

Standpunkt

«Ambulant vor stationär», seit Jahren prägt dieser Ausdruck die Diskussionen um die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen. Zweifellos entspricht der mit diesem Prinzip verbundene und in den letzten Jahren erfolgte Ausbau des Angebots an Spitex-Dienstleistungen dem Bedürfnis vieler älterer Menschen, möglichst lange im angestammten Lebensumfeld zu verbleiben. Mit dem Ausdruck ist aber auch die Gefahr verbunden, dass mittlerweile verklärte Bilder des «Zuhauselebens» resp. des «Lebens im Heim» erhalten bleiben und überholte Schlussfolgerungen nach sich ziehen.

Das vorliegende Obsan Bulletin zeigt, wie ambulante und stationäre Angebote in den Kantonen in Folge der jeweiligen soziokulturellen und versorgungspolitischen Ausgangslagen verschiedene Funktionen innerhalb der Gesamtversorgung einnehmen. Für alle Kantone wird auch in Zukunft gelten, dass nur mit dem Prinzip «ambulant *und* stationär» genügend Angebote für pflegebedürftige Menschen bereitgestellt werden können. Darüber hinaus wird es künftig auch verstärkt ein «ambulant *mit* stationär» brauchen. Koordinierte ambulante und stationäre Dienstleistungen, die befristet oder dauerhaft, abgestimmt auf das bestehende soziale Umfeld und in Verbindung mit altersgerecht ausgestatteten Wohnraum zur Verfügung stehen, werden verstärkt gefragt sein und erhöhen zudem die Effizienz. Entwicklungen in diese Richtung sind im Gange, es bestehen aber noch wenig systematische Informationen zu entsprechend bewährten Konzepten. Die Akteure in der Gesundheits- und Gesellschaftspolitik stehen in den kommenden Jahren vor der grossen Herausforderung, ihre versorgungsplanerischen Konzepte, die personellen Ressourcen und die Finanzierungssysteme in der Langzeitpflege so auszugestalten, dass sich «ambulant mit stationär» flächendeckend etablieren kann.

Stefan Leutwyler, stellvertretender Zentralsekretär
 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Langzeitpflege in den Kantonen

Drei Betreuungsmodelle

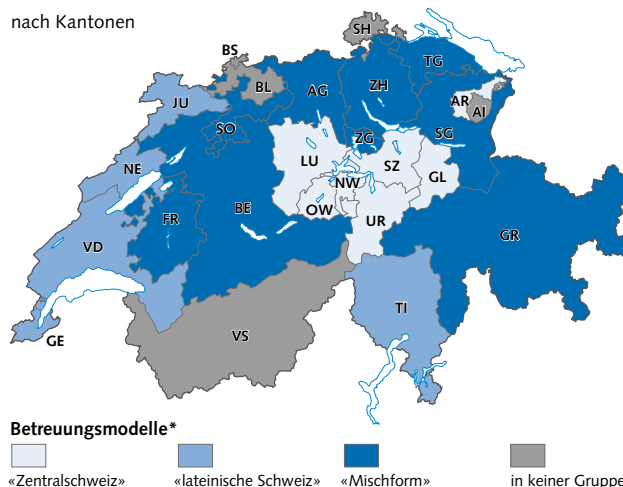
Die Bevölkerungsalterung stellt die Betreuung von älteren Personen vor zahlreiche Herausforderungen. Wie organisieren sich die Kantone? Es lassen sich drei Betreuungsmodelle erkennen.

In diesem Bulletin werden die verschiedenen Praktiken bei der Betreuung von älteren Menschen in den Kantonen untersucht. In einem ersten Teil werden die drei Organisationsmodelle der Langzeitpflege vorgestellt, die auf den im Obsan-Bericht 69 (Dutoit et al. 2016) ermittelten Merkmalen der Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen (APH) und von Spitex-Organisationen (Spitex) beruhen. Diese erste Analyse wird ergänzt durch einen zweiten Teil, der die Rolle der intermediären Strukturen untersucht, und einen dritten Teil, der sich mit der Rolle der pflegenden Angehörigen befasst.

APH und Spitex – die drei Betreuungsmodelle

Die Abbildung 1 zeigt die geografische Verteilung der drei Betreuungsmodelle. Das erste Modell ist hauptsächlich in der Zentralschweiz verbreitet, während das zweite einen grossen Teil der lateinischen Schweiz abdeckt. Das dritte Modell kommt in den meisten übrigen Kantonen zur Anwendung.

Geografische Verteilung der Betreuungsmodelle **Abb. 1**



* Diese Betreuungsmodelle fassen die Kantone zusammen, welche ähnliche Merkmale in Bezug auf die APH- und Spitex-Inanspruchnahme, den Patiententyp und die erbrachten Leistungen aufweisen (siehe Kasten 3). Sie entsprechen nicht den Grossregionen der Schweiz.

Kasten 1: Betreuungsmodelle

1. Betreuungsmodell «Zentralschweiz»: AR, GL, LU, NW, OW, SZ und UR (in Abbildung 2 dunkelblau).
2. Betreuungsmodell «Lateinische Schweiz»: GE, JU, NE, TI, VD (in Abbildung 2 hellblau).
3. Betreuungsmodell «Mischform» AG, BE, FR, GR, SG, SO, TG, ZG, ZH (in Abbildung 2 grau).
4. In keiner Gruppe: AI, BL, BS, SH und VS. Diese Kantone können keinem der drei Modelle zugeordnet werden, da sie mit keinem eine ausreichende Übereinstimmung aufweisen.

