

Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle



Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit» konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autorinnen/Autoren

Peter Stettler, Jolanda Jäggi, Caroline Heusser,
Patrik Gajta, Heidi Stutz
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG
Konsumstrasse 20, CH-3007 Bern
+41 (0)31 380 60 80, info@buerobass.ch
www.buerobass.ch

Auskünfte

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20, CH-3003 Bern

Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft
Géraldine Luisier Rurangirwa
+41 (0)58 462 42 31, geraldine.luisier@bsv.admin.ch

Bereich Forschung und Evaluation
Gisela Hochuli
+41 (0)58 464 06 53, gisela.hochuli@bsv.admin.ch

ISSN

1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion Deutsch)

Copyright

Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares
an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer

318.010.7/23D

Publikationsdatum und Auflage

Dezember 2023, 1. Auflage

Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Das Thema der «Betreuung» von Menschen im Alter und von Menschen mit Behinderungen hat in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Nachdem das Thema bis vor einigen Jahren von den rasanten Entwicklungen geprägt war, die durch die neue Pflegefinanzierung angestossen wurden, wird die Thematik zunehmend als sozial- und gesellschaftspolitische Herausforderung gesehen. Das liegt insbesondere daran, dass Betreuung ein gesellschafts- und sozialpolitisch hohes Ziel hat, geht es doch darum, Menschen in einem möglichst selbstbestimmten Leben zu unterstützen.

Veränderungen haben sich aber auch in Bezug auf die Qualität der Betreuungsangebote und deren Finanzierung ergeben. In den vergangenen Jahren haben viele grössere Städte, aber auch Gemeinden und einzelne Kantone innovative und vielfältige Angebote entwickelt. Die Dynamik in der Thematik wird zudem befördert von Studien unterschiedlicher Institute und Organisationen, die sich mit Alter und Behinderung wissenschaftlich oder wissenschaftsbasiert auseinandersetzen.

Der politische Wille ist eindeutig: Menschen im Alter sollen so lange wie möglich zu Hause leben können. Entsprechend gross ist daher die Herausforderung für die Versorgung mit Betreuungsdienstleistungen. Ebenso verhält es sich mit Menschen mit Behinderungen, für die sich jedoch die Ausgangssituation grundlegend unterscheidet: Sie leben oftmals in Institutionen, weil dort die Finanzierung der Betreuung garantiert ist. Seit einigen Jahren wird mit Vehemenz gefordert, dass die Rahmenbedingungen so weiterentwickelt werden, dass jemand trotz Behinderung nicht im Heim, sondern in selbstgewählten Strukturen wohnen kann.

Gleichzeitig zeigt sich heute nur ein ungefähres Bild davon, was als Betreuung verstanden wird. Der vorliegende Bericht schafft Klarheit mit einem Abgrenzungsvorschlag zu anderen Unterstützungsformen. Dass insbesondere eine Klärung in Bezug auf allgemeine Hilfsangebote und die Pflegeleistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) notwendig ist, zeigt die unterschiedliche Zuordnung des Duschens im Pflegeheim oder in einer Institution für Menschen mit Behinderungen. Am einen Ort wird es der Grundpflege zugeordnet, am anderen der Körperpflege. Dahinter liegen nicht nur unterschiedliche fachliche Zugänge für ein und das gleiche, sondern auch unterschiedliche Finanzierungs- und Abgeltungsmechanismen.

Nicht nur die Kantone, die primär für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause zuständig sind (Art. 112c BV), beschäftigen sich mit der Problematik. Insbesondere die Finanzierungsfrage ist mittlerweile auf Bundesebene angekommen. Es wurden mehrere Vorstösse überwiesen, die vom Bundesrat Schritte hinsichtlich einer umfassenden Betreuung von Menschen im Alter oder Menschen mit Behinderungen fordern. Sie betreffen insbesondere die Finanzierungsinstrumente über das AHVG, das IVG oder das ELG. Die Kostenfolgen für die öffentliche Hand wären in jedem Fall gross.

Das BSV hat sich vor diesem Hintergrund und unter Einbezug der SODK das anspruchsvolle Ziel gesetzt, die Diskussion ordnend zu begleiten. Der Bericht, den Sie in Ihren Händen halten, ist der erste Schritt hierzu. Er ist das Ergebnis einer Forschungsarbeit sowie einer Diskussion mit den Kantonen, Städten und Organisationen. Er punktet mit einer Definition von Betreuung, inspirierenden Praxisbeispielen und einem Modell zur integrierten Betreuung und öffnet gleichzeitig den Raum für die weitergehende strukturierte Diskussion um Bedarf, Zuständigkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten. Das BSV wird die Handlungsempfehlungen aus Sicht der Forschung prüfen und sie bei der notwendigen Weiterführung der Diskussion mit den beteiligten Akteuren berücksichtigen.

Astrid Wüthrich
Vizedirektorin
Leiterin Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Ces dernières années, l'importance accordée à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées a considérablement augmenté. Alors qu'il y a quelques années encore, cette thématique était marquée par les développements fulgurants favorisés par le nouveau financement des soins, elle est de plus en plus considérée comme un défi social et sociétal. Ce qui explique surtout ce tournant, c'est que la prise en charge vise un objectif sociopolitique élevé : aider les personnes à mener une vie aussi autonome que possible.

