft immer mehr Menschen treffen – stellt eine Herausforderung dar für unsere älter werdende Gesellschaft. Für unsere GesprächspartnerInnen ist sie jedoch bereits heute ein alltägliches Phänomen. Menschen mit Demenz brauchen eine geeignete Infrastruktur, aber vor allem Betreuung und Unterstützung, die Würde garantieren, sagen sie.

⁹⁶ Siehe dazu <http://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Qualitaet-lebensqualitaet/lebensqualitaetskonzeption/PhLdF/>.

⁹⁷ Erwähnt werden explizit Wundversorgung, Dekubitus, Medikamentenabgabe, Medikamentenfehler, Hygienevorgaben, Sturz(prävention), Legen von Katheter, Sicherheitsmassnahmen.

Der Umgang mit dementen PatientInnen und ihren Angehörigen gehört zu ihrem Alltag. Eine besondere Herausforderung stellen die alleinlebenden PatientInnen dar.

Demenz ist kein neues Phänomen. Früher sprach man etwas salopp von Arterienverkalkung und versorgte die auffälligsten PatientInnen in psychiatrischen Anstalten. Heute ist nicht nur das medizinische und psychosoziale Fachwissen über den Umgang mit demenzkranken Menschen gewachsen, sondern auch das gesellschaftliche Bewusstsein über die Existenz dieser Krankheit. Wer heute in der Langzeitpflege arbeitet, komme nicht darum, sich mit Demenz auseinanderzusetzen, sagt eine Gesprächspartnerin. In der Ausbildung sei Demenz jedoch noch nicht ausreichend thematisiert. Mehrere InterviewpartnerInnen machen zudem darauf aufmerksam, dass die finanziellen Ressourcen nicht Schritt halten mit der Zunahme der Betroffenen. Vorläufig scheinen aber genügend Heimplätze vorhanden zu sein.

Demenz verlangt, so betonen die Fachleute, eine ganzheitliche Pflege und Betreuung. Das ist personalintensiv. Noch sind nicht genügend Mitarbeitende aus-, weiter- oder fortgebildet. Dazu kommt erschwerend, dass gemäss der Krankenversicherungs-Leistungsvereinbarung nur Pflegehandlungen von den Krankenkassen übernommen werden. Was unter die «Restgrösse» Betreuung fällt, jedoch nicht. Demenzkranke brauchen manchmal über Jahre keine Pflege, aber viel Betreuung. Erst wenn die Pflegestufe hoch ist und der Patient, die Patientin stationär versorgt werden muss, kann auch ein Teil der Betreuung über die Krankenkassen abgerechnet werden. Eine hohe Einstufung ist auch deshalb wichtig, damit genügend Personal eingestellt werden kann. Die Krankenkassen seien sehr restriktiv, wenn es um die Bezahlung von Betreuungsleistungen gehe und machen keine Unterschiede zwischen dementen und anderen PatientInnen.

Demente PatientInnen müssen nicht notwendigerweise «schwieriger» sein als andere LangzeitpatientInnen, aber allen, die mit ihnen umgehen, müsse bewusst sein, dass es keine Entwicklung zum Besseren gebe. So berichten unsere GesprächspartnerInnen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen von ähnlichen Situationen: Ein geregelter Tagesablauf, ein normaler, ruhiger Alltag kommen den dementen PatientInnen entgegen. Veränderungen in der täglichen Routine verunsichern sie. Nicht nur, aber besonders bei Spitex-Einsätzen sei es schwierig, den Zeitaufwand einzuschätzen. Handlungen wie Essen geben, Medikamente verabreichen, den Patienten anziehen oder duschen sind mit Zeitvorgaben hinterlegt. Es komme aber immer wieder vor, dass die veranschlagte Zeit vorerst darauf verwendet werden müsse, den/die PatientIn so weit zu bringen, dass er oder sie bereit sei, die Pflegehandlung anzunehmen, oder die Umgebung so weit herzurichten, dass sie überhaupt geleistet werden könne.

Eine weitere Herausforderung ist der Umgang mit auffälligen PatientInnen betreffend Aggression gegenüber Mitarbeitenden und/oder HeimmitbewohnerInnen. Letztere leisten oft einen wesentlichen betreuenden Beitrag. Sie müssen aber auch geschützt werden und die Möglichkeit haben, sich zurückzuziehen oder sich zu beschweren. Für die Mitarbeitenden stellt sich die Frage anders: Da es keinen Sinn macht, sich mit dem Patienten über die Gründe seiner Aggression auseinander-

zusetzen, ist es an den Mitarbeitenden, sich zu überlegen, was die Aggression ausgelöst haben könnte. Manchmal stecken alte Familiengeschichten dahinter. In Weiterbildungen werden die Mitarbeitenden in spezifischen Methoden geschult wie z.B. Validation (siehe Anm. 51), Coping (Bewältigungsstrategien) oder Antiaggressionstraining.

8 | Personalfragen

Gefragt nach den bedeutendsten Veränderungen im ihrem beruflichen Umfeld während der letzten Jahre, verwiesen unsere GesprächspartnerInnen an erster Stelle auf die Professionalisierung und den Wissenszuwachs im Gesundheitswesen. Wie steht es aber mit der Suche nach dem entsprechenden Fachpersonal? Wie beurteilen Leitungspersonen der stationären und ambulanten Langzeitpflege die Situation auf dem Stellenmarkt? Welche Berufsprofile sind gefragt? Können die offenen Stellen in nützlicher Frist besetzt werden? Sind die Institutionen auf Personen mit ausländischen Ausbildungen angewiesen? Um eines vorwegzunehmen: Bis jetzt konnten offene Stellen in einigermaßen nützlicher Frist wieder besetzt werden – auf dem Land schneller als in der Stadt –, fast alle Befragten sprechen jedoch von einer Verschärfung der Situation.

Wer arbeitet in der Langzeitpflege?

Die ambulanten und die stationären Institutionen beschäftigen Mitarbeitende auf drei Stufen:⁹⁸

- Auf der Primärstufe sind die Assistenzberufe angesiedelt: Assistentin Gesundheit und Soziales, Pflegeassistentin SRK, Pflegehelferin etc.
- Zur Sekundärstufe gehören Personen mit einer abgeschlossenen (dreijährigen) Berufsausbildung (EFZ): Fachangestellte Gesundheit, Fachangestellte Betreuung, Altenpflegerin, Hauspflegerin etc.
- Die Tertiärstufe umfasst Personen, die eine Höhere Fachschule oder eine Fachhochschule durchlaufen haben: Pflegefachfrauen und -männer, Bachelor oder Master of Science in Pflege etc.

Jeder der drei Stufen sind auch Abschlüsse zugeordnet, die heute nicht mehr angeboten werden, z.B. Spitalgehilfin (primär), Krankenpflegerin (sekundär), AKP (tertiär).

Für den stationären Bereich wird in der Mehrzahl der Kantone ein Personalschlüssel verbindlich vorgegeben oder empfohlen. Diese Anforderungen an die Personalzusammensetzung sind sehr unterschiedlich: Der Kanton Bern verlangt 50% auf Funktionsstufe 1, 30% auf Funktionsstufe 2 und 20% auf Funktionsstufe 3. Im Kanton Zürich lauten die entsprechenden Werte: 25%, 50%, 25%. Am meisten Personal auf Funktionsstufe 3 schreibt der Kanton Tessin vor (60%, 12%, 28%), am wenigsten der Kanton Schwyz (60%, 35%, 5%).⁹⁹

⁹⁸ Die Terminologie ist uneinheitlich. Die Befragten sprechen fast durchwegs von Mitarbeitenden der Primär-, Sekundär- und Tertiärstufe. Der Kanton Bern etwa nennt sie (neu) Funktionsstufen 1 bis 3.

⁹⁹ Personalqualifikation in Pflegeheimen. Zusammenstellung zuhanden der Kassensturzsensung vom 11.6.2013: Tatort Pflegeheim: Miese Betreuung, überfordertes Personal.

Gemäss den Informationen unserer Spitex-GesprächspartnerInnen beschäftigen diese am meisten Personal auf der Sekundärstufe (zwischen 50 und 65%), die Verteilung auf Primär- und Tertiärstufe ist unterschiedlich und bewegt sich zwischen 15 und 35% (Tertiär) bzw. um die 25% (Primär).

Ein neuerer Begriff bei der Rekrutierung von Personal bzw. bei der Zusammensetzung von Pflegeteams ist der Grade- und Skill-Mix. Geht es beim Grade-Mix um den Personalschlüssel, wie er oben beschrieben worden ist, geht es beim Skill-Mix um eine Teamzusammensetzung, in welcher besondere Fähigkeiten sowie Berufs- und Lebenserfahrung eine Rolle spielen. Mit besonderen Skills sind zum Beispiel ExpertInnen für Wundbehandlung oder Palliativpflege gemeint. Dieses Modell wurde auch von unseren InterviewpartnerInnen angesprochen – in zwei Varianten: Die einen gehen gezielt vor, sie holen sich, z.B. bei Neuanstellungen, die nötige Fachkompetenz; die anderen nutzen eher die bereits vorhandenen Fähigkeiten bei ihren Mitarbeitenden und stellen die Teams entsprechend zusammen.

Unter den befragten Personen, die Leitungsfunktionen in einem Heim oder einer Spitex-Organisation innehaben, gibt es einen weitgehenden Konsens: Fachpersonen auf Tertiärstufe sind schwierig zu finden, auf der Sekundärstufe war die Rekrutierung bis jetzt ziemlich einfach, wird aber zunehmend schwieriger, auf der Primärstufe gibt es genügend Anwärterinnen. Wo Stellen nicht oder nicht sofort besetzt werden können, behilft man sich mit temporären Anstellungen über Vermittlungsagenturen. Das erzeugt aber zusätzliche Kosten.

Attraktivität des Arbeitsplatzes

Die Arbeitsplätze Pflegeheim und Spitex konkurrieren mit dem Arbeitsplatz Akutspital. Sowohl für diplomierte Pflegefachpersonen wie auch für Fachangestellte Gesundheit (EFZ) sei das Akutspital immer noch der attraktivste Arbeitsplatz, meint einer der Gesprächspartner. Der Fachbereich Alter von CURAVIVA hat vor ein paar Jahren eine Studie herausgegeben, in welcher untersucht wird, wie Mitarbeitende in Alters- und Pflegeheimen ihren Arbeitsplatz einschätzen.¹⁰⁰ Befragt wurden knapp 1'500 Personen in 22 Alters- und Pflegeheimen aus acht Kantonen, rund ein Fünftel davon mit Führungsfunktion. Zusammenfassend kommt die Studie zu folgendem Schluss:

«Die Resultate zeigen, dass die Bereiche der Arbeitsbedingungen, der Arbeitstätigkeit, das Verhältnis zur Institutionsleitung sowie zum direkten Vorgesetzten einen signifikanten Einfluss auf die Arbeitgeberattraktivität haben. (...) Während für Führungspersonen die Arbeitstätigkeit mit ihren Entwicklungsmöglichkeiten den stärksten Attraktor darstellen, sind es für Mitarbeitende ohne Führungsfunktion die Arbeitsbedingungen.»¹⁰¹ Am tiefsten ist die Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitenden des Betreuungssektors, am höchsten bei den Mitarbeitenden mit einer Spezialfunktion. Mit anderen Worten: Diejenigen, die die Knochenarbeit leisten, sind am wenigsten zufrieden,

¹⁰⁰ CURAVIVA (2011).

¹⁰¹ CURAVIVA (2011), Abstract.

während diejenigen, die eine «herausfordernde Arbeitstätigkeit mit Entwicklungsmöglichkeiten» haben, am zufriedensten sind.

Mitarbeitende für die Pflege und Betreuung von DemenzpatientInnen sind laut unseren GesprächspartnerInnen nicht schwieriger zu finden als für andere LangzeitpatientInnen. Aber man dürfe niemanden dazu zwingen, sagt eine von ihnen, und es sei wichtig, sie gezielt weiterzubilden. Der Arbeitsplatz Spitex unterscheidet sich von der stationären Pflege und Betreuung vor allem darin, dass die Mitarbeitenden, zwar Teil eines Teams, in ihrem Arbeitsalltag jedoch meist allein unterwegs sind. Sie müssen grosse Entscheidungskompetenz mitbringen und viel Eigenverantwortung übernehmen. Wer bei der Spitex arbeitet, wird genau dies schätzen. Eine Leiterin eines Spitex-Zentrums hebt hervor, dass ihr Betrieb verschiedene attraktive Arbeitszeitmodelle anbiete, auch solche mit einem tiefen Beschäftigungsgrad. Das ist interessant für Wiedereinsteigerinnen oder für ausgebildete Frauen vor Ort, die Berufs- und Familienarbeit vereinbaren wollen/müssen. Bei den dementen PatientInnen achte man darauf, dass wenn möglich immer die gleichen Mitarbeitenden zu ihnen gehen.