Die drei Betreuungsmodelle weisen folgende, in Abbildung 2 veranschaulichte Merkmale auf:

Im Modell «Zentralschweiz» bilden die APH den Grundpfeiler der Betreuung älterer Personen. Angesichts der geringeren Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wird der Aufenthalt in einem APH nicht als letzter Ausweg, sondern eher als eigenständiger Lebensabschnitt betrachtet.

Im Betreuungsmodell «Zentralschweiz» ist der Anteil der Personen, die ein APH in Anspruch nehmen, im Vergleich zu den anderen Modellen hoch (Abbildung 2, Inanspruchnahmerate APH). Die Bewohnerinnen und Bewohner treten im Durchschnitt relativ jung in ein APH ein, wohnen länger dort und weisen eine geringere Pflegebedürftigkeit auf (der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit keinem oder nur leichtem Pflegebedarf ist grösser als in den anderen Modellen). Die Rate der Spitex-Inanspruchnahme ist hingegen tiefer als in den anderen Modellen und zwar sowohl bei den KLV-Pflegeleistungen als auch bei den hauswirtschaftlichen Leistungen (siehe Kasten 2).

Im Modell «Lateinische Schweiz» erfolgt die Betreuung von älteren Personen in erster Linie über die Spitex-Organisationen. Die APH haben sich in diesen Kantonen stärker zur letzten Etappe in einem Betreuungskontinuum entwickelt, und ihre Bewohnerinnen und Bewohner sind im Durchschnitt pflegebedürftiger, älter und bleiben für kürzere Zeit dort.

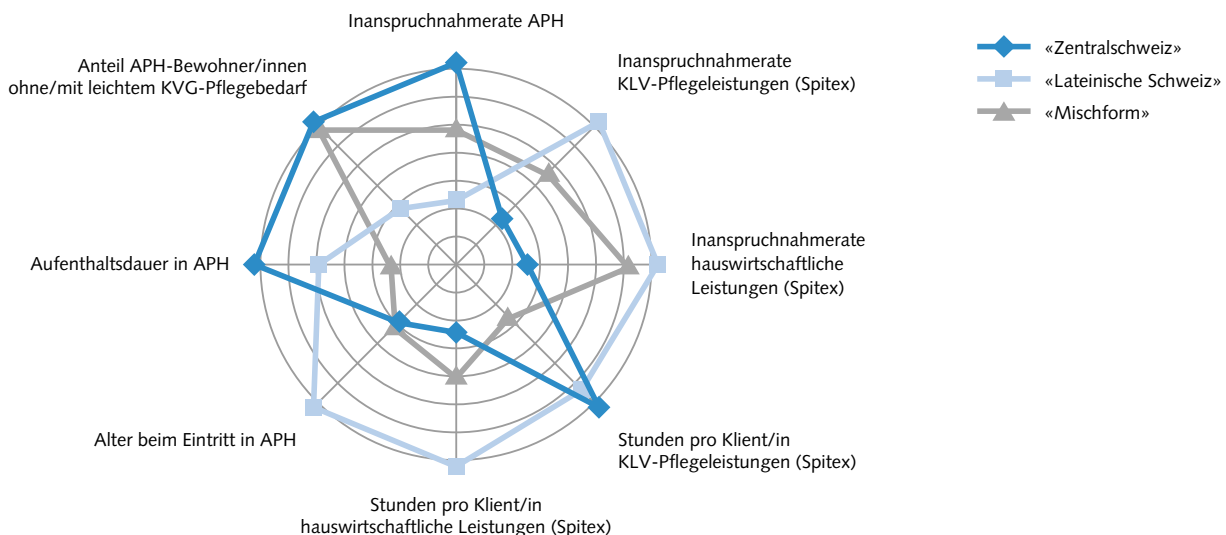
Dieses Betreuungsmodell zeichnet sich gegenüber den anderen Modellen durch eine höhere Spitex-Inanspruchnahme sowohl bei den KLV-Pflegeleistungen als auch bei den hauswirtschaftlichen Leistungen aus. Die Anzahl Pflege- und Betreuungsstunden pro Klientin oder Klient liegt zudem über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Die Rate der APH-Inanspruchnahme ist hingegen deutlich kleiner als im Schweizer Durchschnitt. Die Personen, die in ein APH eintreten, sind älter und wohnen weniger lange dort als im Modell «Zentralschweiz». Ausserdem ist ihr Pflegebedarf deutlich höher: In diesem Modell gibt es achtmal weniger APH-Bewohnerinnen und -Bewohner als beim Modell «Zentralschweiz», die keine oder wenig Pflege benötigen.

Das Modell «Mischform» enthält sowohl Elemente des ersten als auch des zweiten Modells, und die APH- und die Spitex-Inanspruchnahme sind gleichmässiger verteilt.