Mais l'évolution est également palpable au niveau de la qualité des offres de prise en charge et de leur financement. Ces dernières années, nombre de grandes villes et certains cantons, de même que de moins grandes communes, ont mis sur pied des offres de prestations innovantes et variées. Le moteur de la dynamique ici à l'œuvre réside cependant aussi dans les études réalisées par différents instituts et organisations, qui se penchent sur le vieillissement et le handicap suivant une approche scientifique ou basée sur les connaissances acquises sur ce sujet.

La volonté politique est claire : les personnes âgées doivent pouvoir vivre chez elles le plus longtemps possible. Leur fournir des prestations de prise en charge constitue donc un défi d'autant plus important. Il en va de même pour les personnes handicapées, dont la situation est toutefois fondamentalement différente : elles vivent souvent en institution, car le financement de leur encadrement y est garanti. Depuis quelques années, des voix s'élèvent pour demander la mise en place de conditions propres à permettre à une personne handicapée de pouvoir vivre dans une structure de son choix plutôt qu'en institution.

En même temps, notre vision de la prise en charge n'est encore que très approximative. Le présent rapport apporte des éclaircissements en proposant une délimitation par rapport à d'autres formes de soutien. Le besoin de clarification concernant notamment les prestations d'aide en général et les soins au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est bien illustré par l'exemple de la douche, en EMS ou dans une institution pour personnes handicapées : alors que, pour les uns, cette prestation relève des soins de base, les autres la classent parmi les soins d'hygiène corporelle. Or ces différences ne recèlent pas seulement des approches professionnelles différentes pour une même réalité, mais aussi des mécanismes de financement et de remboursement distincts.

Premiers responsables de l'aide et des soins à domicile en faveur des personnes âgées ou handicapées (art. 112c Cst.), les cantons ne sont pas seuls à se pencher sur cette problématique. La question du financement, en particulier, a désormais atteint le niveau fédéral. Plusieurs interventions ont été adoptées, demandant au Conseil fédéral des mesures en vue d'une prise en charge globale des personnes âgées ou handicapées. Elles concernent notamment les financements via la LAVS, la LAI ou la LPC. Quoi qu'il en advienne, leurs conséquences financières seraient considérables pour les pouvoirs publics.

Dans ce contexte, l'OFAS s'est fixé l'objectif ambitieux, avec le concours de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), d'accompagner et de structurer la discussion. Le rapport que vous tenez entre les mains est la première étape de cette démarche et le fruit d'un travail de recherche ainsi que d'échanges avec les cantons, les villes et les organisations concernées. Ses points forts sont une définition de la prise en charge, des exemples pratiques convaincants et un modèle de prise en charge intégrative, tout en ouvrant la porte à un débat structuré et approfondi sur les besoins, les responsabilités et les financements possibles. L'OFAS examinera les mesures recommandées du point de vue de la recherche et en tiendra compte lors de la poursuite nécessaire des échanges avec les acteurs concernés.

Astrid Wüthrich
Vice-directrice
Responsable du domaine Famille, générations et société

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Negli ultimi anni il tema dell'assistenza per le persone anziane o con disabilità ha acquisito notevole importanza. Se fino a qualche anno fa, era influenzato dai rapidi sviluppi innescati dal nuovo sistema di finanziamento delle cure, ora il tema è sempre più visto come una sfida socio-politica. Questo è dovuto in particolare al fatto che l'assistenza persegue un obiettivo prezioso dal punto di vista della politica sociale, ossia aiutare le persone a condurre una vita il più possibile autodeterminata.

Ci sono stati però anche cambiamenti in termini di qualità dei servizi di assistenza e del loro finanziamento. Negli ultimi anni, molte grandi Città, così come Comuni e singoli Cantoni, hanno sviluppato un'offerta di servizi innovativa e diversificata. Il dinamismo della tematica è inoltre promosso dagli studi condotti da diversi istituti e organizzazioni che si occupano di vecchiaia e disabilità in modo scientifico o basandosi su conoscenze pratiche.

La volontà politica è chiara: le persone anziane devono poter vivere il più a lungo possibile a casa. Di conseguenza, la sfida per garantire le prestazioni di assistenza necessarie è grande. Lo stesso vale per le persone con disabilità, la cui situazione iniziale è tuttavia fondamentale diversa: spesso infatti, esse vivono in istituto perché ivi il finanziamento dell'assistenza è garantito. Da alcuni anni si chiede assiduamente che le condizioni quadro vengano sviluppate in modo tale da permettere alle persone con disabilità di vivere in strutture di loro scelta anziché in istituto.

Allo stesso tempo, ad oggi si ha soltanto un quadro approssimativo di ciò che s'intende per assistenza. Il presente rapporto fa chiarezza proponendo una definizione che distingue l'assistenza da altre forme di sostegno. A prova che vi è una particolare necessità di chiarimento per quanto riguarda i servizi di aiuto generali e le prestazioni di assistenza ai sensi della legge sulle assicurazioni malattie (LAMal), basta osservare i diversi modi di classificare le docce in una casa di cura o in un'istituzione per persone con disabilità. Se dagli uni vengono considerate come cure di base, dagli altri sono definite come pulizia personale. Questa situazione non è dovuta solamente ai diversi approcci professionali per una stessa identica prestazione, ma anche ai diversi meccanismi di finanziamento e di rimborso.

Il problema non riguarda soltanto i Cantoni, principali responsabili dell'aiuto e delle cure a domicilio per gli anziani e i disabili (art. 112c Cost.). Nel frattempo, la questione del finanziamento in particolare ha raggiunto anche il livello federale. Sono infatti stati accolti diversi interventi parlamentari che chiedono al Consiglio federale di adoperarsi per garantire un'assistenza integrale alle persone anziane o con disabilità. Essi riguardano in particolare gli strumenti di finanziamento attraverso la LAVS, la LAI o la LPC. Ad ogni modo, per il settore pubblico le ripercussioni in termini di costi sarebbero considerevoli.