Und in Zukunft?

Das Bewusstsein, dass im Gesundheitssektor allgemein und in der Langzeitpflege im Besonderen in Zukunft ein grosser Bedarf an Fachkräften vorhanden sein wird, ist gewachsen, aber die Ausbildung neuer Fachkräfte hinkt hinten nach. Der Beruf Fachangestellte Gesundheit (FaGe), vor nicht allzu langer Zeit von den Pflegefachleuten mit Vorbehalt aufgenommen, ist zu einem wichtigen Standbein im Gesundheitswesen geworden. Die Nachfrage nach Lehrstellen für die FaGe-Ausbildung übersteigt die Anzahl der vorhandenen Ausbildungsplätze. Laut *Masterplan Bildung Pflegeberufe* hat sich der Beruf Fachfrau/Fachmann Gesundheit zu einem der beliebtesten Lehrberufe entwickelt. «Mit knapp 3'400 Abschlüssen im Jahr 2012 ist der erforderliche Bedarf von jährlich gut 4'400 Abschlüssen aber noch nicht erreicht.»¹⁰² Auf der Tertiärstufe konnten Fachhochschulen zwar einen leichten Anstieg der Bachelor-Abschlüsse verzeichnen, bei den Höheren Fachschulen war die Zahl der Pflegediplome jedoch rückläufig. Der Masterplan geht davon aus, dass ein grösserer Anteil dieser Fachkräfte im Ausland rekrutiert werden kann oder muss. In Vorbereitung ist eine Berufsprüfung Langzeitpflege aufbauend auf den Ausbildungen Fachangestellte Gesundheit und Fachangestellte Betreuung.¹⁰³ Es laufen Pilotprojekte in Aarau, Basel, Zürich und Weinfelden.

Besonders schwierig ist es, Fachkräfte auf Tertiärstufe und unter ihnen Leute mit Zusatzausbildungen zu finden, z.B. in Psychiatrie- oder Palliativpflege. Das hängt u.a. damit zusammen, dass Pflegeheime oder Spitex-Regionen, wenn das Bedürfnis vorhanden ist, neue Dienstleistungen auf- oder ausbauen (z.B. Demenzabteilungen oder mobile Psychiatrieteams) und Personal mit diesen besonderen Fachkenntnissen suchen.

¹⁰² Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI (2013), S. 3f.

¹⁰³ Siehe dazu <http://im.careum-weiterbildung.ch/BusinessPages/StudyDescription.aspx?EventId=6248>

Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland, wie der Masterplan sie dank dem Freizügigkeitsabkommen sozusagen voraussetzt, ist nach der Annahme der Eidgenössischen Volksinitiative «Gegen Masseneinwanderung» vom 9. Februar 2014 nicht mehr selbstverständlich. In den Interviews stellten wir folgende Fragen: Beschäftigen Sie vor allem SchweizerInnen oder haben Sie auch Mitarbeitende mit einem ausländischen Pass bzw. mit einem im Ausland erworbenen Diplom oder mit Migrationshintergrund?

Dazu unsere GesprächspartnerInnen: Der AusländerInnenanteil ist relativ hoch (eine Interviewperson spricht von 20%), es gibt Mitarbeitende mit Migrationshintergrund auf allen Stufen (ausser im Kader), ein wesentlicher Teil von ihnen ist eingebürgert und ein Grossteil arbeitet in einer Assistenzfunktion (Primärstufe), in der Küche oder in der Reinigung. Das trifft auch auf die Stiftung Domicil zu, die in Bern und Umgebung 21 Altersinstitutionen betreibt und 1'350 Mitarbeitende aus über 50 Nationen beschäftigt.¹⁰⁴ Vergleichbares gilt auch für die Alterszentren der Stadt Zürich. Auch hier hat es viele Mitarbeitende mit Migrationshintergrund und auch hier viele in Assistenzfunktionen. Anders als auf Sekundär- und Tertiärstufe, gibt es bei den Assistenzfunktionen ein Überangebot.

Der Umgang mit den ausländischen Mitarbeitenden ist den Leitungspersonen wichtig. Ob die folgende Aussage einer Führungskraft generalisiert werden kann, lässt sich in diesem Rahmen nicht überprüfen. Sie sagt: Die Zusammenarbeit von SchweizerInnen und Leuten mit Migrationshintergrund sei eine Herausforderung. Es brauche ethische Richtlinien für Mitarbeitende und BewohnerInnen. Das Zusammenleben stehe im Vordergrund, unabhängig von Ethnie und Religion. Ihre Devise ist: «wir miteinander auf Augenhöhe». Die ausländischen Mitarbeitenden seien in der Regel jünger und hätten mehr Respekt dem Alter gegenüber. Es sei ihr aber wichtig, dass alle – Diplomierte, FaGe, die Zivis, die Leute aus Hauswirtschaft und Küche – mit Respekt miteinander verkehren.

Was die Anstellung von ausländischen Fachkräften betrifft, gilt als Regel, dass ihre Ausbildungsabschlüsse von der zuständigen Behörde anerkannt sein müssen,¹⁰⁵ damit sie auf gleicher Stufe wie Leute mit einem schweizerischen Abschluss angestellt werden können. Wichtig sei zudem, wie gut die Anwärterinnen deutsch sprechen und ob sie Dialekt verstehen. Alte Leute würden sich oft weigern, hochdeutsch zu sprechen oder mögen es nicht, wenn mit ihnen hochdeutsch gesprochen werde, sagt eine Gesprächspartnerin. Nicht aufgrund eines Papiers überprüfbar ist das Berufs- und Pflegeverständnis. Hier stellen die befragten Leitungspersonen zum Teil grosse kulturelle Unterschiede fest. Sie führen das folgendermassen aus: In der Schweiz habe die Autonomie der Pflegebedürftigen einen hohen Stellenwert. Das sei nicht für alle ausländischen Pflegenden selbstver-

¹⁰⁴ <http://www.domicilbern.ch/ueber-uns/portraet/zahlen-und-fakten/>.

¹⁰⁵ Siehe dazu die Liste der Berufe im Gesundheitswesen in: Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI): Reglementierte Berufe/Tätigkeiten in der Schweiz, im Falle der Niederlassung oder bei Dienstleistungserbringung. November 2013, www.sbf.admin.ch/diploma.

ständig, sie seien oft direkter und wüssten was gut sei für die PatientInnen. Bei schweizerischen Ausbildungen stehe im Vordergrund, auf die Leute einzugehen, die Beziehung zu pflegen, die Autonomie und Selbständigkeit zu erhalten, während ausländische Mitarbeitende oft sehr funktionell vorgehen würden. Eine Interviewperson nennt dies «Abarbeiten von Aufgaben». Das betreffe in erster Linie Leute mit Diplomen aus ost- und südosteuropäischen Ländern oder auch aus Deutschland. Fachkräfte aus asiatischen Kulturen dagegen würden sich durch ihren grossen Respekt vor dem Alter auszeichnen; sie sind deshalb eher bereit als andere, sich über den Grade-Mix hinwegzusetzen und sich zum Beispiel als Diplomierte persönlich um das Fussbad einer Heimbewohnerin zu kümmern. Mit der Schweiz vergleichbare Ausbildungen gebe es in Holland, Skandinavien oder den USA. Aber aus diesen Ländern würden sich in der Langzeitpflege kaum Fachkräfte bewerben. Mentalitäts- und Haltungsfragen liessen sich nicht (nur) aufgrund von ethischen Richtlinien verändern. Das sei eine Frage der interkulturellen Integration, hält ein Interviewpartner dagegen, und die müsse eingeübt werden.

Die Frage nach dem AusländerInnenanteil ging auch an die Leitungspersonen von Spitex-Zentren. In ländlichen Gebieten ist er tief, es gebe nur vereinzelt Mitarbeitende mit ausländischen Diplomen und wenige Lernende mit Migrationshintergrund. Die oben erwähnten Haltungsunterschiede im Pflegeverständnis werden ebenfalls erwähnt. Da die Pflegefachpersonen in der Regel allein unterwegs sind, stellt sich die Sprachenfrage noch vordringlicher als in den stationären Einrichtungen.

Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, pflegenden Angehörigen und Care-Migrantinnen

Zum subjektiven Wohlbefinden im Pflegeheim, im Alterszentrum und damit zur Lebensqualität tragen auch ehrenamtliche Mitarbeitende bei. Eine der Leitungspersonen bezeichnet sie als «Sahnehäubchen»: Sie unternehmen Spaziergänge mit BewohnerInnen, handarbeiten oder werken mit ihnen, besorgen Einkäufe, lesen vor, bedienen in der Cafeteria oder helfen bei der Organisation von Veranstaltungen mit. Es sei wichtig, den Ehrenamtlichen Wertschätzung entgegen zu bringen. Sie werden zum Beispiel zu einem gemeinsamen Essen eingeladen. Sie müssen aber auch eingeführt und begleitet werden. In den öffentlichen Einrichtungen der Stadt Zürich ist eine fünf Module enthaltende Fortbildung obligatorisch.

Spitex-Mitarbeitende sind auf die Kooperation mit dem Umfeld ihrer PatientInnen angewiesen – mit den pflegenden Angehörigen, der erweiterten Familie, in neuerer Zeit auch mit (sichtbaren oder unsichtbaren) Care-Migrantinnen. Für alle in diesem Feld Befragten ist klar: Die pflegenden Angehörigen sind das A und O. Sie sind oft rund um die Uhr da, während die Spitex vielleicht eine Stunde mit der pflegebedürftigen Person verbringt. Es sei eine der Hauptaufgaben der Spitex, das familiäre und das soziale System zunächst zu verstehen und zu unterstützen und wenn nötig Entlastungsangebote vorzuschlagen, sagt eine Gesprächspartnerin: Das kann eine eingehende Beratung sein oder die Möglichkeit, den Patienten, die Patientin zeitweise in einer Tagesstätte betreuen zu lassen, oder ein Ferienbett für eine gewisse Zeit. Die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen ist im Allgemeinen gut und unproblematisch. Aber es gibt schwierige und anspruchsvolle Situationen, wenn unausgesprochene Schuldgefühle, religiöse Hintergründe, vermeintlich

oder tatsächlich hohe Kosten im Spiel sind, wenn eine pflegende Person sich nichts wegnehmen lassen will und glaubt, die alleinige Verfügungsmacht über die pflegebedürftige Person zu haben, wenn anspruchsvolle Familienghörige (unerfüllbare) Forderungen stellen betreffend Sicherheit oder wenn sie einen stationären Aufenthalt verhindern wollen. Dann wird die Arbeit der Spitex-Mitarbeiterin zum Balanceakt. Sie sollte das labile familiäre System stützen und gleichzeitig den professionellen Ansprüchen ihrer Institution, ebenso wie ihren eigenen, gerecht werden.

In einer Studie über Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege¹⁰⁶ wird aber auch vor einer Stigmatisierung der pflegenden Angehörigen gewarnt. Interviews im Rahmen dieses Projektes haben ergeben, dass die Angehörigen verantwortungsbewusst, spannungsresistent, leistungsfähig und organisiert seien, dass sie Beziehungen bewusst gestalten und Abhängigkeit und Verantwortung teilen. Die pflegenden Angehörigen befinden sich in einem Dreikreismodell, das die Rahmenbedingungen vorgibt, in der Überschneidung zwischen gesellschaftlicher Sensibilisierung, der Arbeitswelt und dem Gesundheitssystem.

Wahrscheinlich ist hier von zwei verschiedenen Gruppen von pflegenden Angehörigen die Rede: Wurden in der erwähnten Studie, die im Rahmen des längerfristigen Projekts *work & care* läuft, ausschliesslich Berufstätige angesprochen, treffen die Spitex-Mitarbeitenden wohl eher auf ältere PartnerInnen und Angehörige von Pflegebedürftigen.

Auf die Anstellung von pflegenden Angehörigen angesprochen, gibt es unter den Befragten auf strategischer Ebene zwei entgegen gesetzte Positionen: Die einen sind strikte dagegen. Sie begründen dies vor allem mit Haftungsfragen: Wenn Fehler passieren, sei es unmöglich festzustellen, ob die Person diese nun als Angestellte der Spitex oder als Privatperson gemacht habe. Sie befürchten, dass die Organisation immer zur Verantwortung gezogen würde. Die Abgrenzung zwischen professioneller und informeller Pflege sei nicht möglich. Die anderen argumentieren auf dem Hintergrund des sich abzeichnenden Personalmangels und der Schwierigkeit, den beruflichen Nachwuchs für die Langzeitpflege zu motivieren. Ohne die Qualitäts- und Haftungsfragen zu bestreiten, meinen sie, man müsse jeden möglichen Lösungsansatz verfolgen. Für die pflegende Person habe die Anstellung den Vorteil, dass das Einkommen als pflegende Angehörige wenigstens einen (kleinen) Teil der Lohneinbusse bei verminderter Arbeitstätigkeit kompensieren könne und die Einbindung in ein Spitex-Team die Isolation verhindere. Bei den befragten Spitex-Koordinatorinnen gehen die Meinungen ebenso auseinander: Die einen haben pflegende Angehörige angestellt und gute Erfahrungen gemacht, die andern halten dagegen, die Anstellung schaffe mehr Probleme als sie löse.