Die Raten der APH- und Spitex-Inanspruchnahme liegen in der Mitte zwischen den beiden ersten Modellen und entsprechen in etwa dem Schweizer Durchschnitt. Wie beim Modell «Zentralschweiz» treten die Personen jünger in ein APH ein als im Schweizer Durchschnitt und weisen eine deutlich tiefere Pflegebedürftigkeit auf als beim Modell «Lateinische Schweiz». Die Aufenthaltsdauer ist jedoch kürzer als bei den ersten beiden Modellen. Bei den Spitex-Leistungen liegt die Anzahl Stunden pro Klientin oder Klient sowohl bei den KLV-Pflegeleistungen als auch bei den hauswirtschaftlichen Leistungen leicht unter dem Durchschnitt.

Merkmale der Betreuungsmodelle (Veranschaulichung)

Abb. 2



Anmerkungen: Dieses Schema dient zur Veranschaulichung. Die Werte der verschiedenen Indikatoren werden in Form von Indizes ausgedrückt: Sie wurden so standardisiert, dass alle Indikatoren denselben Maximalwert haben. Die Achsen bilden somit nicht die tatsächlichen Werte ab.

Der Lesbarkeit halber wurde darauf verzichtet, sämtliche für die Klassifikationsmethode (vgl. Kasten 3) verwendeten Indikatoren im Schema darzustellen. Die dargestellten Indikatoren wurden so ausgewählt, dass die Merkmale der APH- wie auch der Spitex-Inanspruchnahme berücksichtigt werden.

Die Kantone AI, BL, BS, SH und VS können keinem der drei Modelle zugeordnet werden und werden deshalb nicht abgebildet.

Quellen: BFS – SOMED 2014, SPITEX 2014, STATPOP 2014, Schema Obsan

© Obsan 2016

Diese beobachteten Unterschiede widerspiegeln weder Differenzen der kantonalen Bevölkerungsstruktur, da diese durch die Verwendung von standardisierten Indikatoren ausgeglichen werden (siehe Kasten 3), noch grosse gesundheitliche Disparitäten, die unwahrscheinlich sind. Die drei Betreuungsmodelle bilden somit Realitäten ab, die sich hinsichtlich Praktiken und Strukturen der Betreuung von älteren Personen deutlich unterscheiden.

In einer neueren Studie über die Organisation und die Finanzierung der Pflege von älteren Personen (Cosandey & Kienast 2016) wurden andere Aspekte der Betagtenbetreuung untersucht, namentlich das Pflegepersonal, die Kosten und die Finanzierung. Die Resultate zeigen auch hier, dass die Betreuungsmodelle je nach Region sehr unterschiedlich sind.

Das Betreuungsangebot für ältere Personen beschränkt sich jedoch nicht auf die APH und die Spitex: Eine vollständige Zusammenstellung des Angebots – intermediäre Strukturen, Angehörige, Verbände, auf Betagtenbetreuung spezialisierte Dienstleister oder Care-Migration – erscheint in keiner Statistik und wird daher in diesen Ergebnissen nicht präsentiert. Diese Alternativen zur Betreuung durch APH und Spitex-Organisationen dürften schweizweit nicht einheitlich verteilt sein und die drei Betreuungsmodelle somit in unterschiedlicher Weise ergänzen.

In den beiden nächsten Abschnitten wird versucht, einen Schritt über diese statistische Grenze hinauszugehen, um das bisher gezeichnete Bild – zumindest teilweise – zu vervollständigen.

Kasten 2: Definitionen

Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex)

Organisationen, die spitalexterne Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen, die den Klientinnen und Klienten den Verbleib im eigenen Zuhause ermöglichen. Bei ihren Leistungen handelt es sich hauptsächlich um Pflegeleistungen bei Krankheit («KLV»-Leistungen) und um hauswirtschaftliche Leistungen (Haushalt, Waschen, Einkaufen, soziale Betreuung usw., BFS 2012).

Alters- und Pflegeheime (APH)

Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronisch kranke Betagte betreuen. Die wenigen in der Schweiz noch bestehenden Altersheime sind in diesen Ergebnissen ebenfalls enthalten. In der Analyse werden nur die Langzeitbewohnerinnen und -bewohner der APH berücksichtigt (BFS 2011).

Kasten 3: Methodischer Ansatz

Diese Ergebnisse stammen aus einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur Langzeitpflege in den Kantonen (Dutoit et al. 2016). Die Merkmale der Betreuungsmodelle (Abbildung 2) wurden für dieses Bulletin für das Jahr 2014 aktualisiert. Die Methodik, die Definitionen sowie die detaillierten Ergebnisse sind in der Basisstudie enthalten. Dabei handelt es sich um eine Fortsetzung einer Studie, in der die Langzeitpflege in der Schweiz und ihre Entwicklung beschrieben wurden (Füglistler-Dousse et al. 2015).

Daten

Die hier vorgestellten Informationen sind das Ergebnis von Analysen, die auf Daten des BFS beruhen, hauptsächlich auf der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED), der Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX) und in geringerem Mass auf der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS). Die Ergebnisse beziehen sich auf die Personen ab 65 Jahren.