In questo contesto, con il coinvolgimento della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali, l'UFAS si è posto l'ambizioso obiettivo di accompagnare in modo strutturato la discussione. Il presente rapporto costituisce il primo passo in questa direzione ed è il risultato di un lavoro di ricerca e di una discussione con i Cantoni, le Città e le organizzazioni. Fornisce una definizione di assistenza, esempi pratici dai quali prendere spunto e un modello di assistenza integrata, creando al contempo lo spazio per un'ulteriore discussione strutturata sui bisogni, le competenze e le possibilità di finanziamento. L'UFAS esaminerà le raccomandazioni pratiche dal punto di vista della ricerca e ne terrà conto nel necessario proseguimento della discussione con gli attori coinvolti.

Astrid Wüthrich
Vice Direttore
Capo dell'Ambito Famiglia, generazioni e società

Foreword by the Federal Social Insurance Office

'Caring' for older adults and people living with disabilities has received a great deal more attention in recent times. It is now increasingly seen as a societal and social policy challenge, yet only a few years ago the issue was primarily viewed through the lens of the fast-moving developments ushered in by the new care-financing arrangements. The reason for this shift is that care has the higher-order societal and sociopolitical aim of helping people lead their life as independently as possible.

The quality and funding of care services has changed over time. In recent years, many larger cities, as well as communes and several cantons have developed innovative and wide-ranging services. The issue has also been driven forward by research and knowledge-based studies on ageing and disabilities published by several institutes and organisations.

There is a clear political will to make it easier for people to age in place for as long as they possibly can. However, this has major implications for care provision. The same applies to people with disabilities, even though their baseline situation tends to be very different as they often do not live at home but in institutions because funding for care in institutional settings is guaranteed. For some years now, there have been forceful calls for changes in the framework conditions to give people with disabilities the freedom to choose where they want to live.

Another complicating factor is that there is no clear picture of what constitutes care. This report provides clarity by proposing that care is seen as a standalone form of support. The need for clarification as regards general assistance and care services pursuant to the Health Insurance Act (HIA) is obvious: take showering, for example, and how it is classified in the different settings of nursing homes and institutions for people with disabilities. The former classify it as a basic care service, while the latter categorise it under personal hygiene. This inconsistency is due to differences not only in professional approaches to the same task but also in the relevant funding and reimbursement mechanisms.

The problem is not exclusively a matter for the cantons, which are primarily responsible for in-home assistance and care of older adults and people with disabilities (Art. 112c Cst). Care for older adults and people with disabilities, particularly the funding of these services, is now being addressed at the federal level too. Several procedural requests have been accepted that call on the Federal Council to take steps to provide comprehensive care for these two groups. They focus especially on funding instruments via the OASIA, InvIA and the SBA. In all instances, any changes would have serious cost implications for the public sector.

In response to these developments, the FSIO, in collaboration with the Conference of Cantonal Directors of Social Services (SODK), has set itself the ambitious goal of accompanying and helping to structure the discussion. The report you are holding in your hands is the first step in this direction. Drawing on research and discussions with the cantons, cities and organisations, it provides a definition of care, as well as inspiring practical examples and a model for integrated care, while also opening up the space for further structured discussions on care needs, responsibilities and funding options. The FSIO will examine the recommendations formulated by the researchers and take them into account in the necessary further discussions with the relevant stakeholders.

Astrid Wüthrich
Vice Director
Head of Families, Generations and Society

Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen,
Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft

Peter Stettler, Jolanda Jäggi, Caroline Heusser, Patrik Gajta, Heidi Stutz

Bern, 22. November 2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-------------|
| Abkürzungsverzeichnis | III |
| Zusammenfassung | V |
| Résumé | XIII |
| Riassunto | XXI |
| Summary | XXIX |
| 1 Ausgangslage, Fragestellungen und Datengrundlagen | 1 |
| 1.1 Ausgangslage | 1 |
| 1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen | 1 |
| 1.3 Informationsquellen | 3 |
| 2 Standortbestimmung | 5 |
| 2.1 Was ist Betreuung im Alter? | 5 |
| 2.2 Akteure, Regelungen und Zuständigkeiten | 12 |
| 2.2.1 Akteure und Kompetenzverteilung | 12 |
| 2.2.2 Bestimmungen auf Bundesebene | 15 |
| 2.2.3 Kantonale Rechtsgrundlagen | 17 |
| 2.3 Angebote und Leistungen | 19 |
| 2.3.1 Betreuung in Institutionen | 19 |
| 2.3.2 Betreuung in intermediären Strukturen | 20 |
| 2.3.3 Betreuung für zu Hause Wohnende | 21 |
| 2.3.4 Angebote für betreuende Angehörige | 23 |
| 2.3.5 Querschnittsleistungen | 24 |
| 2.4 Situation in ausgewählten Kantonen und Städten | 25 |
| 2.4.1 Kanton Zürich | 25 |
| 2.4.2 Stadt Zürich | 27 |
| 2.4.3 Kanton Freiburg | 28 |
| 2.4.4 Kanton Waadt | 31 |
| 2.4.5 Kanton Bern | 34 |
| 2.4.6 Stadt Bern | 35 |
| 2.4.7 Kanton St. Gallen | 36 |
| 2.4.8 Kanton Basel-Landschaft | 37 |
| 2.4.9 Kanton Tessin | 38 |
| 2.4.10 Fazit zu der Situation in ausgewählten Kantonen und Städten | 40 |
| 3 Betreuungsbedarf und Bedarfsdeckung | 43 |
| 3.1 Bedarfsplanung | 44 |
| 3.2 Allgemeiner Betreuungsbedarf und Situationen mit spezifischem Betreuungsbedarf | 45 |
| 3.2.1 Verwendete Grundlagen | 45 |
| 3.2.2 Phasen des Betreuungsbedarfs | 47 |
| 3.2.3 Situationen mit spezifischem Betreuungsbedarf | 52 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.3 | Individuelle Bedarfsabklärung | 54 |
| 3.4 | Bedarfsdeckung und damit verbundene Herausforderungen | 57 |
| 4 | Integrative Betreuung im Alter | 63 |
| 4.1 | Konzepte | 63 |
| 4.1.1 | Konzepte einer «integrativen» Betreuung | 63 |
| 4.1.2 | Praxiskonzepte im Themenfeld «integrative Betreuung» | 65 |
| 4.2 | Umsetzung integrativer Betreuungsansätze | 66 |
| 4.2.1 | Praxisbeispiele | 66 |
| 4.2.2 | Diskussion und Einschätzung von 3 Praxisbeispielen im Workshop | 67 |
| 4.2.3 | Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Workshopteilnehmenden | 72 |
| 5 | Schlussfolgerungen und Verbesserungspotential | 75 |
| 5.1 | Schlussfolgerungen | 75 |
| 5.1.1 | Standortbestimmung | 75 |
| 5.1.2 | Bedarfsdeckung und damit verbundene Herausforderungen | 77 |
| 5.1.3 | Potentiale «integrativer Betreuung» | 79 |
| 5.2 | Verbesserungspotential und Handlungsempfehlungen | 80 |
| 6 | Ergebnisse des Validierungworkshops | 83 |
| 7 | Literaturverzeichnis | 87 |
| 8 | Anhang | 93 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|---|
| ADL | Activities of Daily Living |
| AHV | Alters- und Hinterlassenenversicherung |
| AHVG | Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung |
| APH | Alters- und Pflegeheim |
| ATSG | Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BESA | Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| BSV | Bundesamt für Sozialversicherungen |
| BV | Bundesverfassung |
| EBGB | Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen |
| EL | Ergänzungsleistungen zu AHV/IV |
| ELG | Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung |
| GDK | Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| HE | Hilflosenentschädigung |
| HVA | Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung |
| IADL | Instrumental Activities of Daily Living |
| interRAI HC | Resident Assessment Instrument Home Care («inter» steht für die Internationalität der Instrumente und der Forschungs-Community) |
| IV | Invalidenversicherung |
| KLV | Krankenpflege-Leistungsverordnung |
| KVG | Bundesgesetz über die Krankenversicherung |
| NCD | «Non communicable diseases», deutsch: nichtübertragbare Krankheiten |
| Obsan | Schweizerisches Gesundheitsobservatorium |
| OKP | Obligatorische Krankenpflegeversicherung |
| PLAISIR | Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis |
| PSO | Kantonale Pro Senectute-Organisationen |
| RAI-NH | Resident Assessment Instrument – Nursing Home |
| SODK | Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren |
| SRK | Schweizerisches Rotes Kreuz |
| UNO-BRK | UNO-Behindertenrechtskonvention |
| UV | Unfallversicherung |

Zusammenfassung

Ausgangslage und Vorgehen der Studie

Ältere Menschen sollen heute und in Zukunft ein möglichst selbstbestimmtes Leben in einem selbst gewählten Umfeld leben können. Betreuung kann einen Beitrag leisten, dies zu ermöglichen. Die Betreuung von älteren Menschen bedarfsgerecht sicherzustellen, unabhängig davon, ob diese zu Hause, in einer begleiteten Wohnform oder einem Heim leben, ist eine gesellschaftliche Herausforderung. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, ein gemeinsames Verständnis von Betreuung zu entwickeln, unterschiedliche Arten von Betreuungsbedarf zu thematisieren und Ansätze zur Betreuung zu beleuchten, welche Leistungen von verschiedenen Akteursgruppen wie Privaten, öffentlicher Hand und professionellen Dienstleistern koordinieren. Aus Sicht der öffentlichen Hand liegt auch aus Kostengründen ein Interesse vor, mit bedarfsgerechten Betreuungsleistungen zuhause und in begleiteten Wohnformen die Aufenthaltsdauer in Pflegeeinrichtungen möglichst kurz zu halten. Die Förderung der integrativen Betreuung – ein Ansatz, der die ältere Person und ihren Betreuungsbedarf ins Zentrum stellt und die Koordination der verschiedenen Akteure und Angebote bedingt – sowie die Prävention von Gewalt im Alter sind Ziele der Strategie des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) für 2021–2025. Mit der vorliegenden Studie wird ein Beitrag zur Umsetzung dieser Strategie geleistet.