Die Spitex-Leitungspersonen wurden auch danach gefragt, ob ihre Mitarbeitenden in den Haushalten manchmal in Kontakt mit sogenannten Care- oder Pendelmigrantinnen kommen. Allen Befragten sind der Begriff und das Phänomen bekannt. Sie treffen sie in den Haushalten des oberen

¹⁰⁶ Bischofberger et al. (2013).

Preissegmentes an, wenn durch eine Agentur vermittelt, oder wissen um ihre Existenz, wenn sie schwarz arbeiten. Im besten Fall ergänzen sie sich: Die Spitex-Mitarbeitende führt die Pflegehandlungen aus, die Care-Migrantin übernimmt die Betreuung. Ob es gut funktioniert, hänge von der Sozialkompetenz der Care-Migrantin ab und von ihren Sprachkenntnissen. Aber nicht nur, wie mindestens zwei GesprächspartnerInnen ergänzen. Sie sehen zusätzlich Probleme im Bereich Fachkompetenzen, Zuverlässigkeit oder Arbeitsbedingungen. Wird das Betreuungsverhältnis als gefährdend eingeschätzt, hat die Spitex die Pflicht, dies dem Hausarzt, der Hausärztin oder der Erwachsenenschutzbehörde zu melden. Es sei jedoch selbstverständlich, dass die arbeitgebende Person und nicht die Care-Arbeiterin gemeldet werde.

9 | Versorgungslage

Genügend und gut ausgebildetes Personal ist die eine Seite der Medaille, genügend Angebote für alte Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, die andere. Ist die politische Forderung nach der Priorisierung der ambulanten Versorgung richtig und welche Vorteile bzw. Nachteile haben die eine und die andere Form? Ist die ambulante Versorgung durch öffentlich-rechtliche und private Spitex-Organisationen gewährleistet und haben alle Bevölkerungsgruppen Zugang zu diesen Angeboten? Gibt es in den Augen unserer GesprächspartnerInnen genügend Plätze in gemeinnützigen und privaten stationären Institutionen?

Trotz zunehmender alternder Bevölkerung (Schätzung 88'000 im Jahr 2030 gegenüber knapp 60'000 im Jahr 2015) sieht das Alterskonzept des Kantons Bern aus dem Jahr 2011 bis 2030 nicht mehr Heimplätze vor als im Jahr 2015: Am Kontingent von 15'500 Pflegeheimplätzen soll auch künftig festgehalten werden. Damit sinkt der Abdeckungsgrad (Anzahl Plätze/Bevölkerung 80+) von knapp 26% (2015) auf 17,6% (2030).¹⁰⁷ In der Stadt Zürich hingegen sinkt der Altersquotient seit einigen Jahren und wird auch in Zukunft abnehmen. Erst nach 2020 rechnet man mit einer Zunahme der Gruppe der über 80-Jährigen. Zürich setzt für die nächsten 10–20 Jahre auf ein vielfältiges Wohnraumangebot für ältere Menschen.¹⁰⁸

Aus den Daten des Bundesamtes für Statistik BFS für das Jahr 2012 geht hervor, dass im gesamtschweizerischen Durchschnitt 68 Pflegheimbetten pro 1'000 EinwohnerInnen ab 65 Jahren zur Verfügung stehen. Allerdings variiert diese Quote von Kanton zu Kanton sehr stark. Waren es zu diesem Zeitpunkt im Kanton Appenzell Ausserrhoden 122, hat der Kanton Basel-Landschaft gleichzeitig nur 48 ausgewiesen.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Bei einer Annahme, dass die Bevölkerung 80+ von gut 55'500 Personen im Jahr 2011 auf geschätzte 88'000 Personen im Jahr 2030 steigen wird. Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern (2011), S.50.

¹⁰⁸ Altersstrategie der Stadt Zürich (2012).

¹⁰⁹ Bundesamt für Statistik (2014c), S. 72.

Was sagen unsere GesprächspartnerInnen angesichts dieser Daten? Auf die Frage, ob es genügend Heimplätze gebe, antworten sie mit einem Ja, aber... Die Gesamtmenge an Heimplätzen (ca. 90'000) sei vermutlich ausreichend, aber es gebe grosse regionale Unterschiede. Ein Heimplatz sollte für alle möglich sein, wenn auch nicht immer entsprechend den steigenden Komfortansprüchen. Konkurrenz zwischen gewinnorientierten und öffentlich-rechtlichen Einrichtungen gibt es im mittleren und oberen KundInnensegment.

Vor- und Nachteile von ambulanter und stationärer (Langzeit)pflege

Ambulant vor stationär ist die politische Forderung und sie ist gegenwärtig erfüllt. Aber ist es sinnvoll, sie so absolut zu setzen? Eine Gesprächspartnerin neigt dazu, sie ganz aus dem alterspolitischen Vokabular zu verbannen. Eine andere relativiert sie. Sie müsste heissen: so lange zuhause wie sinnvoll, nicht so lange zuhause wie möglich. Die Gesamtsituation gebe den Ausschlag: Gibt es ein breites und diversifiziertes Angebot (im Quartier, im Dorf)? Das heisst ein Alters- und Pflegeheim, betreutes Wohnen, eine Tagesbetreuung oder andere Entlastungsangebote, Beratungsstellen, evtl. ein Generationenhaus? Die Vielfalt der Lebensentwürfe bedinge eine Vielfalt der Lebensmöglichkeiten, auch im Alter. Es fehlen jedoch laut einer Gesprächspartnerin aus dem Kanton Bern zum Beispiel günstige Wohnungen mit Dienstleistungen, die sich auch EL-BezügerInnen leisten können.

Was sind denn die Vor- und Nachteile der ambulanten bzw. der stationären Langzeitpflege? Die Meinungen unserer InterviewpartnerInnen gehen nicht weit auseinander:

Ambulante Versorgung: Die meist genannten Vorteile sind Erhaltung von Autonomie und Selbstbestimmung, der Verbleib in gewohnter Umgebung, im Quartier, im sozialen Netz und der freiere Umgang mit der Zeit, zum Beispiel für Besuche. Spitex-Fachpersonen betonen, dass die KlientInnen selbständiger, mobiler und agiler bleiben, weil die Spitex – jedenfalls die öffentlich-rechtliche – nur das Nötigste macht und die KlientInnen anregt und anweist, so viel wie möglich selber zu übernehmen. Wenn die Spitex-Mitarbeiterin Vereinsamung und Verwahrlosung früh genug wahrnimmt, kann sie entsprechende Massnahmen einleiten, zum Beispiel einen Heimeintritt. Der Abbau von hauswirtschaftlichen Leistungen führt dazu, dass dieses «Frühwarnsystem» nicht mehr im gleichen Ausmass funktioniert wie vorher.

Stationäre Einrichtungen: Wenn Wohnsituation und Betreuung stimmen, bietet das Alters- oder Pflegeheim Sicherheit und ein gutes soziales Umfeld. Bei den BewohnerInnen werden Kräfte freigesetzt für Neues, die vorher in die Bewältigung des Alltags investiert werden mussten. Entscheidend ist oft die Entlastung von Angehörigen, die z.B. bei Multimorbidität oder Demenz mit der Pflegesituation überfordert sind und selber an ihre Grenzen kommen. Die Aussenperspektive auf das Heim ist negativer als die Beurteilung der BewohnerInnen im Heim. Heime sind flexibler geworden. Es gibt zwar immer noch Regeln, so ist meist das Mittagessen innerhalb eines gewissen Zeitspielraums obligatorisch. Mehr Freiheit gibt es aber beim Frühstück oder bei den Schlafenszeiten (auch für BewohnerInnen, die beim Ins-Bett-gehen Unterstützung brauchen). Die Leitungspersonen von stationären Institutionen machen aber auch darauf aufmerksam, dass es oft die BewohnerIn-

nen sind, die an einen strukturierten Tagesablauf gewohnt sind und daran festhalten wollen.

Spitex- und Heimmitarbeitende sind der Meinung, dass es wichtig wäre, den Übergang von der ambulanten in die stationäre Pflege, also von zuhause ins Heim, bewusst zu gestalten.

Können sich alle Bevölkerungsgruppen Spitex leisten?

Übereinstimmend antworten unsere GesprächspartnerInnen auf diese Frage: Grund- und Behandlungspflege können sich alle leisten, an den Finanzen darf es nicht liegen. Für Härtefälle gibt es (Spenden)fonds. Bei den hauswirtschaftlichen Leistungen sieht es anders aus. Wenn sie, wie im Kanton Bern, ganz von der öffentlichen Finanzierung ausgenommen werden, können sie sich nicht mehr alle leisten. Wenn die KlientInnen Ergänzungsleistungen beziehen, können hauswirtschaftliche Leistungen teilweise darüber abgerechnet werden. Es ist allerdings ein bekanntes Phänomen, dass nicht alle EL-Berechtigten auch EL beantragen – aus den verschiedensten Gründen: Weil sie nicht informiert sind, weil sie sich schämen, weil die Antragsstellung kompliziert ist zum Beispiel.

Auf die Frage, ob die Spitex alle Bevölkerungsgruppen erreiche, sind die Befragten der Meinung, dass dies weitgehend der Fall sei. Bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund machen einige ein Fragezeichen. In einem Zürcher Unterschichtsquartier zum Beispiel, wo der Ausländeranteil 30% betrage, sei er unter den Spitex-KlientInnen wesentlich tiefer. Das bestätigt auch die Studie zu Pflegearrangements und Einstellungen zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Sie gibt dafür u.a. den folgenden Grund an: «Die Inanspruchnahme der Hilfe durch professionelle fremde Personen innerhalb der eigenen Wohnung wird meistens zunächst als beschämend erlebt oder als «Niederlage» des Helferkreises, der sich meistens aus Familienmitgliedern und nahen Bekannten zusammensetzt.»¹¹⁰

Auf die Konkurrenz zwischen öffentlich-rechtlicher und gewinnorientierter Spitex angesprochen, machen unsere GesprächspartnerInnen darauf aufmerksam, dass mit der neuen Pflegefinanzierung die gewinnorientierte Spitex der öffentlich-rechtlichen gleichgestellt worden sei, was die Ansprüche gegenüber den Krankenkassen betreffe, die gewinnorientierten Dienste jedoch nicht die gleichen Pflichten übernehmen müssten. Die private Spitex kann PatientInnen ablehnen, z. B. weil sie geografisch weit weg sind. Die öffentliche Spitex darf das nicht. Sie hat einen Leistungsvertrag mit der zuständigen Behörde. Ein Unterschied bestehe auch betreffend der Haltung gegenüber dem Patienten, der Patientin: Die öffentliche Spitex macht nur das Nötigste und versucht so weit wie möglich, die Selbständigkeit der KlientInnen zu erhalten. Die Privaten seien eher an einer gewissen Anzahl Stunden interessiert. Das ist die Meinung unserer GesprächspartnerInnen. Wir haben kein Interview mit einer Vertreterin einer gewinnorientierten Spitex geführt. Was die Zusammenarbeit zwischen den Privaten und den Öffentlich-Rechtlichen betrifft, so geht die Praxis auseinander und bewegt sich zwischen strikter Abgrenzung und Arbeitsteilung.

¹¹⁰ Kohn et al. (2013), S. 5 der Kurzfassung.

In der Stadt Zürich, sagt ein Gesprächspartner, betrage der Anteil der privaten Spitex 25%, wobei dieser Anteil nach Quartier variere. Die Interviewpartnerin aus einer Zürcher Landgemeinde spricht hingegen von 3%.