Standardisierte Rate

Die Analysen wurden kantonsweise vorgenommen. Um den demografischen Unterschieden zwischen den Kantonen Rechnung zu tragen, wurden die Analysen mit standardisierten Raten der Inanspruchnahme durchgeführt. Die Kantone werden somit unter der Annahme einer identischen Bevölkerungsstruktur verglichen (die Schweizer Bevölkerung von 2013 diente als Basis, wie auch im Bericht Dutoit et al. 2016, dem die hier präsentierten Ergebnisse entnommen und anschliessend aktualisiert wurden).

Erstellung der Betreuungsmodelle

Die Betreuungsmodelle wurden mithilfe einer Klassifikationsmethode erstellt. Diese Methode fasst diejenigen Kantone zusammen, die auf der Grundlage von ausgewählten Indikatoren die grösste Ähnlichkeit aufweisen. Die Analyse wurde für alle bei diesen Indikatoren möglichen Untergruppen durchgeführt, um zu prüfen, ob sich robuste Gruppen herausbilden. Die Kohärenz der drei entstandenen Gruppen wurde anschliessend bestätigt, indem der Durchschnittswert der Indikatoren manuell verglichen wurde. Die hier verwendeten Indikatoren sind die standardisierten Raten der Inanspruchnahme von APH, Spitex (und im Rahmen der Spitex der KLV-Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Leistungen) und mittellangen und langen Spitalaufenthalten sowie die Aufenthaltsdauer in APH und, bei der Spitex, die Anzahl Stunden pro Klientin oder Klient, die Anzahl Stunden KLV-Pflegeleistungen pro Klientin oder Klient und die Anzahl Stunden hauswirtschaftliche Leistungen pro Klientin oder Klient.

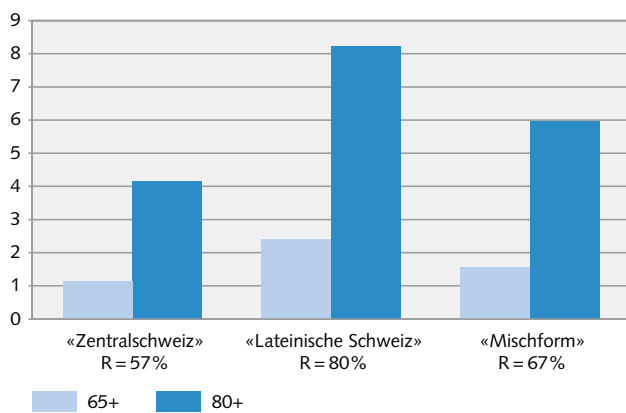
Rolle der intermediären Strukturen

Die intermediären Strukturen umfassen alle Betreuungsangebote, die zwischen der Spitex und den APH angesiedelt und für ältere Personen bestimmt sind, die in der Selbstständigkeit eingeschränkt oder pflegebedürftig sind. Sie haben sich in den vergangenen Jahren stark entwickelt und stellen neben den APH und der Spitex ein zunehmend wichtiges Angebot dar.

Die beschränkt verfügbaren Informationen (siehe Kasten 4) legen nahe, dass sich **je nach Betreuungsmodell unterschiedliche Typen von intermediären Strukturen entwickeln**: In Regionen, in denen die APH den grössten Teil der Betreuung von älteren Personen übernehmen (Modell «Zentralschweiz») spielen Kurzzeitaufenthalte in einem APH eine wichtige Rolle. Erfolgt die Betreuung hingegen eher ambulant (Modell «Lateinische Schweiz»), so sind häufiger Tages- und/oder Nachtstrukturen anzutreffen.

In der im Jahr 2015 durchgeführten Kantonsbefragung wurden knapp 400 **Tages- und/oder Nachtstrukturen** erfasst (siehe Kasten 4). Dies entspricht durchschnittlich zwei Tagesplätzen und 0,3 Nachtplätzen pro 1000 Personen ab 65 Jahren. Gemäss diesen ersten Ergebnissen ist in der «Lateinischen Schweiz» die Zahl der Tagesplätze pro 1000 Personen rund doppelt so hoch wie in der «Zentralschweiz» (Abbildung 3). Die Ergebnisse sind hingegen gleich, wenn die Klientenzahl und die Anzahl in einer solchen Struktur verbrachten Tage betrachtet werden (siehe Werner et al. 2016).

Anzahl Tagesplätze pro 1000 Personen ab 65 bzw. 80 Jahren, nach Betreuungsmodell Abb. 3



Anmerkungen: Deckungsquote der Stichprobe = 67%
R = Repräsentativität des Betreuungsmodells (57% = 4 der 7 Kantone der «Zentralschweiz»; 80% = 4 der 5 Kantone der «Lateinischen Schweiz»; 67% = 6 der 9 Kantone des Modells «Mischform», siehe Kasten 4).

Quellen: EcoPlan – Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2015; © Obsan 2016
BFS – STATPOP 2014, Analyse Obsan

Kasten 4: Intermediäre Strukturen – Methode

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse einer neueren, vom Obsan in Auftrag gegebenen Bestandesaufnahme der intermediären Strukturen in den Kantonen präsentiert (Werner et al. 2016). Diese Bestandesaufnahme wurde zum einen anhand einer Befragung der kantonalen Verwaltungen und weiteren kantonalen Organisationen und zum anderen auf der Grundlage von Auswertungen der SOMED-Statistik erstellt. Die Methodik, die Definitionen sowie die detaillierten Ergebnisse sind in der Basisstudie enthalten.