Die Studie nimmt zunächst eine **Standortbestimmung** zur aktuellen Situation im Bereich der Betreuung im Alter in der Schweiz vor. Dabei beleuchtet sie unter anderem die Rolle des Bundes und der Kantone – letztere sind gemäss Bundesverfassung (BV) hauptsächlich für Betreuung im Alter zuständig. In einem weiteren Schritt schafft die Studie einen Überblick über verschiedene Aspekte des **Betreuungsbedarfs**. Die wichtigsten Systeme der Abklärung des Bedarfs bei Individuen und Ansätze der Bedarfsplanung auf gesellschaftlicher (kantonaler und nationaler) Ebene werden dargestellt und ein Modell skizziert, das unterschiedliche Muster von Betreuungsbedarf aufgrund von verschiedenen Intensitäten und Arten von Einschränkungen aufzeigt. Inwiefern der Betreuungsbedarf im Alter aktuell gedeckt werden kann und welche Herausforderungen dabei bestehen, wird anschliessend analysiert. In einem weiteren Schritt werden **Ansätze integrativer Betreuung** beleuchtet, und es wird anhand konkreter Praxisbeispiele aufgezeigt, welchen Beitrag derartige Ansätze zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Betreuung im Alter leisten können. Im abschliessenden Teil der Studie werden **Schlussfolgerungen** gezogen und **Empfehlungen** formuliert, die sich an die öffentliche Hand und an die Organisationen, die Betreuung im Alter anbieten, richten. Die Ergebnisse eines **Validierungsworkshops** zeigen auf, wie kantonale Fachpersonen und Organisationen im Bereich der Altersbetreuung die wichtigsten Ergebnisse der Studie einschätzen.

Methodisch ist die Studie als **Synthesestudie** angelegt. Das Thema der Betreuung im Alter wurde in den letzten Jahren von Stiftungen, der angewandten Forschung, der öffentlichen Hand, von Altersorganisationen und Versorger/innen verstärkt bearbeitet, woraus unter anderem eine Vielzahl von Berichten und Praxisdokumenten entstanden ist. Eine Auswahl der wichtigsten Literatur und Praxisdokumente wurde als Grundlage dieses Berichts analysiert. Das breite Erfahrungs- und Praxiswissen bei den Akteuren im Feld wurde mithilfe von 24 Interviews mit Fachpersonen von nationalen Alters-, Betreuungs- und Pflegeorganisationen sowie Vertreter/innen von Kantonen und Städten und zwei breit abgestützten Workshops erfasst.

Betreuung im Alter: begrifflicher Rahmen

Basierend auf den Arbeiten der Paul-Schiller-Stiftung zur «Guten Betreuung im Alter» unterscheidet die Studie auf konzeptioneller Ebene zwischen **Hilfe, Betreuung und Pflege als drei Formen der Unterstützung** von Menschen im Alter.

■ **Hilfe** ist durch einen Dienstleistungscharakter geprägt, d.h. für die Person werden Sachleistungen erbracht oder Aufgaben übernommen. Dazu gehören Angebote wie praktische Hilfen (z.B. Mahlzeiten- oder Fahrdienste, Putzhilfen), aber auch Kurse oder Veranstaltungen sowie Hilfsmittel und bauliche Massnahmen zur Unterstützung einer möglichst selbstbestimmten Alltags- und Lebensgestaltung.

■ Bei der **Betreuung** stehen die Beziehungsebene und die sozialen Aspekte der Unterstützung im Vordergrund. Sie orientiert sich hauptsächlich am Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe trotz bestehender Einschränkungen zu ermöglichen. Im Gegensatz zur Hilfe steht bei der Betreuung die «Hilfe zur Selbsthilfe» und oft das gemeinsame Tun im Vordergrund (z.B. zusammen Hausarbeiten erledigen, gemeinsam besprechen, welche Hilfeleistungen eine sinnvolle Entlastung wären etc.)

■ Die **Pflege** ist im Bereich der gesundheitlichen Versorgung verortet und bewegt sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit. Im professionellen Selbstverständnis von Pflegefachpersonen ist Betreuung ein integraler Bestandteil pflegerischen Handelns, und es gibt auch Überschneidungen im Bereich der gesundheitsfördernden und präventiven Tätigkeiten.

Die vorliegende Studie nimmt nicht nur die Betreuung als beziehungsgeleitete Unterstützungsform in den Blick, sondern geht von einem **breiteren Begriffsverständnis** von «Betreuung im Alter» aus. Dieses beinhaltet sowohl Hilfe als auch Betreuung im engeren Sinn, nicht aber den Bereich der Pflege.

Standortbestimmung

Die Standortbestimmung zeigt, dass Betreuung im Alter auf allen Ebenen des föderalen Systems und auch bei den Anbietern von entsprechenden Leistungen ein wichtiges Thema ist, das diskutiert wird und für das in den letzten Jahren angesichts der anstehenden Aufgaben Lösungen gesucht und erprobt wurden. Für Aufgaben im Bereich der Betreuung im Alter existiert ein komplexes System von Zuständigkeiten der öffentlichen Hand auf den Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden, Organisationen der Altershilfe, privatwirtschaftliche Betreuungsanbieter sowie betreuende Angehörige und Freiwillige. Das System weist einen hohen Orientierungs- und Koordinationsbedarf auf, wozu allerdings eine einheitliche, allseits anerkannte inhaltliche Bestimmung von Betreuung fehlt. Auch die Diskussion, was ein legitimer Anspruch der älteren Bevölkerung auf gesellschaftlich bereitgestellte und finanzierte Betreuung im Alter sein könnte, ist nicht so weit fortgeschritten, dass sich Betroffene und involvierte Akteure daran orientieren könnten.