Die ambulante Pflege wird grundsätzlich positiv wahrgenommen, vor allem von den LeistungsempfängerInnen; einzig die Klage über die hohe Fluktuation bei den Pflegepersonen wird immer wieder geäußert. Nach Aussagen einiger InterviewpartnerInnen hat die Spitex aber zuweilen ein Image-Problem: Sie werde von Aussenstehenden und oft auch von PolitikerInnen eher als Besucherdienst wahrgenommen und nicht als professionelle Dienstleistung. Offenbar werden ihre Mitarbeitenden nicht selten als Helferinnen wahrgenommen, die mit den Betreuten spazieren gehen oder Kaffee trinken. Der Schluss liege dann nahe, dass es dazu keine Professionellen brauche. Andererseits äussert sich eine Spitex-Leiterin dahin gehend, dass viele ihrer BerufskollegInnen den Krankenkassen gegenüber in vorauseilendem Gehorsam handeln und die Zeitvorgaben als bare Münze anstatt als Richtwerte nehmen würden. Sie spricht sich gegen eine sklavische Befolgung des RAI¹¹¹ aus: Nicht das RAI steuere die Mitarbeitenden, sondern die Mitarbeitenden das RAI.

10 | Pflegefinanzierung

Pflege und Betreuung

Die Grundsätze der neuen Pflegefinanzierung sind im ersten Teil erklärt worden, auch die Abgrenzung der definierten Pflegehandlungen von den übrigen Tätigkeiten. Hier geht es darum, was die Befragten davon halten und anschliessend um die Auswirkungen auf ihren Arbeitsalltag.

Die Frage an alle unsere InterviewpartnerInnen lautete: Wie wird Betreuung von Pflege in der Praxis unterschieden? Wer nimmt diese Unterscheidung vor? Die Antworten darauf waren weitgehend identisch: Das Krankenversicherungsgesetz (bzw. die Krankenpflege-Leistungsverordnung) beschreibt, was Pflege ist und führt die einzelnen Pflegehandlungen detailliert auf.¹¹² Alles andere ist Betreuung. Eine Definition von Betreuung gibt es nicht. Pflegehandlungen werden von den Krankenkassen übernommen, Betreuungsleistungen nicht. Die Beiträge der Krankenversicherer decken die Vollkosten aber nicht, sie müssen durch die Beiträge der PatientInnen und – je nach Finanzierungsmodell – durch die Kantone oder die Gemeinden ergänzt werden.

Als Nichtfachpersonen müssen wir uns das ungefähr so vorstellen: Die Umschreibung des Leistungsbereichs in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV umfasst drei Kategorien¹¹³, unterteilt in ca. zwanzig Punkte, die ihrerseits mehrere Handlungen zusammenfassen.¹¹⁴ In Artikel 7 Absatz 2 bis

¹¹¹ Das RAI-HC (= Resident Assessment Instrument – Home Care) ist ein Bedarfsabklärungs-Instrumentarium für die Spitex.

¹¹² Krankenpflege-Leistungsverordnung (1995), Artikel 7f.

¹¹³ Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination; Massnahmen der Untersuchung und Behandlung; Massnahmen der Grundpflege.

¹¹⁴ Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangopackungen (Art.7 Abs.2 Bchst.6 Zf12 KLV).

ist definiert, wer diese Leistungen erbringen darf. Bestimmte Massnahmen bedingen zudem, dass sie von Pflegefachpersonen mit zusätzlichen Weiterbildungen und entsprechender Erfahrung ausgeführt werden. Diese Bestimmungen gelten für die ambulante und die stationäre Pflege. Weiter sind in der KLV die Beiträge der Versicherer an die Leistungen in Franken und Rappen festgehalten. Sie betragen, je nach Kategorie, zwischen Fr. 54.60 und Fr. 79.80 und erfolgen in Zeiteinheiten von 5 Minuten, wobei mindestens 10 Minuten zu vergüten sind. Bei den Pflegeheimen gibt es abgestufte Beiträge pro Tag an die erbrachten Leistungen. Sie bewegen sich zwischen 9 Franken (bei Pflegebedarf bis zu 20 Minuten) und 108 Franken (bei Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten). Und schliesslich ist auch geregelt, wie die Bedarfsabklärung aufgrund der ärztlichen Anordnung zu erfolgen hat und zu dokumentieren ist und welcher voraussichtliche Zeitbedarf anfallen wird (Hilfe- und Pflegeplanung). Der Versicherer kann zudem verlangen, dass ihm die Leistungen, die unter Absatz 2 fallen (das ist die detaillierte Auflistung der Pflegehandlungen), vorgelegt werden.

In diesem sowohl inhaltlich wie auch organisatorisch eng definierten Rahmen bewegen sich die Pflegenden. Empathische Anteile (im Unterschied zu technischen) sind wohl in allen Pflegehandlungen enthalten (zum Beispiel indem die Pflegeperson erklärt, was sie tut, auf spezifische Fragen eingeht, sich nach dem Befinden der Patientin erkundet). Bei den Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (Art.7 Abs.2 Bst.a Zf.1 und 2), wo es um das gesamte Umfeld des Klienten, der Klientin geht, ist es gar nicht anders möglich. Da können die Leistungen auch verrechnet werden. Was aber – streng genommen – nicht drin liegt, ist, mal zehn Minuten am Bett eines Patienten, im Zimmer einer Bewohnerin zu verweilen, sich nach den Kindern und Grosskindern zu erkundigen, eine Geschichte aus der Vergangenheit anzuhören, die Pflanzen in der Wohnung zu giessen oder vielleicht ein Fussbad auszurichten, noch viel weniger, sich (regelmässig) der Patientin in ihrer Individualität und mit ihrem je eigenen biografischen Hintergrund anzunehmen. Obschon, wie eine Expertin in unseren Gesprächen betont hat, Beobachtung und Wahrnehmung der Person in Nicht-Pflegesituationen sehr aufschlussreich sein können für den Zustand und das Wohlbefinden der Person.

Betreuung ist, so haben wir sie in Teil I bezeichnet, eine nicht definierte Restgrösse. Sie fällt weitgehend beim Assistenzpersonal an. Ohne sich in irgendeiner Weise abwertend gegenüber diesen Mitarbeitenden zu äussern, wird Betreuung – ein wichtiger Teil unseres Themas, der Care-Arbeit – doch als unqualifizierte Arbeit abgewertet.

Wie wirkt sich die Pflegefinanzierung auf den Alltag der Befragten aus?

Vor diesem Hintergrund ist es interessant zu hören, was die GesprächspartnerInnen von der Unterscheidung zwischen Pflege und Betreuung halten. Zunächst die Pauschalantworten: Sie sei spitzfindig, künstlich, fragwürdig; sie bewirke zudem, dass Kosten auf die PatientInnen abgeschoben werden, sie sei eine Falle, ein ethisches Verständnis von Pflege und Betreuung lasse sie eigentlich gar nicht zu. In der darauf folgenden Diskussion werden die Meinungen differenziert.

Was die **strategische** Ebene betrifft, formuliert es eine Leitungsperson eines grossen Verbandes

ungefähr so: Bei der neuen Pflegefinanzierung sei es ursprünglich darum gegangen, eine finanzpolitische Grundlage zu schaffen, herausgekommen sei jedoch ein «Heimatschutz der Krankenkassen»; die Finanzpolitik habe sich gegenüber der Fachpolitik durchgesetzt. Viele Fragen seien nach wie vor ungelöst, z.B. führen die unterschiedlichen kantonalen Restfinanzierungsmodelle zu Rechtsunsicherheit. Andere GesprächspartnerInnen fügen hinzu, es gehe in Richtung Ökonomisierung der Pflege. Die zunehmend restriktivere Auslegung, was Pflege sei, führe zu einer Unterfinanzierung der Spezialdienste (beispielsweise bei den Psychotherapie-Teams oder bei Palliative Care). Eine Spitex-Leiterin sagt dazu, die Betriebe müssten sich neu ausrichten und enger planen. Sie spricht von modernem Sklaventum.

Ein ständiges Thema in den Gesprächen – in den verschiedensten Zusammenhängen – sind die Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen über die Legitimierung zu erbringender und die Übernahme erbrachter Leistungen.

Die Befragten auf der **operativen** Ebene betonen, dass die Dokumentation und die Aufarbeitung der Kosten gegenüber den Krankenkassen zugenommen haben. Was nicht lückenlos dokumentiert sei, werde nicht bezahlt. Das betrifft Leistungen, die als Betreuung eingestuft und folglich nicht mehr übernommen werden. Bestreiten die Kassen eingereichte Rechnungen oder Teile davon, fallen arbeitsintensive Begründungen an. Die Kontrollen der Kassen, auch direkt vor Ort, sind häufiger als früher und das Controlling ist streng. Eine Gesprächspartnerin bezeichnet es sogar als schikanös. Die ökonomische Herangehensweise der Kontrollpersonen stösst auf die pflegerische berufsethische Haltung der Professionellen aus dem Gesundheitsbereich. Die Pflege werde auf rein technische Facharbeit reduziert, obschon es betreuende Anteile in jeder Pflegehandlung und pflegerische Anteile in jeder betreuenden (z.B. hauswirtschaftlichen) Handlung gebe. Eine weitere häufig erwähnte Kritik lautet, dass es (zu) lange dauere, bis die Leistungen von den Krankenkassen rückvergütet werden. Zum Teil werden sie auch gekürzt und dann sei unklar, wer für die ungedeckten Kosten aufkommen müsse.

Die **Mitarbeitenden** im Pflegebereich müssen ihre Leistungen elektronisch erfassen und dokumentieren. Die Technologisierung hat zugenommen. Das ist allerdings für die jungen Berufstätigen selbstverständlich. In den stationären Einrichtungen sind die Einstufungen der BewohnerInnen sehr wichtig: Viele BewohnerInnen mit hohen Einstufungen bedeuten mehr Pflegeleistungen und damit mehr Personal. Die Mitarbeitenden müssen Einstufungen und erbrachte Leistungen gegenüber den Krankenkassen jedoch verteidigen können. Deshalb sei es wichtig, konzeptionell zu arbeiten und die Pflegehandlung mit dem zugehörigen Fachwissen zu hinterlegen, damit sie von der Krankenkasse akzeptiert wird. Die Spitex-Mitarbeitenden kämpfen mit engen Zeitplänen und der Zerstückelung ihrer Arbeit in isolierte Handlungen.

Bei den **PatientInnen** bzw. den **BewohnerInnen** fallen höhere Kosten an und sie erhalten, so eine Gesprächspartnerin, subjektiv und objektiv weniger Zeit. Wenn hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex ganz wegfallen, funktioniert das «Frühwarnsystem» nicht mehr.

11 | Handlungsbedarf

Gegen Schluss der Interviews wurden die GesprächspartnerInnen gefragt, welche wichtigen «Baustellen» sie in der Pflege und Betreuung von alten Menschen ausmachen würden: Die Antworten lassen sich unter drei Stichworten zusammenfassen: Kosten, Personal, Weiterentwicklung.

Die **Kostenfrage** droht jede vernünftige Diskussion über die gesellschaftlich notwendigen Rahmenbedingungen des hohen Alters zu überlagern. Die andauernde Kostenlegitimation lähmt das Weiterdenken. Es braucht politische Akzeptanz für zukunftsfähige Lösungen. Die Gesellschaft wird sich auf eine alternde Bevölkerung einstellen müssen. Weitere Sparmassnahmen demotivieren die dringend benötigten Mitarbeitenden.

Die zweite Grossbaustelle betrifft die Situation auf dem Arbeitsmarkt, d.h. die **Rekrutierung** von genügend und qualifizierten Mitarbeitenden. Besonders schwierig wird sich die Suche nach spezialisierten Fachleuten auf der Tertiärstufe gestalten. Auf Sekundarstufe II braucht es dringend mehr Ausbildungsplätze. Die Langzeitpflege kann nicht mehr auf die Familien abgewälzt werden. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Kosten- und Rekrutierungsprobleme dürfen die notwendige **Erneuerung** der Infrastruktur und die **Weiterentwicklung** der Angebote nicht verhindern: Bei vielen Pflegeheimen stehen Umbauten und Modernisierungen an bei gleichbleibender Forderung nach vernünftigen Preisen für Bewohnerinnen und Bewohner. Stationäre und ambulante Institutionen werden ihre Angebote entsprechend den Bedürfnissen ihrer KundInnen weiterentwickeln müssen: Das heisst zum Beispiel Auf- oder Ausbau von Demenz- und Palliativabteilungen oder ambulante Serviceleistungen wie Abend-, Nacht- und Spezialdienste oder auch Einrichtung von Fachstellen wie sie z.T. in Städten, aber sicher nicht flächendeckend vorhanden sind.¹¹⁵

12 | Lebensqualität und Lebenssinn im hohen Alter

Unsere Schlussfrage in den Interviews lautete: Welche (gesellschaftlichen) Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein, damit Lebensqualität und Lebenssinn im hohen Alter erhalten werden können? Darauf antworteten die GesprächspartnerInnen entweder aus der Sicht ihrer gegenwärtigen Funktion und/oder Arbeitsstelle oder aus einer gesellschaftspolitischen Perspektive.