Es wurden drei Typen von Strukturen erfasst

- 1. Alterswohnungen:** Spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Personen ausgerichtete und eigens für diese Klientel angebotene Wohnungen (Werner et al. 2016).
- 2. Tages- und Nachtstrukturen:** Angebote, die sich an ältere Menschen richten und der Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Während des Aufenthalts ist Betreuung, Verpflegung und Aktivierung sowie in einem Teil der Einrichtungen auch die Pflege sichergestellt. Nach dem Aufenthalt gehen die Personen wieder nach Hause (Werner et al. 2016).
- 3. Kurzzeitaufenthalte im APH:** Vorübergehender Aufenthalt in einem APH. Klientinnen und Klienten gelten als beherbergt, wenn sie die Nacht im Betrieb verbringen und ihnen ein Bett zugeteilt ist (BFS 2011).

Die intermediären Strukturen in den Betreuungsmodellen

Um eine Vorstellung des Umfangs des Angebots der intermediären Strukturen in den drei Betreuungsmodellen zu erhalten, wurden die kantonalen Ergebnisse von Werner et al. (2016) für dieses Bulletin gemäss den drei Betreuungsmodellen zusammengefasst, und es wurde pro Betreuungsmodell der Durchschnitt berechnet.

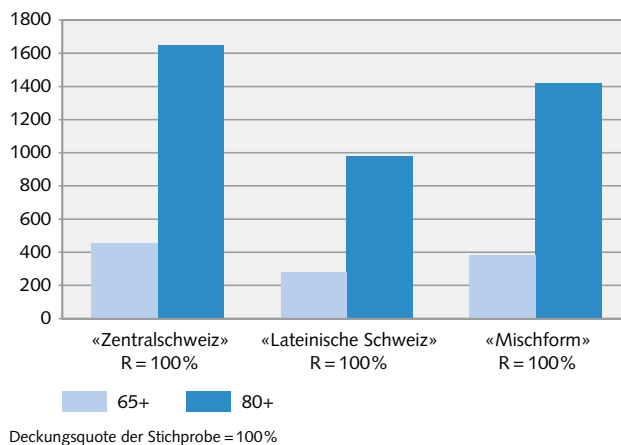
Einschränkungen der Ergebnisse

Die hier präsentierten Ergebnisse haben noch eine beschränkte Aussagekraft, insbesondere jene zu den Alterswohnungen und den Tages- und Nachtstrukturen. Zum einen wird in der Bestandesaufnahme auf gewisse Einschränkungen hinsichtlich der Vollständigkeit, Aktualität und Genauigkeit der Daten hingewiesen. Die Ergebnisse können daher nur für die Kantone mit genügend vollständigen Daten präsentiert werden, was interkantonale Vergleiche erschwert (Werner et al. 2016). Zum anderen sind die hier für jedes Betreuungsmodell berechneten Durchschnitte nicht vollständig repräsentativ, da nicht für alle Kantone Informationen vorliegen. Um die Zuverlässigkeit der in den nachstehenden Grafiken dargestellten Informationen einschätzen zu können, werden die Deckungsquote der Stichprobe (Anteil der Kantone, für die auswertbare Informationen vorliegen) unterhalb der Grafik und das Verhältnis der in jedem Betreuungsmodell vertretenen Kantone («R») unterhalb des Modellnamens angegeben. Die Ergebnisse zu den Kurzaufenthalten in einem APH basieren auf Auswertungen der SOMED-Statistik und können somit als repräsentativ betrachtet werden.

Die Auswertungen der SOMED-Statistik zeigen, dass es gesamtschweizerisch einen **Kurzzeitplatz in APH** pro 1000 Personen ab 65 Jahren und vier Plätze pro 1000 Personen ab 80 Jahren gibt. Bei der Zahl der pro Kurzeitaufenthalt verbrachten Tage sind zwischen den drei Modellen grosse Unterschiede zu erkennen: Die «Zentralschweiz» weist die höchste Anzahl Kurzeitaufenthaltstage auf, im Verhältnis sowohl zur Bevölkerung ab 65 als auch zu jener ab 80 Jahren (Abbildung 4). In den Kantonen der «Lateinischen Schweiz» ist diese Zahl deutlich tiefer; und beim Modell «Mischform» liegt sie zwischen den beiden ersten Werten.

Anzahl Kurzeitaufenthaltstage in APH pro 1000 Personen ab 65 bzw. 80 Jahren, nach Betreuungsmodell, 2013

Abb. 4



Quellen: BFS – SOMED 2013, STATPOP 2013, Schätzungen von Ecoplan, Analyse Obsan

© Obsan 2016

Im Rahmen der Kantonsbefragung wurden rund 16'000 **Alterswohnungen** in 843 Strukturen gemeldet, was im Durchschnitt 11 Wohnungen pro 1000 Personen ab 65 Jahren entspricht. Diese Zahlen entsprechen dem gesamtschweizerischen Minimum, da nicht alle Strukturen erfasst werden konnten. Die Ergebnisse nach Betreuungsmodell werden hier mangels Repräsentativität nicht dargestellt.