Auf **Bundesebene** sind inhaltliche Gestaltungsmöglichkeiten und Steuerungspotential im heutigen rechtlichen Rahmen, der die Zuständigkeit für die Betreuung im Alter den Kantonen zuschreibt (Art. 112c, Abs. 1 BV), beschränkt vorhanden. Im Bereich der Finanzierung über die Systeme der sozialen Sicherheit hat der Bund gewisse Einflussmöglichkeiten. Eine Finanzierung von Betreuung im Alter über die bestehenden Systeme der Ergänzungsleistungen (EL) und der Hilflosenentschädigungen (HE) erfolgt bis heute jedoch nur marginal. Weiter werden über die Finanzhilfen an nationale Organisationen der Altershilfe (AHVG Art. 101^{bis}) Leistungen zugunsten der älteren Bevölkerung teilweise mitfinanziert.

Die **Kantone**, die hauptsächlich für Hilfe und Pflege im Alter zuständig sind, definieren Betreuung im Alter nicht als eigenständigen Politik- oder Versorgungsbereich. Gemeinhin wird Betreuung im Rahmen der Bestimmungen zur stationären und ambulanten Langzeitpflege mitreguliert. Regelungen und Strategien zur Betreuung im Alter finden sich explizit oder implizit in Zusammenhang mit kantonalen Alterspolitiken. Die kantonalen Alterspolitiken sind in unterschiedlichem Mass, aber nur in wenigen Fällen weitgehend und umfassend ausgestaltet. Die gesetzlichen Grundlagen sind nur in wenigen Kantonen in einem übergreifenden Gesetz festgehalten, sondern auf Einzelgesetze verteilt. Von einer übergreifenden Alterspolitik kann allenfalls dort gesprochen werden, wo in Altersstrategien und Altersberichten konkrete Versorgungsziele und -strategien festgehalten sind. Insgesamt sind aber auch die Alterspolitiken in den Kantonen nicht so ausgestaltet, dass sie für Betreuung im Alter einen Rahmen bilden würden, der ihre Ausgestaltung und die Versorgung zielgerichtet vorantreiben könnte. Die Versorgung mit Betreuung im Alter stützt sich in den Kantonen im stationären Bereich und im Bereich des betreuten Wohnens hauptsächlich auf gemeinnützige Alters- und Pflegeheime (APH) und im ambulanten Bereich stark auf die öffentlichen und privaten Spitexdienste. Diese Anbieter erbringen Betreuungsleistungen hauptsächlich, um die Pflegeziele zu erreichen. Entsprechend sind diese Betreuungsleistungen sehr eng gefasst. Darüberhinausgehende Betreuungsleistungen werden in unterschiedlichem Masse angeboten und müssen von den Betroffenen weitgehend selbst getragen werden. Betreuung ohne «Pflegebezug» leisten hauptsächlich Organisationen der Altershilfe, die Angebote für zu Hause wohnende Personen bereitstellen. Die Kantone (und Gemeinden) steuern die Angebote mehrheitlich, indem sie Leistungsverträge abschliessen, die auch gewisse Bestimmungen zur Qualitätssicherung und teilweise verrechenbare Höchsttarife für Angebote enthalten. In einzelnen Städten existieren Gutscheinsysteme, mit denen unter anderem die Wahlfreiheit seitens der älteren Personen erhöht werden soll. Insgesamt ist der Bereich «Betreuung im Alter» in den Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet. Einen ausgereiften Politik- und Versorgungsbereich entwickelt haben viele Kantone noch kaum. Zwar existieren Leitbilder und Strategien für den Altersbereich, aber oftmals ist die Finanzierung einer Alterspolitik und damit auch der Betreuung nicht längerfristig durch eine gesetzliche Grundlage abgesichert.

Die **Organisationen der Langzeitpflege und der Altershilfe** sind entsprechend der föderalen Organisation der öffentlichen Hand dezentral organisiert. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag an die Versorgung der älteren Bevölkerung. Eine umfassende gesamtschweizerische Übersicht über die Angebote, die nicht direkt mit der Langzeitpflege gekoppelt sind (APH, Spitex), liegt ausserhalb des Bereichs der Finanzhilfen des Bundes (AHVG 101^{bis}) nicht vor. Keine der Organisationen verfügt bisher über ein integrales Konzept oder eine explizite Definition für Betreuung im Alter, was vermutlich auch damit in Zusammenhang steht, dass sie je nur Teilbereiche von Betreuung (ambulant, stationär, mit Pflege, ohne Pflege, nur Demenz) bearbeiten. Bei der Leistungserbringung vor Ort stehen die Organisationen im Spannungsfeld von Konkurrenz und Kooperation untereinander. Die Effekte dieses Spannungsfeldes sind umstritten – Stichwort Doppelspurigkeit von Angeboten –, können aber Anreize zur Entwicklung innovativer Angebote setzen und garantieren auch eine gewisse Wahlfreiheit für die älteren Personen, die auf Leistungen angewiesen sind.

Betreuungsbedarf und Bedarfsdeckung

Auf **gesellschaftlicher Ebene** wird eine Zunahme des Betreuungsbedarfs festgestellt. Gemäss aktuellen Bevölkerungsszenarien wird der Anteil der Personen über 65 Jahre von aktuell knapp einem Fünftel (18,7%) bis im Jahr 2040 auf ein Viertel (24,4%) ansteigen (Pellegrini et al., 2022). Die Alterung der Bevölkerung ist keine neue Entwicklung, jedoch wird die ältere Bevölkerung zwischen

2020 und 2040 durchschnittlich stärker zunehmen als im vergangenen Jahrzehnt. Auch wenn die Menschen zunehmend länger gesund bleiben, ist dennoch eine deutliche Erhöhung des Bedarfs an Langzeitpflege und Betreuung im Alter zu erwarten. Besonders ausgeprägt ist die prognostizierte Bevölkerungszunahme in den hohen Altersklassen. Die demografische Alterung der Bevölkerung wird aufgrund der Verschiebung der Babyboomer-Jahrgänge zunehmend weniger von Personen im dritten, «aktiven» Lebensalter geprägt, sondern immer mehr von Menschen im vierten, «fragilen» Lebensalter.