Ein differenziertes Angebot

Die Wünsche und Vorstellungen der Führungsleute, die nahe an der Praxis sind, gehen von ihren jetzigen Arbeitsorten aus und sie sind entsprechend pragmatisch: Sie fordern beispielsweise genü-

¹¹⁵ Spitex Zürich Limmat führt beispielsweise vier Fachstellen: Stoma & Kontinenzberatung, Palliative Care, Psychosoziale Betreuung, Wundberatung.

gend geeigneten Wohnraum, Generationenhäuser, bürgerInnennahe Anlaufstellen, niederschwellige Treffpunkte, Ressourcen für bezahlbare Betreuungsdienste, Beratung und Entlastungsangebote für Angehörige oder den Ausbau der Freiwilligenarbeit mit entsprechender Begleitung der Ehrenamtlichen. Mehr als eine Gesprächspartnerin denkt beim Erschliessen neuer Ressourcen an die Menschen im dritten Lebensalter, also an diejenigen, die aus dem Arbeitsleben ausgeschieden, aber noch im Vollbesitz ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten sind. Die Spitex-LeiterInnen sprechen Klartext: Wenn die Formel ambulant vor stationär politischer Wille ist, dann soll die Politik auch die notwendigen Mittel dafür bereitstellen. Und sie soll die Spitex als das wahrnehmen, was sie ist: eine professionelle Organisation. Aber auch sie sehen die Probleme in einem grösseren Zusammenhang: Wenn nur finanziell argumentiert wird, ist die Qualität gefährdet.

Wir werden nicht um eine Wertediskussion herumkommen

Eine Gesellschaft, deren Bevölkerung zu einem wachsenden Teil älter ist als 65 und in welcher auch die Gruppe der Hochaltrigen zunimmt, ist ein neues Phänomen und eine Herausforderung, der wir uns stellen müssen. Die Sensibilisierung für diese Tatsache ist das Anliegen, das bei den Personen, die eine strategische Führungsrolle einnehmen, an erster Stelle steht: Weg vom einseitigen Leistungs- und Profitdenken, weg von der Betrachtungsweise, welche das Alter als reinen Kostenfaktor wahrnimmt, weg vom Jugendlichkeitswahn – hin zu gemeinsamer Verantwortung. Grosse Organisationen haben das in ihren Leitbildern festgehalten. Alte Menschen sind Teil der Gesellschaft, auch wenn sie Unterstützung brauchen. «Sie dürfen zur Last fallen», sagt eine Gesprächspartnerin.

Und so beschreibt eine Führungsperson die Rolle von Alterszentren in einem grösseren gemeinsamen Raum: Wir schaffen Wohn- und Lebensqualität für die heutige und die künftige Generation von alten Menschen, wir teilen die Infrastruktur mit anderen Menschen im Quartier, unsere Häuser sind generationenübergreifende offene Begegnungszentren und damit fördern wir das Verständnis für das Alter als Teil der Gesellschaft.

Einige Leute machen Vorschläge, in welche Richtung sich die (alternde) Gesellschaft entwickeln sollte: Es braucht neue Zusammenarbeitsformen, weil die Versorgung von alten Menschen nicht mehr allein auf familiale Strukturen überwältzt werden kann. Das Gemeinwesen soll Strukturen zur Verfügung stellen, welche dazu beitragen, formelle und informelle Mitarbeitende und verschiedenste Angebote zu koordinieren und zu vermitteln. Eine gute Durchmischung der Generationen hilft dabei. Es gibt Modelle. Autoren wie Thomas Klie¹¹⁶ und Reimer Gronemeyer¹¹⁷ beschreiben sie.

Anknüpfend an unser Kernthema, die Care-Arbeit, meint eine Interviewpartnerin und bringt die Probleme damit auf den Punkt: «Der Knackpunkt wird das Verhältnis von Care-Arbeit einerseits und

¹¹⁶ Thomas Klie stellt der heutigen Alterspolitik, die einen grossen Teil der Verantwortung für die alten Menschen an die Familien delegiert, die «Caring community» als Alternative gegenüber: eine Vielfalt von Wohn- und Lebensformen, bei welchen die Kommune und das «bürgerschaftliche Engagement» im Mittelpunkt stehen. Vgl. dazu Klie (2014).

¹¹⁷ Reimer Gronemeyer plädiert für eine demenzfreundliche Gesellschaft, in der die Demenzkranken nicht aus der Gemeinschaft ausgeschlossen und in künstliche Lebenswelten wie Alzheimerdörfer eingeschlossen werden. Vgl. dazu Gronemeyer (2013).

Ökonomisierung der Pflege andererseits sein. Gute Pflege hat eine soziale Dimension und diese Care-Dimension muss erhalten bleiben.»

Teil III

13 | Fazit

Wir fragen in diesem Bericht nach den Rahmenbedingungen für ein gutes Leben im hohen Alter. Dabei nehmen wir einen Ausschnitt der realen Bedingungen unter die Lupe – sowohl theoretisch wie praktisch.

Ein gutes Leben im hohen Alter betrifft nicht nur die Hochaltrigen selbst, sondern auch ihr näheres und weiteres Umfeld – die Familienangehörigen, Freunde, Nachbarinnen – und die Professionellen aller Stufen – die Pflegenden und Betreuenden im ambulanten und stationären Bereich. Ein gutes Leben im hohen Alter bedeutet, dass das Wohlbefinden der Hochaltrigen im Vordergrund steht, die Professionellen gute Arbeit leisten können und das Umfeld nicht überfordert ist.

Pflege und Betreuung

In der Schweiz leben erst über 90-jährige Menschen mehrheitlich im Heim; es sind in ihrer Mehrzahl Frauen. Das heisst nicht, dass sie vorher keine Hilfe und Betreuung von Angehörigen und Pflege der Spitex brauchen. Der weitaus grösste Teil der KlientInnen der Spitex ist über 65 Jahre alt und beansprucht 80 Prozent der geleisteten Arbeitsstunden. Die Devise ambulant vor stationär ist umgesetzt. Das muss nicht heissen, dass sie immer die beste Lösung ist.

Die neue Pflegefinanzierung, in Kraft seit 2011, folgt einem neuen Finanzierungsmodus, die PatientInnen werden stärker belastet und die sog. Restfinanzierung durch die Kantone oder Gemeinden führt wegen unterschiedlicher Umsetzungsmodelle zu Rechtsunsicherheit. Mit diesem neuen Finanzierungsmodus geht eine Trennung von Pflege und Betreuung einher, denn die gesetzlichen Grundlagen schreiben fest, was Pflege ist und durch die Krankenkassen bezahlt wird. Betreuung ist die übrig bleibende Restgrösse. Das steht einem ganzheitlichen Blick auf den Menschen entgegen. Besonders davon betroffen ist die wachsende Gruppe der demenzkranken Menschen, die oft über lange Zeit mehr Betreuung und Unterstützung brauchen als Pflege.

Auf eine hohe Qualität der Leistungen wird geachtet und die Qualitätssicherung spielt eine wichtige Rolle. Allerdings geht ein gutes Leben nicht restlos in messbaren Daten auf.

Care

Hier setzt die Diskussion um Care-Arbeit ein. Wir haben sie definiert als fürsorgende Dienstleistung am Menschen. Sie ist einerseits geprägt durch ein Abhängigkeitsverhältnis und andererseits durch die emotionale Komponente sowie die aufgewendete Zeit, die nicht oder nur beschränkt rationalisierbar ist.

Ist sie bezahlt, ist Care-Arbeit eine Mischung von Professionalität und Sorge um/Anteilnahme am Menschen, ist sie unbezahlt ist sie eine Mischung von Fürsorge/Liebe und Sachlichkeit.

Weil die Marktlogik das ganze Gesundheitswesen durchdringt, weil Care beim Modell des Homo Oeconomicus nicht vorgesehen ist, weil Frauen immer mehr am Erwerbsleben teilnehmen, weil Familien für die Betreuung nicht mehr unbeschränkt zur Verfügung stehen, wird von einer Care-Krise gesprochen. Care-Migrantinnen springen in die Lücke ein, was zu einer schwierigen Versorgungslage in ihren Herkunftsländern führen kann.

Interviews

Im zweiten Teil begegnen wir den gleichen Themen aus anderer Perspektive. Wie bewegen sich die AkteurInnen in dem skizzierten schwierigen Umfeld? Als die wichtigsten Veränderungen der letzten Jahre bezeichnen sie die Professionalisierung und die Zunahme an Fachwissen auf verschiedensten Gebieten der Pflege und Betreuung sowie – negativ – die Zunahme des Kostendrucks und die administrative Mehrbelastung. Die dem Bericht titelgebende Care-Arbeit ist für die AkteurInnen keine bewusste Handlungsoption, nach der sie sich richten, es ist aber durchaus möglich, ihrem Handeln die Folie der Care-Arbeit zu unterlegen.

Die drängendsten und dringendsten Probleme ergeben sich für die AkteurInnen aus der oben erwähnten das ganze Gesundheitswesen durchdringenden Ökonomisierung. Die Forderung, qualitativ gute Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen und lückenlos nachzuweisen, damit sie (von den Krankenkassen) übernommen werden, setzt sie unter einen permanenten Druck. Darunter leiden die Pflegenden und Betreuenden selbst, indem sie abwägen müssen zwischen den von ihnen geforderten Leistungen und ihrem berufsethischen Verständnis. Für die PatientInnen und BewohnerInnen wirkt dieser Druck sich dahingehend aus, dass sie weniger Zeit und Aufmerksamkeit erhalten als vorher und vielleicht auch, als ihrem Wohlbefinden zuträglich wäre. Dass dies für die demenzkranken Menschen besonders einschneidend ist, haben wir bereits mehrmals erwähnt. Zudem sind mit der neuen Pflegefinanzierung die Kosten für alle LeistungsempfängerInnen gestiegen. Dass auf diesem Hintergrund die Rekrutierung von genügend qualifiziertem Personal zu einer Herausforderung geworden ist, versteht sich fast schon von selbst. Mehr Ausbildungs- und Praktikumsplätze auf der Sekundärstufe, wo es genügend AnwärterInnen gibt, und Anstrengungen, die Zahl der Studierenden auf der Tertiärstufe zu erhöhen, sind dringend notwendig. Das wird – besonders in der Langzeitpflege – nur möglich sein, wenn die Arbeitsbedingungen stimmen.

Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die Gruppe der Hochaltrigen wächst. Der Bedarf an stationärer und ambulanter Langzeitpflege wird zunehmen. Die vielen engagierten AkteurInnen in diesem Bereich – unsere GesprächspartnerInnen sind dafür ein leuchtendes Beispiel – wünschen sich eine gesamtgesellschaftliche Sensibilisierung für diese Problematik und verlangen von den politischen EntscheidungsträgerInnen, dass sie die Dimension des guten Lebens im hohen Alter nicht der alles dominierenden Kostendiskussion unterordnen.

Das Bewusstsein ist gewachsen, dass der Umgang mit Hochaltrigkeit eine gesellschaftliche Aufgabe ist. Sie kann nicht mehr vollständig an die Familien delegiert werden. Bezahlte und unbezahlte

Care-Arbeit werden auch in Zukunft unabdingbar und die Beteiligung der Zivilgesellschaft notwendig sein. Ebenso die Ausbildung und Rekrutierung von genügend Fachpersonal.

Welche Strategien sind in Zukunft zu entwickeln? Ein radikaler Umbau oder ein sanfter? Die kapitalistische Ökonomie neu entwerfen oder an vielen Baustellen gleichzeitig ansetzen?

In einem Gespräch wurden die Philosophin Cornelia Klinger und die Soziologin Ute Gerhard danach gefragt, welche Strategien sie als erfolgversprechend einschätzen, um Care-Arbeit aufzuwerten. Cornelia Klinger meint dazu: «Wir sollten nicht überlegen, wie die Care-Arbeit neu zu gestalten sei, sondern wir müssten damit beginnen, den Betrieb der Gesellschaft, die kapitalistische Ökonomie und den in ihrem Dienst stehenden Staat anders und neu zu entwerfen.» Ute Gerhard hingegen meint, dass revolutionäre Utopien fehl am Platz seien. «Es wird darum gehen, viele Strategien an vielen Baustellen gleichzeitig zu entwickeln, die Sorge für andere qualifizieren, wertschätzen, besser bezahlen und jedem und jeder ermöglichen.»¹¹⁸

Beide, Cornelia Klinger und Ute Gerhard, haben Recht. Es braucht kurz- und mittelfristig viele verschiedene realistische und heute noch utopisch erscheinende Strategien.