Rolle der pflegenden Angehörigen

Ältere Personen, die zu Hause wohnen, werden häufig von ihren Angehörigen – Familienmitgliedern, Freunden, Nachbarn – gepflegt und betreut.¹ Diese Betreuung stellt eine wichtige Ergänzung des Angebots von Spitex, APH und intermediären Strukturen dar.

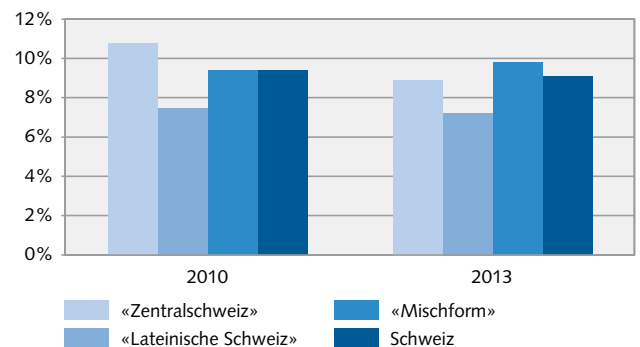
Gemäss einem Bericht des Bundesrats (2014) übernehmen schweizweit rund 330'000 Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren regelmässig Betreuungs- und Pflegeaufgaben von Angehörigen, und zwischen 220'000 und 260'000 Personen ab 65 Jahren haben innerhalb der letzten zwölf Monate informelle Hilfe beansprucht.

Auf kantonaler Ebene legen die hier vorgestellten Schätzungen – die allerdings nur auf kleinen Stichproben beruhen (siehe Kasten 5) – nahe, dass die **Angehörigen in der «Lateinischen Schweiz» bei der Betreuung von älteren Personen eine etwas weniger wichtige Rolle spielen als in der übrigen Schweiz.**

Etwas mehr als 9% der Bevölkerung über 15 Jahren pflegen oder betreuen eine erwachsene angehörige Person (Abbildung 5). Gemäss den Daten ist dieser Anteil in der «Lateinischen Schweiz» am tiefsten (etwas mehr als 7% in den Jahren 2010 und 2013). In der «Zentralschweiz» liegt er 2010 über (11%) und 2013 (9%) etwa beim Schweizer Durchschnitt. Das Modell «Mischform» entspricht in etwa dem Schweizer Durchschnitt.

Anteil der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, die Erwachsene betreuen und/oder pflegen, nach Betreuungsmodell, 2010 und 2013

Abb. 5



Anmerkung: Die beobachteten Unterschiede sind (mit 1% oder 5%) statistisch signifikant, ausser jene zwischen den Betreuungsmodellen «Zentralschweiz» und «Mischform».

Quellen: BFS – SAKE 2010 und 2013, Analyse Obsan

© Obsan 2016

Auch bei der Art der erbrachten Unterstützung sind regionale Unterschiede festzustellen. Im Schweizer Durchschnitt übernehmen Angehörige hauptsächlich Betreuungsaufgaben: Bei 75% der Unterstützung handelt es sich um Betreuung und bei den verbleibenden 25% um Pflege (Abbildung 6). In der «Lateinischen Schweiz» ist der Pflegeanteil deutlich höher: 37% der Unterstützung von älteren Personen erfolgt in Form von Pflege. In der «Zentralschweiz» ist das Gegenteil der Fall: Hier macht der Pflegeanteil 16% der Angehörigenhilfe aus. Das Modell «Mischform» entspricht in etwa dem Schweizer Durchschnitt.

¹ Beispielsweise Haushalts- und Gartenarbeiten, administrative Aufgaben und Transporte.

Kasten 5: Betreuende Angehörige – Methode

Bis heute gibt es keine umfassende Statistik über die betreuenden Angehörigen. Daher kann der Umfang dieser Betreuung lediglich auf der Grundlage von Befragungen geschätzt werden. Die Möglichkeiten regionaler Vergleiche der von den Angehörigen übernommenen Betreuungs- und Pflegeaufgaben sind nur beschränkt möglich.

In diesem Abschnitt werden die Auswertungen vorgestellt, die vom Obsan anhand von Daten aus der SAKE 2010 und 2013 analog zum Verfahren des Büros BASS (Rudin & Strub 2014) durchgeführt wurden. Zuerst wird der Anteil der betreuenden Angehörigen in der Bevölkerung auf kantonaler Ebene geschätzt, anschliessend wird der Durchschnitt pro Betreuungsmodell berechnet.

Andere Datengrundlagen wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), die Erhebung zu Familien und Generationen (EFG) oder auch die Erhebung über Gesundheit, Alterung und Ruhestand in Europa (SHARE) enthalten ebenfalls Informationen zu den betreuenden Angehörigen. Mit diesen verschiedenen Datenquellen werden im Rahmen des Aktionsplans zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen der Strategie «Gesundheit2020» Arbeiten realisiert. Die hier vorgestellten Analysen sind daher ein erster Versuch, den Umfang der von Angehörigen erbrachten Betreuung und Pflege auf kantonaler Ebene zu schätzen.

Auswertungen der SAKE

Die Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) ist eine telefonisch durchgeführte Stichprobenerhebung (etwa 126'000 Interviews). Sie erfasst die Erwerbsstruktur und das Erwerbsverhalten der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (BFS 2015).