Der Wechsel vom dritten ins vierte Lebensalter verläuft oft fließend und individuell unterschiedlich. Dabei spielen Faktoren wie der Gesundheitszustand, das Bildungs- und Einkommensniveau, der Beziehungsstand, das Geschlecht und das Auftreten kritischer Lebensereignisse (z.B. Verlust nahestehender Menschen) eine Rolle. Vielfach steigen die Risiken gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr an. Hochaltrigkeit geht zwar nicht immer mit Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedarf einher. Gegenüber der Altersgruppe der 65–79-jährigen sind Personen ab 80 Jahren jedoch deutlich häufiger von Einschränkungen bei instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL) und Unterstützungsbedarf in grundlegenden Alltagsaktivitäten (ADL) betroffen. Auch die Prävalenzraten von Hör- und Sehbeeinträchtigungen und Demenzerkrankungen steigen mit dem Alter deutlich an. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in der Altersgruppe der 80–89-jährigen knapp 16% und bei Personen ab 90 Jahren 40% von Demenz betroffen sind. Neben diesen Entwicklungen gehen die interviewten Fachpersonen von Organisationen, Kantonen und Gemeinden auch davon aus, dass es immer mehr alleinstehende ältere Menschen geben wird, die so lange wie möglich zu Hause bleiben wollen. So dürfte der Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich stärker ansteigen als im stationären Bereich. Darüber hinaus sind mehrere Fachpersonen der Ansicht, dass die neue Generation älterer Menschen höhere Qualitätsansprüche stellen wird, da sie in einer Dienstleistungsgesellschaft gelebt hat, während frühere Generationen hier eher zurückhaltend waren.

Auf **individueller Ebene** sind Alterungs- und Fragilisierungsprozesse von vielfältigen individuellen Faktoren (Herkunft, Bildungsstand, Geschlecht, materielle Verhältnisse, Beziehungsstand, soziale Einbettung) abhängig. Sowohl der Unterstützungsbedarf als auch die Inanspruchnahme von Hilfe und Betreuung werden ausserdem von Kontextfaktoren wie der Wohnsituation sowie strukturellen Rahmenbedingungen (u.a. Regelung der Existenzsicherung im Alter; Verfügbarkeit, Ausgestaltung und Finanzierung benötigter Unterstützungsleistungen) beeinflusst. Für die Ermittlung des individuellen Bedarfs an Unterstützung, Betreuung und Pflege existieren zahlreiche Instrumente und Konzepte. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Defizit-/Ressourcenorientierung, ihrer thematischen Bandbreite (bspw. Einbezug psychosozialer und sozioökonomischer Faktoren), ihres Verwendungskontexts (Abklärungen durch Spitex oder Pflegeheime; Prüfen der Anspruchsberechtigung auf bestimmte Leistungen wie z.B. Hilflosenentschädigung, Betreuungsgutschriften; Standortbestimmung im Rahmen von Beratungsgesprächen, etc.) und ihres konkreten Bezugs zu den drei Formen der Unterstützung im Alter (Hilfe, Betreuung, Pflege).

In einem Phasenmodell beschreibt die Studie vereinfacht und modellhaft, wie sich der Betreuungsbedarf im Verlaufe des Alterungs- und Fragilisierungsprozesses auf individueller Ebene entwickeln kann. Ausgehend von einer Situation, in der eine alternde Person beginnt, leichte motorische Funktionseinschränkungen zu haben, aber noch keine Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen muss, über die Zunahme des Bedarfs aufgrund von zunehmenden Einschränkungen bei den ADL und IADL, bis hin zu Situationen, in denen eine 24-h-Betreuung oder ein Eintritt in ein Pflegeheim notwendig wird, sowie schliesslich zur Sterbephase, ist der Betreuungsbedarf unterschiedlich und

tendenziell zunehmend. Die beschriebenen Phasen werden jedoch nicht von allen älteren Menschen durchlaufen; auch nimmt der Betreuungsbedarf nicht in jedem Fall konstant zu. Zudem können sich die Menschen in spezifischen Situationen befinden, die den Betreuungsbedarf beeinflussen. Es handelt sich dabei um kognitive Einschränkungen, psychische Erkrankungen, körperliche Behinderungen, Seh-/Hör-/Sprachbehinderungen, chronische Erkrankungen, Suchterkrankungen und die Abwesenheit eines sozialen Umfelds, welche in Kombination mit dem modellhaften Alterungsprozess unterschiedliche Situationen des Betreuungsbedarfs mit sich bringen.

Herausforderungen bzw. ungedeckter Betreuungsbedarf bestehen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, sie sind jedoch je nach Setting unterschiedlich. In Pflegeheimen stehen die sinngebende Alltagsgestaltung und die beziehungs- und interaktionsbasierte Betreuung (bzw. deren Umsetzung angesichts der bestehenden betrieblichen Rahmenbedingungen) im Vordergrund. Bei älteren Menschen, die zu Hause wohnen, stellen die Nicht-Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, der Bedarf nach Koordination und Vermittlung der Betreuungsleistungen (sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene) und die Finanzierung der Betreuung zentrale Herausforderungen dar. Über beide Settings hinweg ist festzustellen, dass der zeitliche Bedarf für eine optimale Betreuung bereits heute nicht gedeckt wird. Es ist davon auszugehen, dass das positive Potential von angemessener Betreuung im Alter hinsichtlich der Lebensqualität der älteren Bevölkerung und der Prävention aktuell nicht realisiert wird.