¹¹⁸ Im Gespräch. Ute Gerhard und Cornelia Klinger über Care / Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge (2013). In: Sorgeverhältnisse [Schwerpunkt] (2013), In: Feministische Studien (2013/2), S. 267-277, S.277

14 | Empfehlungen

Auf dem Hintergrund des vorliegenden Berichts formuliert die Manifestgruppe der Grossmütter-Revolution die folgenden sechs Empfehlungen zuhanden der EntscheidungsträgerInnen aller politischen Ebenen. Die Empfehlungen konzentrieren sich auf Probleme, die mit Care-Arbeit und Hochaltrigkeit in direktem Zusammenhang stehen.

1 Pflegefinanzierung: Nicht trennen, was zusammengehört

Die Trennung von Pflege und Betreuung ist auf dem Hintergrund der Lebens- und Pflegequalität zwingend zu überdenken.

Die Trennung von Pflege und Betreuung bzw. die abschliessende Auflistung der Pflegehandlungen nach Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist nicht nur in der Praxis hoch umstritten. Sie entspricht weder einem zeitgemässen Pflegeverständnis, noch ist sie praxisnah. Die umfangreiche «Restgrösse» Betreuung fällt damit aus dem Raster, sowohl was die Qualitätskontrolle wie auch die Finanzierung durch die Krankenkassen betrifft. Care-Arbeit als ganzheitlicher Zugang zum Menschen enthält Pflege- und Betreuungsanteile, besonders letztere lassen sich nicht immer in ein starres Zeitkorsett zwängen. Care-Arbeit ist nur bedingt rationalisierbar. Die Diskussion um die Pflegefinanzierung darf nicht allein unter dem Aspekt der Kosten(reduktion) geführt werden.

2 Ausreichende Zeitbudgets für Demenzkranke und Palliative Care

Besonders Demenzkranke und Menschen am Ende des Lebens brauchen ganzheitliche Pflege und Betreuung. Die Leistungen nach Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung sind zu überprüfen und dem in der Praxis erforderlichen Bedarf realistisch anzupassen.

Am Beispiel der Demenzkranken wird deutlich, dass die Trennung von Pflege und Betreuung, wie sie der Gesetzgeber in der Pflegefinanzierung vorgenommen hat, kaum den praktischen Gegebenheiten entspricht. Demenzkranke Menschen brauchen in den Anfangsstadien der Krankheit nicht unbedingt mehr Pflege, sondern mehr Betreuungszeit; vor allem dann, wenn ihre Selbständigkeit erhalten werden soll.

Hochaltrige Menschen sollen am Ende ihres Lebens Palliative Care beanspruchen können. Dabei stehen oft psychische und soziale Aspekte im Vordergrund, was eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Betreuenden erforderlich macht. Per 1. Januar 2012 wurde Artikel 7 KLV dahingehend ergänzt, dass Koordinationsleistungen von Pflegepersonen in komplexen Situationen verrechnet werden können, die Finanzierung ist jedoch sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich nach wie vor ungenügend.¹¹⁹ Das Versorgungskonzept Palliative Care darf nicht an Finanzierungsfragen scheitern. Die KLV ist entsprechend zu ergänzen.

¹¹⁹ Bundesamt für Gesundheit (2013a), S. 4ff.

3 Die Ergänzungsleistungen sichern

Die Ergänzungsleistungen müssen gesichert werden. Sie sind unabdingbarer Bestandteil der bisher erfolgreichen Alterspolitik und ermöglichen insbesondere Frauen mit kleinen Renten den Zugang zu einer guten Versorgung.

Zurzeit sind rund 12 Prozent der AHV-BezügerInnen auf Ergänzungsleistungen (EL) angewiesen. Gemäss Bundesverfassung¹²⁰ richten Bund und Kantone diese Leistungen an Personen aus, deren Existenzbedarf durch die Rente und den Vermögensverzehr nicht abgedeckt ist. Die EL werden mit zunehmendem Alter immer wichtiger und verhindern weitgehend, dass aus RentnerInnen SozialhilfeempfängerInnen werden.

Gegenwärtig in Diskussion ist eine regional differenzierte Anhebung der Mietzinsmaxima. Geplant wird jedoch auch eine Gesamtrevision des EL-Gesetzes. Die Vernehmlassung dazu wird im Laufe des Jahres 2015 eröffnet. Der Bundesrat entspricht damit einem Anliegen, das vor allem von den Kantonen verfolgt wird. Sie tragen rund 70 Prozent der EL-Kosten und haben dementsprechend ein grosses Gewicht. Unter dem allgemein herrschenden Spardiktat ist nicht auszuschliessen, dass in der anstehenden Revision Kürzungen vorgeschlagen werden.¹²¹ Das gilt es zu verhindern.

4 Ambulante Versorgung nicht auf Pflege reduzieren

Es braucht eine ausreichende öffentliche finanzielle Unterstützung von sozialen und hauswirtschaftlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung von Hochaltrigen.

Im Alter so lange wie möglich zuhause bleiben – das ist es, was die alten Leute wollen und die Politik fordert: ambulant vor stationär. Aber ist es auch in jedem Fall sinnvoll? Das Leben im privaten Haushalt kann Alleinlebende sowie pflegende Angehörige oder das soziale Umfeld überfordern. Damit die Lebensqualität im privaten Haushalt gesichert bleibt, brauchen hochaltrige Personen nicht nur Pflegeleistungen, sondern auch soziale und hauswirtschaftliche Unterstützung zu angenehmen und allen zugänglichen Bedingungen. Dies ist zugleich ein «Frühwarnsystem»: Regelmässige Besuche von Professionellen verhindern Vereinsamung, Verwahrlosung oder Gewalt; ein Heimeintritt kann rechtzeitig eingeleitet werden. Wichtig sind eine hohe Durchlässigkeit und eine gute Zusammenarbeit zwischen professionellen und informellen Mitarbeitenden.

5 Ein Anreizsystem für die Langzeitpflege

Damit die Langzeitpflege langfristig gesichert ist, braucht es gute Arbeitsbedingungen und gute Bezahlung. Nur so kann sie der Konkurrenz des Akutbereichs standhalten.

¹²⁰ Artikel 112a Absatz 1.

¹²¹ Bundesrat (2013), S. 8.

Im Gesundheitsbereich herrscht ein Mangel an Fachkräften. Das gilt ganz besonders für die Langzeitpflege. Gute Arbeitsbedingungen und ein gutes Arbeitsklima sind für das Pflegepersonal ausschlaggebend. Es ist zu überlegen, ob und wie ein Anreizsystem für die Langzeitpflege, z.B. kürzere Arbeitszeiten, bezahlte Kita-Plätze, eine Lohnzulage, geschaffen werden könnte. Begründen lässt sich das damit, dass die Langzeitpflege sehr anspruchsvoll ist: Sie erfordert zum einen hohe pflegerische Kompetenzen bei der Versorgung von PatientInnen und BewohnerInnen, die an Mehrfacherkrankungen leiden, sowie hohe soziale Kompetenzen (z.B. Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten) im Umgang mit dem Umfeld der betreuten Personen. Langzeitpflegende müssen in der Lage sein, interdisziplinär zu arbeiten und die Angehörigen sowie die Bezugspersonen in das Pflege- und Betreuungskonzept miteinzubeziehen.

6 Care-Migrantinnen legalisieren

In Privathaushalten arbeitende Care-Migrantinnen sollen zu korrekten Arbeitsbedingungen gestellt, auf ihre Aufgabe vorbereitet und über ihrer Rechte und Pflichten orientiert werden.

Die Beschäftigung von sogenannten Care-Migrantinnen wird vor allem dann zu einem Problem, wenn ihre Arbeitsbedingungen nicht stimmen. Dazu gehören ein vertragsloser Zustand, unregelmäßige Arbeitszeiten, schlechte Bezahlung, ungenügende Sozialversicherungen, Ferienentschädigungen, Freizeitregelungen etc.. Ein weiteres Problem stellt sich, wenn Care-Migrantinnen Pflegehandlungen ausführen oder dazu angehalten werden, die von einer Fachperson erbracht werden müssen. Niederschwellige Anlaufstellen und Bildungsangebote könnten hier Abhilfe schaffen. Im November 2014 hat das Bundesparlament die ILO-Konvention 189 ratifiziert¹²². Sie hält alle Punkte fest, die erfüllt sein müssen, damit Care-Migrantinnen in der Schweiz unter korrekten Bedingungen arbeiten können.¹²³ Die ILO-Konvention 189 enthält eine Handhabe, um dies zu überprüfen.

¹²² Internationale Arbeitskonferenz (2011). Übereinkommen 189 über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte.

¹²³ Konkrete Hinweise unter <https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/publikationen/care-migrantinnen.html> oder <http://www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/av/alter/care-migration>

15 | Literaturhinweise

Viele der im Folgenden aufgeführten Titel sind als Downloads verfügbar.

AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg (Hrsg.) (2013). Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe, verfasst von Rolf Hoberg, Thomas Klie und Gerd Künzel. Freiburg i. Br. (Es gibt sowohl eine kurze wie eine lange Fassung.)

AHV-Merkblatt zu Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, Stand 1.1.2014

AHV Merkblatt zu Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Stand 1.1.2014

Alleva, Vania und Mauro Moretti (2009). Angestellte in schweizerischen Privathaushalten. Normalarbeitsverträge statt prekäre Arbeitsverhältnisse. In: Denknetz-Jahrbuch 2009. Zürich, S. 164-170

Alters- und Versicherungsamt der Stadt Bern (2014). Betreuung daheim und Hilfe im Haushalt. Was Sie bei einer Anstellung beachten sollen. Ratgeber der Stadt Bern. Bern

Amann, Anton (2009). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandesaufnahme. Wien, S. 199-215

Annen-Ruf, Margareta (2014). Würde im Alter – was heisst das? In: Schweizerischer Seniorenrat SSR NEWS (2014/1), S. 1-3

Appelt, Erna, Brigitte Aulenbacher und Angelika Wetterer (Hrsg.) (2014²). Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster

Arbeitsgruppe Care & Leben im Alter, Modelle, Vorstösse, Berichte http://www.grossmuetter.ch/de/projekte/region_de/care_leben_im_alter/

Aufbau 72 (März/April 2013): Who cares? Sorgeökonomie. www.aufbau.org

Aulenbacher, Brigitte und Maria Dammayr (Hrsg.) (2014). Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim

Aulenbacher, Brigitte (2014²). Ökonomie und Sorgearbeit. Herrschaftslogiken, Arbeitsteilung und Grenzziehung im Gegenwartskapitalismus. In: Appelt, Erna, Brigitte Aulenbacher und Angelika Wetterer (Hrsg.): Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster, S. 105-126

Auth, Diana (2013). Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: WSI Mitteilungen 2013/6, S. 412-422

Backes, Gertrud M, Ludwig Amrhein und Marianne Wolfinger (2008). Gender in der Pflege. Herausforderung für die Politik. In: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Hrsg. von der Friedrich Ebert Stiftung. WISO Diskurs. Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterpolitik. Bonn

Barben, Marie-Louise, Monika Stocker und Heidi Witzig (2013). Das vierte Lebensalter ist weiblich. In: Soziale Sicherheit CHSS (2013/5), S. 280-284

Baumann, Hans, Iris Bischel, Michael Gemperle, Ulrike Knobloch, Beat Ringger, Holger Schatz (Hrsg.) (2013). Care statt Crash. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus. Denknetz Jahrbuch 2013. Zürich

Bischofberger, Iren, Andrea Radvanszky, Karin van Holten und Anke Jähne (2013). Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich, S. 162-184

Bischofberger, Iren (2012). Erwerbstätige pflegende Angehörige – drei zentrale Handlungsfelder. In: Soziale Sicherheit CHSS (2012/1), S. 6-8

Bischofberger, Iren (2011). Angehörige als wandelnde Patientenakte. Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen. In: Care Management (2011/4), S. 27-29

Bonvin, Jean-Michel (2009). Care, Respekt und New Public Management. In: Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten [Schwerpunkt] (2009). In: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Nr. 30, S. 82-88

Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991. In: Bundesblatt 1992/I, S. 93-292

Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005. In: Bundesblatt 2005/10, S. 2033-2093

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT (2010). Bericht EDV «Bildung Pflegeberufe». Politischer Steuerungs- und Koordinationsbedarf zur Umsetzung der Bildungssystematik und zur Sicherstellung eines bedarfsorientierten Bildungsangebotes bei den Pflegeberufen auf Ebene Bund und Kantone. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (2014a): Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Pflichtenheft für eine Konzeptstudie. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2014b). Rahmenkonzept Palliative Care Schweiz. Eine definitorische Grundlage für die Umsetzung der «Nationalen Strategie Palliative Care». Bern (Version vom 15. Juli 2014)

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013a). Finanzierung der Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung und der spezialisierten Palliative Care (ambulante Pflege und Langzeitpflege). Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2013b): Nationale Demenzstrategie 2014-2017