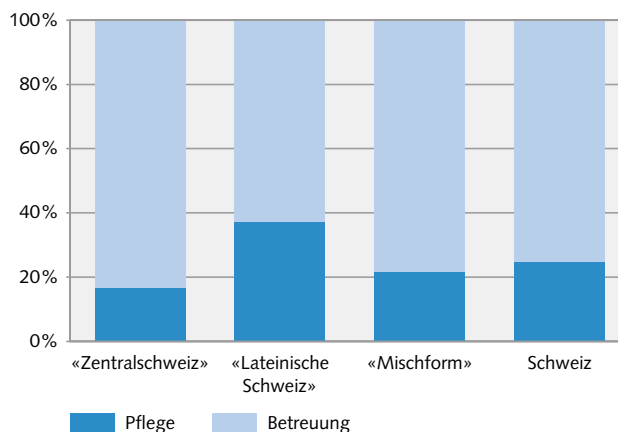
Die hier präsentierten Analysen wurden anhand der Daten des zusätzlichen thematischen Moduls «Unbezahlte Arbeit», das Teil der SAKE 2010 und 2013 ist, durchgeführt.

Dieses Modul erhebt, ob eine Person des Haushalts eine Person innerhalb oder ausserhalb des Haushalts pflegt oder betreut. Dies erlaubt, den Anteil der Bevölkerung einzuschätzen, die Betreuungs- oder Pflegeaufgaben bei Angehörigen übernimmt. Die Anzahl der für diese Tätigkeiten aufgewendeten Stunden wird ebenfalls erfasst. Da jedoch der für die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren berechnete Durchschnitt der Anzahl Stunden sehr klein ist, sind die Unterschiede zwischen den drei Betreuungsmodellen nicht signifikant. Dieser Indikator wird hier deshalb nicht vorgestellt.

Einschränkungen der Ergebnisse

Die hier präsentierten Ergebnisse sind mit Vorsicht zu betrachten: Zum einen stammen die verwendeten Daten (SAKE) nicht aus umfassenden Erhebungen, sondern aus Stichprobenerhebungen; zum anderen ist die Zahl der Beobachtungen zu diesem Thema in der Stichprobe relativ klein, da die Anzahl betreuender Angehöriger in der Bevölkerung begrenzt ist.

Art der von den Angehörigen erbrachten Unterstützung, nach Betreuungsmodell, 2013 Abb. 6



Anmerkung: Da die Ergebnisse für 2010 in etwa jenen von 2013 entsprechen, wird hier nur das Jahr 2013 dargestellt.

Quellen: BFS – SAKE 2013, Analyse Obsan

© Obsan 2016

Nach unserem Wissensstand sind die einzigen regionalen Vergleiche zur informellen Hilfe jene von Perrig-Chiello et al. (2011). Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch nicht vollständig vergleichbar, da die ausgewerteten Regionen nicht übereinstimmen. Die Studie von Perrig-Chiello et al. (2011) basiert auf nationalen Daten und Befragungen, die anhand von Fragebogen bei den betreuenden Angehörigen durchgeführt wurden. Die Studie stellte hinsichtlich des Umfangs und der Art der informellen Hilfe keine signifikanten Unterschiede zwischen den Sprachregionen (Deutschschweiz, Romandie und Tessin) fest. Das Autorenteam erwähnt jedoch, dass zwischen der Romandie und der Deutschschweiz Unterschiede bei der Kombination der «formellen» (Spitex) und der «informellen» Hilfe bestehen: In der Romandie werden ältere Personen häufiger gleichzeitig von der Spitex und den Angehörigen betreut, während in der Deutschschweiz die Betreuung häufiger nur durch die Angehörigen übernommen wird. Signifikante Unterschiede lassen sich ausserdem bei der in die Betreuung und Pflege investierten Zeit erkennen: Die Zahl der durchschnittlich pro Woche erbrachten Betreuungs- und Pflegestunden ist im Tessin deutlich höher und in der Deutschschweiz deutlich niedriger. Das Autorenteam führt diese Unterschiede auf den höheren Anteil von demenzkranken Angehörigen in der lateinischen Schweiz sowie auf die Tatsache zurück, dass die betreuenden Angehörigen in der lateinischen Schweiz häufiger im gleichen Haushalt wie die unterstützungsbedürftige Person wohnen. Daneben spielen bei der Interpretation der erbrachten Leistungen und der Einschätzung der aufgewendeten Zeit auch kulturelle Unterschiede eine wichtige Rolle.

Diese teilweise widersprüchlichen Ergebnisse zeigen, dass es weitere Informationen zur Angehörigenhilfe braucht. Die im Rahmen des Aktionsplans zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen (Kasten 5) vorgesehenen Arbeiten sind ein wichtiger Beitrag hierfür.

Fazit

Die in diesem Bulletin präsentierten Ergebnisse lassen verschiedene Kombinationen formeller und informeller Betreuung erkennen, die auf die unterschiedlichen kantonalen Konzepte für die Langzeitpflege von älteren Personen zurückzuführen sind.

Im ersten Modell, das die **Kantone der «Zentralschweiz»** zusammenfasst, spielen die APH eine zentrale Rolle: Ältere Personen werden häufiger dort betreut als in der übrigen Schweiz, und die intermediären Strukturen sind dort – gemäss unseren Daten in Form von Kurzaufenthalten – am weitesten entwickelt. In diesen Kantonen ist der Anteil betreuender Angehöriger vermutlich eher hoch, und diese dürften vorwiegend Betreuungsaufgaben übernehmen.

Im zweiten Modell, das einen grossen Teil der **lateinischen Kantone** umfasst, nehmen die älteren Personen im Gegensatz zum ersten Modell verhältnismässig häufiger Spitex-Leistungen in Anspruch. Sie treten später in ein APH ein und weisen einen grösseren Pflegebedarf auf. Die intermediären Strukturen dürften hier vor allem in Form von Tages- oder Nachtstrukturen verbreitet sein. Der Anteil der betreuenden Angehörigen ist vermutlich verhältnismässig kleiner; zudem dürften diese überdurchschnittlich häufig Pflegeaufgaben übernehmen.

Das **dritte Modell** orientiert sich an den beiden ersten Modellen, und die Betreuung ist gleichmässiger sowohl auf die Spitex- und APH-Inanspruchnahme als auch auf die intermediären Strukturen und die Angehörigenhilfe verteilt.

Angesichts der beschränkten Daten zu den intermediären Strukturen und den Angehörigen ist dieses Bulletin ein erster Versuch, die verschiedenen aktuellen Betreuungsmodelle zu beschreiben. Da der Bereich der Langzeitpflege einer ständigen und raschen Entwicklung unterliegt, ist es ausserdem schwierig, mit den verfügbaren Daten Neuigkeiten zu erfassen. Umfassendere Daten zum gesamten Betreuungsangebot für ältere Personen würden ermöglichen, ein genaueres Bild der Organisation der Langzeitpflege zu zeichnen.

Da die demografische Welle auf alle Kantone Druck ausübt, ist es denkbar, dass sich die beobachteten regionalen Unterschiede abschwächen werden. Allgemein ist der Wille vorhanden, die stationäre Betreuung einzuschränken und das Angebot zu diversifizieren sowie die Versorgungskette insgesamt zu optimieren, was eine Koordination der verschiedenen Akteure erfordert (Oesch & Künzi 2015, Bundesrat 2016). Gemäss Cosandey & Kienast (2016) will die Mehrheit der Kantone in Zukunft die APH-Plätze für pflegebedürftigere Personen reservieren und Personen mit geringerem Pflegebedarf der ambulanten Versorgung zuweisen.

Vor diesem Hintergrund hat das Obsan kürzlich einen neuen Auftrag vergeben, der aufzeigen soll, wie die weniger pflegebedürftigen älteren Personen, die in der Deutschschweiz in einem APH wohnen, in der Romandie betreut werden. Die voraussichtlich im Frühling 2017 vorliegenden Ergebnisse dürften im Hinblick auf eine Verlagerung der Betreuung von Personen mit geringem Pflegebedarf von der stationären zur ambulanten Versorgung nützliche Informationen liefern.

Kasten 6: Referenzen

BFS (2011). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) – Variablenliste V2.3*. Neuchâtel: BFS.

BFS (2012). *Erläuterungen zu den veröffentlichten Ergebnissen. Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause*. Neuchâtel: BFS.

BFS (2015). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) – Steckbrief*. Neuchâtel: BFS.

Bundesrat (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige, Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz*, Bericht des Bundesrats vom 5. Dezember 2014. Bern.

Bundesrat (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege*, Bericht des Bundesrats vom 25. Mai 2016. Bern.

Cosandey, J. & Kienast, K. (2016). *Kantonsmonitoring 7. Neue Massstäbe für die Alterspflege: Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*. Zürich: Avenir Suisse.

Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013 (Obsan Rapport 69)*. Neuchâtel: Obsan.

Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013 (Obsan Rapport 67)*. Neuchâtel: Obsan.

Oesch, T. & Künzi, K. (2015). *Strategien der Kantone im Bereich der Langzeitpflege*, Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Büro BASS.

Perrig-Chiello, P., Hutchison, S. & Höpflinger, F. (2011). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Suisse Latine (inkl. Vergleich mit der deutschsprachigen Schweiz)*. Bericht des Forschungsprojektes AgeCare-SuisseLatine.

Rudin, M. & Strub, S. (2014). *Zeitlicher Umfang und monetäre Bewertung der Pflege und Betreuung durch Angehörige*, im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz. Bern: Büro BASS.

Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, R. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel: Obsan.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)

ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Obsan analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind unter www.obsan.ch zu finden.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen

Laure Dutoit, Sonia Pellegrini, Sylvie Füglistler-Dousse (Obsan)

Zitierweise

Dutoit, L., Pellegrini, S. & Füglistler-Dousse, S. (2016). *Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle (Obsan Bulletin 13/2016)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel
Tel. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Grafik/Layout

DIAM, Prepress/Print, BFS

Originalsprache

Französisch (Übersetzung: Sprachdienste BFS)

Bestellungen

Tel. 058 463 60 60 / Fax 058 463 60 61
order@bfs.admin.ch
BFS-Nummer: 1033-1613

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (BFS-Nummer: 1034-1613)

Download PDF

www.obsan.ch → Publikationen

© Obsan 2016



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Confédération suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.