Bundesamt für Gesundheit BAG (2012). Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG). Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (2011a). Bericht an den Bundesrat zur Konkretisierung der Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK (2011b). Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderungen. Impulsveranstaltung des Bundesamtes für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (2009a). Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2006. Bericht über die Pilotstudie. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (2009b). Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. Bern

Bundesamt für Gesundheit BAG (2005). Monitoring 2004. Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Bern

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2014a). Erläuternder Bericht zur Änderung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG); anrechenbare Mietzinsmaxima. Vernehmlassung vom 12. Februar 2014. Bern

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2014b). Änderungen des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG); anrechenbare Mietzinsmaxima. Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens. Bern

Bundesamt für Statistik BFS (2014a). Arbeitsmarktindikatoren 2014. Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS (2014b). Familien und Organisation des Familienlebens. Demos. Newsletter. Informationen aus der Demografie (2014/2). Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS / e-Dossier (2014c): Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS (2014d). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013. Zahlen und Trends. BFS aktuell. Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS (2013). Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2012. Zahlen und Trends. BFS aktuell. Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS (2012a): Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09), Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS / e-Dossier (2012b): Gesundheitsstatistik 2012. Neuchâtel

Bundesamt für Statistik BFS (2011). Indikatoren zur Alterssicherung. Resultate der Schlüsselindikatoren. Neuchâtel

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. März 2014)

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz. Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn

Bundesrat, der (2013). Ergänzungsleistungen zur AHV/IV: Kostenentwicklung und Reformbedarf. Bern

Care, Krise und Geschlecht (2013). In: Widerspruch Nr. 62, Zürich

Care-Manifest (2013). Care.Macht.Mehr. Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit (www.care-macht-mehr.com)

Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten [Schwerpunkt] (2009). In: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Nr. 30

CURAVIVA Schweiz (Hrsg.) (2013). Demenzbetreuung in stationären Alterseinrichtungen. Eine nationale Umfrage von stationären Alterseinrichtungen der deutsch- und französischsprachigen Schweiz. September bis November 2012. Zürich

CURAVIVA (2012). Neues Erwachsenenschutzrecht. Basisinformationen, Arbeitshilfen und Musterdokumente für Alters- und Pflegeinstitutionen. Bern

CURAVIVA (2011). Bedingungen und Einflussfaktoren für einen attraktiven Arbeitsplatz in Institutionen der Langzeitpflege. Zürich

CURAVIVA (o. D.). Palliative Care in der stationären Langzeitpflege. Positionspapier zur Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care. Bern

Doblhammer, Gabriele, Anne Schulz, Juliane Steinberg und Uta Ziegler (2012). Demografie der Demenz. Bern

Domicil Zeitung (April 2014). Pflege: achtsam und professionell. Interview mit Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin, Departement Moraltheologie und Ethik der Universität Fribourg. Bern, S. 2-4

Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (2010). Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus Sicht der Gleichstellung. Bern

Eidg. Departement des Innern EDI (2014). Erläuternder Bericht zum Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit). Bern

Eidg. Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung WBF (2014). Fachkräfteinitiative: Bundesrat intensiviert die Arbeiten.

Medienmitteilung vom 19. September 2014.

Erne-Widmer, Eveline (2013). «work & care». Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege Praxisbeispiel Bank Coop AG. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich, S. 185-195

Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich (o. D.). Haushaltshilfe beschäftigten – das müssen Sie wissen. Ratgeber. Zürich

Fisher, Berenice und Joan Tronto (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. In: Emily K. Abel und Margaret K. Nelson. Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives. Albany N.Y.

Fluder, Robert, Sabine Hahn, Jonathan Bennett, Matthias Riedel und Thomas Schwarze (2012). Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Schriften zur Sozialen Frage «Soziale Sicherheit und Integration». Bd. 5. Zürich

Focus Senesuisse (2013). Wie legt man gerechte Tarife fest? In: Focus Senesuisse (2013/3), S. 1-7

Generali (2013). Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie. Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds

Gerhard, Ute und Cornelia Klinger (2013). Über Care / Fürsorgliche Praxis und Lebenssorge. In: Sorgeverhältnisse [Schwerpunkt] (2013). In: Feministische Studien (2013/2), S. 267-277

Greuter, Susy (2013). Rationalisiert, rationiert und prekariert: Die Situation der Care-Arbeiterinnen in der Spitex. In: Gurny, Ruth und Ueli Tecklenburg (Hrsg.) (2013). Arbeit ohne Knechtschaft. Bestandesaufnahme und Forderungen rund ums Thema Arbeit. Ein Denknetz-Buch aus der edition 8. Zürich, S. 146-161

Greuter, Susy und Sarah Schilliger (2009). «Ein Engel aus Polen». Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In: Denknetz-Jahrbuch 2009. Zürich, S. 151-163

Gronemeyer, Reimer (2013). Das 4. Lebensalter: Demenz ist keine Krankheit. München

Guggisberg, Jürg et al. (2011). Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG und des Bundesamtes für Migration BFM. Bern

Gurny, Ruth und Ueli Tecklenburg (Hrsg.) (2013). Arbeit ohne Knechtschaft. Bestandesaufnahme und Forderungen rund ums Thema Arbeit. Ein Denknetz-Buch aus der edition 8. Zürich

Haug, Frigga (2011). Das Care-Syndrom. Ohne Geschichte hat die Frauenbewegung keine Perspektive. In: Das Argument (2011/3), S. 345-364

Heintze, Cornelia (2012). Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemässen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. In: WISO-Diskurs Juli 2012. Bonn

Hochuli, Marianne (2013). Care-Migration braucht faire Rahmenbedingungen. Caritas-Positionspapier, April 2013. Luzern

Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby und Andrea Zumbunn (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern

Hoppe, Hans-Peter (Hrsg.) (2014). Pflege im Umbruch. Hannover

Hummelsheim, Dina (2009). Die Erwerbsbeteiligung von Müttern: Institutionelle Steuerung oder kulturelle Prägung? Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Belgien, West- und Ostdeutschland. Wiesbaden

Hungerbühler, Hildegard (2012). Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Vielfältige Biografien – vielfältiges Altern. In: Soziale Sicherheit CHSS (2012/4), S. 198-201

Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité – Universitätsmedizin Berlin (2011). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in Pflegeheimen. Längsschnittstudie. Erste Ergebnisse. Projektleitung: Prof. Dr. Theo Dassen. Berlin

Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung der Universität Bern IZFG (Hrsg.) (2014). Das Unsichtbare sichtbar machen. Forschungsprojekt zur Betreuung von Angehörigen auf Bauernhöfen im Kanton Bern. Verfasserinnen: Lilian Fankhauser, Andrea Graf, Annemarie Sancar. Bern

Internationale Arbeitskonferenz (2011). Übereinkommen 189. Übereinkommen über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte.

Jaccard Ruedin, Hélène und Marcel Widmer (2010). Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz. Obsan Bericht 39. Neuchâtel

Jähne, Anke, Karin van Holten und Iren Bischofberger (2012). Befragung der Spitex zur Situation in Privathaushalten mit Care-Migrantinnen. Schlussbericht Teilprojekt im Rahmen des Projekts Arbeitsmarkt Privathaushalt der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich. Zürich

Janczyk, Stefanie (2009). Arbeit und Leben: Eine spannungsreiche Ko-Konstitution. Zur Revision zeitgenössischer Konzepte der Arbeitsforschung. Münster

Jochimsen, Maren A. (2003). Die Gestaltungskraft des Asymmetrischen – Kennzeichen klassischer Sorgesituationen und ihre theoretische Erfassung in der Ökonomik. In: zfwu Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik (2003/1), S. 38-51

Kägi, Wolfram, Miriam Frey, Corinne Säuberli, Manuel Feer und Patrick Koch / B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung Basel (2012). Monitoring 2010. Wirksamkeit der Prämienverbilligung. Basel

- Kanton Bern (2011). Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern. Bern
- Klie, Thomas (2014). Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München
- Klie, Thomas (2013). Herausforderungen des demografischen Wandels annehmen. Auf dem Weg zu einer caring community? In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft. Zürich, S. 104-118
- Klie, Thomas (o. D.): On the way to a Caring Community: Old people between Health and Social Care. Vortrag. Freiburg i. Br.
- Klinger, Cornelia (2014²). Krise war immer ... Lebenssorge und geschlechtliche Arbeitsteilung in sozialphilosophischer und kapitalismuskritischer Perspektive. In: Appelt, Erna, Brigitte Aulenbacher und Angelika Wetterer (Hrsg.). Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster, S. 82-104
- Knobloch, Ulrike (2013a). Sorgekrise. Ein Handbuchartikel. In: Baumann, Hans, Iris Bischel, Michael Gemperle, Ulrike Knobloch, Beat Ringger, Holger Schatz (Hrsg.) (2013). Care statt Crash. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus. Denknetz-Jahrbuch 2013. Zürich, S. 24-32
- Knobloch, Ulrike (2013b). Sorgeökonomie als kritische Wirtschaftstheorie des Sorgens. In: Baumann, Hans, Iris Bischel, Michael Gemperle, Ulrike Knobloch, Beat Ringger, Holger Schatz (Hrsg.) (2013). Care statt Crash. Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus. Denknetz-Jahrbuch 2013. Zürich, S. 9-23
- Kohn, Johanna, Eva Tov, Christa Hanetseder und Hildegard Hungerbühler (2013). Pflegearrangements und Einstellungen zur Spitex bei Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration. Basel
- Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates SGK-N (2013). Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen. Erläuternder Bericht vom 3. Oktober 2013. Bern
- Korečić, Jasenka (2012⁵). Pflegestandards in der Altenpflege. Berlin
- Kruse, Andreas, Thomas Rentsch und Harm-Peer Zimmermann (Hrsg.) (2012). Gutes Leben im hohen Alter. Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg
- Landolt, Hardy (2014a). Behandlungspflege – medizinische Pflege – Grundpflege. Ein Abgrenzungsversuch. In: Pflege-recht – Pflegewissenschaft (2014/1), S. 27-36
- Landolt, Hardy (2014b). Erste Erfahrungen mit der neuen Pflegefinanzierung. In: Jahrbuch Sozialrecht 2014. Zürich, S. 187-212
- Lewis, Jane und Trudie Knijn (2008). Der Wandel der Rollenleitbilder in Europa – Ist das «Adult-Worker-Modell» auf dem Vormarsch? In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Dokumentation der Tagung «Eigenverantwortung, private und öffentliche Solidarität – Rollenleitbilder im Familien- und Sozialrecht im europäischen Vergleich». Berlin, S. 19-30
- Madörin, Mascha (2013). Die Logik der Care Arbeit – Annäherung einer Ökonomin. In: Gurny, Ruth und Ueli Tecklenburg (Hrsg.). Arbeit ohne Knechtschaft. Bestandesaufnahme und Forderungen rund ums Thema Arbeit. Ein Denknetz-Buch aus der edition 8. Zürich
- Madörin, Mascha (2009). Beziehungs- oder Sorgearbeit? Versuch einer Orientierung. In: Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten [Schwerpunkt] (2009). In: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Nr. 30, S. 66-69
- Madörin, Mascha (2007). Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie. Eine Forschungsskizze. In: Denknetz-Jahrbuch 2007. Zürich, S. 141-162
- Magazin Migros-Kulturprozent (Februar 2014). Wir haben den sozialen Zusammenhang im Blick. Heinz Altorfer im Gespräch mit Simon Spiegel, www.migros-kulturprozent.ch/Magazin/Menschen (Zugriff am 7.2.2014)
- Magnin, Chantal (2002). Der Alleinernährer. Eine Rekonstruktion der Ordnung der Geschlechter im Kontext der sozialpolitischen Diskussion von 1945 bis 1960 in der Schweiz. In: Gilomen, Hans-Jörg, Sébastien Guex, Brigitte Studer (Hrsg.). Von der Barmherzigkeit zur Sozialversicherung. Umbrüche und Kontinuitäten vom Spätmittelalter bis zum 20. Jahrhundert. Zürich, S. 387-400
- Medici, Gabriela (2012²). Hauswirtschaft und Betreuung im Privathaushalt. Rechtliche Rahmenbedingungen. Juristisches Dossier im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, der Gewerkschaft VPOD und der Gewerkschaft Unia. Zürich
- Nadai, Eva (2007). Die Vertreibung aus der Hängematte: Sozialhilfe im aktivierenden Staat. In: Denknetz-Jahrbuch 2007. Zürich, S. 10-19
- Newerla, Andrea (2012). Verwirrte pflegen, verwirrte Pflege? Handlungsprobleme und Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz – eine ethnographische Studie. Münster
- Oesch, Thomas und Kilian Künzi / Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (2008): Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen. Literaturbericht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis. Zuhanden Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Bern
- Oppikofer, Sandra / Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich (2013). Informationsblatt. Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich
- Oppikofer, Sandra (2008). Lebensqualität bei Demenz. Zürcher Schriftenreihe zur Gerontologie Nr. 5. Zürich

- Oris, Michel und Adrien Remund (2012). Sozioökonomische und kulturelle Faktoren des Alterns in der Schweiz. In: Soziale Sicherheit CHSS (2012/4), S. 203-209
- Pape, Karin (2009). Menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte. Die Agenda der IAO und die organisierten Hausangestellten. In: Denknetz-Jahrbuch 2009. Zürich, S. 146-150
- Portmann, Urs (2014). Geringes Ausgabenwachstum bei den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, In: Soziale Sicherheit CHSS (2014/4), S. 237-240
- Reitinger, Elisabeth und Sigrid Beyer (Hrsg.) (2010). Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt a. M.
- Remmers, Hartmut und Helen Kohlen (2010). Bioethics, Care and Gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik. Osnabrück
- Rentsch, Thomas und Morris Vollmann (2012). Gutes Leben im Alter. Die philosophischen Grundlagen. Stuttgart
- Richter, Dirk (2013). Aggression in der Langzeitpflege. Ein differenzierter Überblick über die Problematik. Hrsg. von CURAVIVA. Bern
- Riegraf, Birgit (2014a). Care, Geschlecht, Gerechtigkeit. Von der Chancengleichheit und Verteilungsgerechtigkeit zur Entdeckung der Leistungsgerechtigkeit. In: Aulenbacher, Brigitte und Maria Dammayr (Hrsg.) (2014). Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim, S. 160-170
- Riegraf, Birgit (2014b). New Public Management, die Ökonomisierung des Sozialen und (Geschlechter)Gerechtigkeit. Entwicklungen der Fürsorge im internationalen Vergleich. In: Appelt, Erna, Brigitte Aulenbacher und Angelika Wetterer (Hrsg.). Gesellschaft. Feministische Krisendiagnosen. Münster, S. 127-143
- Rosenkranz, Ruth und Stefan Meierhans (2013). Defizite bei der Umsetzung der Pflegekostengrenze. In: Pflegerecht – Pflegewissenschaft (2013/2), S. 76-87
- Ruder, Rosmarie (2014). Verschuldungsrisiken im Sozialstaat: strukturelle Faktoren. In: Soziale Sicherheit CHSS (2014(1), S. 7-11
- Rudin, Melanie und Silvia Strub / Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (2014). Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige. Im Auftrag des Spitex Verbandes Schweiz. Bern
- Rüegger, Heinz unter Mitarbeit von Werner Widmer (2010). Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundäranalyse vorliegender Texte für CURAVIVA Schweiz. Zollikerberg
- Rüesch, Peter, Laila Burla, René Schaffert und Maja Mylaeus (2009). Ist die Pflegequalität messbar? In: Care Management (2009/6), S. 33-38
- Rüesch, Peter, Laila Burla, René Schaffert und Maja Mylaeus (2008). Qualitätsindikatoren der ambulanten Pflege (Spitex in der Schweiz auf der Grundlage von RAI-HC. Winterthur
- Ryter, Elisabeth und Marie-Louise Barben (2012). Das vierte Lebensalter ist weiblich. Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter. Bern
- Schaffert, René und Thomas Wahlster (Hrsg.) (2004). Qualität neu erfinden? Qualitätsmerkmale im Sozial- und Gesundheitswesen unter der Lupe. [Tagungsdokumentation]. Zürich
- Schibler, Heidi (2012, Version 3). Qualitätsmanagement und Pflegequalität. Informationen für Lehrpersonen und Auszubildende. Münchenstein
- Schilliger, Sarah (2013). Transnationale Care-Arbeit: osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2013): Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft, Zürich, S. 142-161
- Schilliger, Sarah (2009). Hauspflege. Aktuelle Tendenzen in der Entstehung eines globalisierten, deregulierten Arbeitsmarktes. In: Care-Ökonomie. Neue Landschaften von feministischen Analysen und Debatten [Schwerpunkt] (2009). In: Olymppe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Nr. 30, S. 120-126
- Schwaller, Corinne (2013). Die Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Arbeitsblatt Nr. 58 des Instituts für Sozialanthropologie der Universität Bern. Bern
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2013, Nachdruck). Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen. Bern
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2011). Professionelle Pflege Schweiz. Perspektiven 2020. Bern
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2010, Nachdruck). Qualitätsnormen für die Pflege (Pflegestandards). Bern
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2007). Ethische Standpunkte 2. Verantwortung und Pflegequalität. Bern
- Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (Hrsg.) (2012). Was ist Generationenpolitik? Eine Positionsbestimmung. Bern
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und OdA Santé (2009). Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009. Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bern
- Schweizerischer Seniorenrat SSR (2007): Bericht über die Qualität in der Langzeitpflege
- Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2013): Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft, Zürich.
- Schwerpunkt Care-Arbeit, Gleichstellung und soziale Sicher-

- heit (2014). In: Soziale Sicherheit CHSS (2014/4)
- Seifert Alexander und Hans Rudolf Schilling (2013). Im Alter ziehe ich (nie und nimmer) ins Altersheim: Motive und Einstellungen zum Altersheim. Eine Studie des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich im Auftrag von Altersheime der Stadt Zürich (AHZ). Kurzbericht. Zürich
- Seifert, Kurt (2012). Gut leben – auch im Alter. In: Soziale Sicherheit CHSS (2012/4), S. 194-197
- Sorgeverhältnisse [Schwerpunkt] (2013). In: Feministische Studien (2013/2)
- SP Kanton Zürich/Arbeitsgemeinschaft Alter (2013). Politische Partizipation im Alter. Zürich
- Spitex Verband Schweiz (2010²): Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? Die Situation der Angehörigen und ihre Ansprüche an Spitex. Bern
- Spitex Verband Schweiz (2009). Qualitätsindikatoren für die Spitex-Pflege. In: Schauplatz Spitex (2009/1)
- Spitex Verband Schweiz (2008). Spitex-Strategie 2015. Ziele und Strategien für die Entwicklung der Spitex. Bern
- Spitex Verband Schweiz (2000). Qualitätskonzept für die Hilfe und Pflege zu Hause. Bern
- Stadt Zürich (2012). Altersstrategie der Stadt Zürich. Zürich
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI (2013). Masterplan Bildung Pflegeberufe – Zwischenbericht. Bern
- Traunmüller Richard, Isabelle Stadelmann-Steffen, Kathrin Ackermann und Markus Freitag (2012). Zivilgesellschaft in der Schweiz. Analysen zum Vereinsengagement auf lokaler Ebene. Zürich
- Truong, Jasmine, Karin Schwiter und Christian Berndt (2012). Arbeitsmarkt Privathaushalt. Charakteristika der Unternehmen, deren Beschäftigungsstruktur und Arbeitsbedingungen. Eine Studie im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich. Geographisches Institut der Universität Zürich. Zürich
- Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA Schweiz (2014). Jahresbericht 2013. Zürich
- Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter UBA Zürich/Schaffhausen (2013). Jahresbericht 2012. Zürich
- van Holten, Karin, Anke Jähne und Iren Bischofberger (2013). Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt. Hrsg. vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. Obsan Bericht 57. Neuchâtel
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 (Stand am 1. Juli 2014)
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. März 2014)
- von Ballmoos, Claudia und Béatrice Despland (2011). Pflegende Angehörige und Krankenversicherung (KVG). Voraussetzungen und Modalitäten der Vergütung von Pflegeleistungen. (Ohne Ortsangabe)
- Wächter, Matthias und Heidi Stutz / Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS (2007). Neuregelung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht. Im Auftrag der Bundeshausfraktion SP Schweiz. Bern
- World Health Organization (2010). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. (Ohne Ortsangabe). Dazu gibt es eine inoffizielle, von Deutschland, Österreich und der Schweiz genehmigte Übersetzung (www.bag.admin.ch)
- Worschech, Susann (2011). Care-Arbeit und Care-Ökonomie: Konzepte zu besserem Arbeiten und Leben? In: <http://www.gwi-boell.de> (Zugriff am 20.9.2014)
- Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich (Hrsg.) (2010). Menschen mit Demenz zu Hause begleiten. Empfehlungen für betroffene Familien, Betreuende, Beratende, Behandelnde, Versicherer, Behörden, Medien und Gesellschaft. Zürich
- Zimmermann-Acklin, Markus (2013). «When not all services can be offered to all patients» – Ethische Überlegungen zur Finanzierung medizinischer Massnahmen bei Patienten am Lebensende. In: Duttge, Gunnar und Markus Zimmermann-Acklin (Hrsg.). Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende. Göttingen, S. 177-200
- Zúñiga, Franziska, Dietmar Ausserhofer, Christine Sordaly, Catherine Bassal, Sabina De Geest, René Schwendimann (2013): SHURP Swiss Nursing Homes Human Resources Project. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeheimen der Schweiz, Universität Basel. Basel

16 | Anhang

Themen der Interviews

Die Gesprächsleitfäden wurden jeweils der beruflichen Funktion der Interviewpartnerinnen und -partner angepasst. Die Fragen bewegten sich im folgenden Themenspektrum:

- Aktuelle berufliche Funktion, berufliches Umfeld
- Individuell erlebte Veränderungen in der Alterspolitik, in der Pflege und Betreuung von älteren Menschen
- Personalsituation in der ambulanten bzw. stationären Versorgung von älteren Menschen (Qualifikation, Personalschlüssel, Rekrutierungsprobleme)
- Bedeutung und Inhalt von Pflege, Betreuung und Care-Arbeit in der ambulanten bzw. stationären Versorgung von älteren Menschen
- Qualität der Versorgung
- Auswirkungen der Neuordnung der Pflegefinanzierung
- Funktion und Zusammenarbeit mit Angehörigen und Freiwilligen
- Probleme der ambulanten bzw. stationären Versorgung
- Rahmenbedingungen, die erforderlich sind, um Lebensqualität im Alter zu erhalten

Liste der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner

Die folgenden Personen wurden in den Monaten Mai bis August 2014 einzeln – face to face oder telefonisch – oder in Gruppen befragt:

- Brigitta Bhend, Geschäftsleiterin der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter UBA, Zürich
- Verena Bühler, Leiterin Pflege und Betreuung bei Pflege und Betreuung Schwarzenburgerland, Schwarzenburg
- Ursula Feiner, Pflegedienstleiterin im Alterszentrum Klus-Park, Zürich
- Therese Frösch, Präsidentin des Verwaltungsrats der Domicil AG Bern, Bern
- Corinne Gerber, Leiterin Kerndienste der Spitex oberes Worblental, Worb
- Brigitte Hadorn, Fachleiterin Pflege der Spitex Region Köniz, Köniz
- Sabina Hahn, Leiterin aF&E Pflege der Berner Fachhochschule, Bern
- Günter Imperiale, Leiter des Spitex-Zentrums Zürich Seefeld, Zürich
- Markus Leser, Leiter des Fachbereichs Menschen im Alter bei CURAVIVA Schweiz, Bern
- Beatrice Mazenauer, Zentralsekretärin des Spitex Verbandes Schweiz, Bern
- Brigitte Meister, Leiterin des Alterszentrums Doldertal, Zürich
- Rosmarie A. Meyer, Leiterin des Alterszentrums Bürgerasyl-Pfrundhaus, Zürich
- Ursula Michel, Bereichsleiterin Pflege und Betreuung der Spitex Interlaken und Umgebung, Interlaken
- Marlies Petrig, Leiterin der Health Care Services im KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf
- Monica Scherer, Leiterin des Spitex-Zentrums Schwamendingen, Zürich

- Irene Schläpfer, Leiterin des Ressorts Pflege, Betreuung, Therapie der logisplus AG, Köniz
- Kurt Seifert, Leiter Forschung & Grundlagenarbeit, Pro Senectute Schweiz, Zürich
- Roman Trunspurger, Leiter des Alterszentrums Kalchbühl, Zürich
- Karin van Holten, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Careum Forschung der Kalaidos Fachhochschule, Zürich
- Rosann Waldvogel, Direktorin der Alterszentren der Stadt Zürich, Zürich
- Hanna Wenger, Leiterin Betreuung und Pflege im Domicil Egelmoos, Bern

Mitglieder der Manifestgruppe der GrossmütterRevolution

Marie-Louise Barben, Bern; Annelise Burger, Zürich; Marianne Endner, Reinach; Monika Fischer, Reiden; Ruth Fries, Walisellen; Anne Giger, Embrach; Barbara Gurtner, Bern; Hanna Hinnen, Regensberg; Janette Jenni, Bern; Silvia Stern, Baden; Monika Stocker, Zürich; Heidi Witzig, Winterthur.

Projektleiterin der GrossmütterRevolution: Anette Stade, Basel.