Die Nicht-Inanspruchnahme von Angeboten hat verschiedene Gründe. Die finanzielle Tragbarkeit für die Betroffenen und die Zugangsprobleme aus sozio-kulturellen und sozio-ökonomischen Gründen – bspw. auch administrative Hürden – bilden die eine Seite des Phänomens. Auf der anderen Seite führen auch Scham, Angst vor Stigmatisierung und Verleugnung des Unterstützungsbedarfs eine wesentliche Rolle. Bei der Finanzierbarkeit von Betreuungsangeboten spielt auch die subjektive Bewertung mit: Leistet man sich etwas, das vielleicht aus momentaner Sicht nicht absolut notwendig erscheint, oder lässt man es bleiben, weil es einem zu teuer scheint – auch wenn man das Geld dafür hätte? Dass vor allem in den frühen Phasen des Betreuungsbedarfs ein wesentlicher Teil der Kosten der Angebote von den älteren Personen selbst getragen werden muss, verhindert oft eine frühzeitige Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten und führt potentiell zu einem schnelleren Übergang in eine Phase mit höherem Bedarf.

Die Vermittlung und Koordination von bedarfs- und situationsgerechten Betreuungsleistungen bleibt eine Herausforderung. Da die Dienste von unterschiedlichen Anbietern und Fachbereichen erbracht werden, besteht erheblicher Bedarf an Abstimmung zwischen den an der Betreuung (und Gesundheitsversorgung) beteiligten Seiten. Zusätzlich besteht eine Herausforderung darin, dass professionelle Angebote in Anspruch genommen werden können, dabei aber die Leistungen von Freiwilligen und Angehörigen aus dem persönlichen Umfeld (inkl. Nachbarschaft) nicht «verdrängt» werden. Vielmehr braucht es zur Unterstützung der nicht-professionellen Betreuenden Zeit und teilweise auch fachliche Anleitung, um das Potential des Zusammenwirkens von Nicht-Profis und Profis optimal nutzen zu können. Angesichts des Fachkräftemangels in Pflegeberufen erhält der Beizug von weiteren Betreuungsleistenden, seien es Fachpersonen aus den sozialen Berufen oder betreuende Angehörige und Freiwillige, zunehmende Bedeutung.

Die Koordination der verschiedenen Angebote auf kantonaler und kommunaler Ebene zu verbessern, bleibt eine ständige Aufgabe. Koordinationsstrukturen sind nicht überall gleich zweckmässig und wirkungsvoll eingerichtet. Es resultiert ein Angebot, das auf kommunaler Ebene sehr unterschiedlich ausgestaltet und entwickelt ist. Ebenfalls ein «Koordinationsproblem» stellt die fragmentierte Finanzierung für den Bereich der Altersbetreuung dar. Gerade für vulnerable, im Umgang mit administrativen Vorgaben nicht geübte ältere Personen ist diese Hürde nicht zu unterschätzen.

Unabhängig vom Setting bleiben die Demenzerkrankungen angesichts ihrer prognostizierten Zunahme eine grosse Herausforderung. Es fehlen spezialisierte Angebote und eine finanzierbare Lösung für den stark erhöhten Präsenzbedarf (24h-Betreuung). Vielfach werden Demenzerkrankungen erst spät erkannt, was eine adäquate Betreuung erschwert, und es fehlt Wissen zur Erkrankung an sich, aber oft auch die Fähigkeit zur angemessenen Kommunikation mit Betroffenen.

Die Finanzierung von Betreuung im Alter ist insgesamt nicht genügend gesichert. Da Betreuung von der öffentlichen Hand nicht als obligatorische Aufgabe definiert wird, sind Betreuungsleistungen stärker als andere dem Risiko ausgesetzt, dass sie aus den kantonalen und kommunalen Budgets gestrichen werden, wenn das Geld knapp ist. Der Auf- und Ausbau von Strukturen und Finanzierungslösungen für die Betreuung im Alter hat daher meist «Projektcharakter», und die Kontinuität ist nicht gewährleistet.

Integrative Betreuung im Alter

Unter dem Begriff «integrative Betreuung» fasst die Studie Konzepte und Ansätze zusammen, die Betreuung im Alter weitgehend als eigenständigen Bereich der Sorge für und Versorgung von älteren Menschen verstehen. «Integrativ» meint dabei einerseits, dass die Arrangements von Betreuung sich konsequent an den Bedürfnissen und der Situation der alternden Menschen (und ihrer Angehörigen) orientieren, dabei deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung möglichst wahren und auf ihren Ressourcen und Kompetenzen aufbauen. Andererseits wird mit «integrativ» der Aspekt eines umfassenden und koordinierten Angebots der Betreuung angesprochen. Schliesslich gehört auch der Aspekt der Zugänglichkeit dazu, d.h. dass alle älteren Menschen Zugang zu einer angemessenen Betreuung erhalten sollten. «Integrative Betreuung» weist demnach folgende vier Dimensionen auf:

- personenzentriert
- koordiniert
- umfassend
- zugänglich

Das Themenfeld «integrative Betreuung» im Alter wurde in den letzten Jahren in der Schweiz verschiedentlich bearbeitet, wenn auch meistens nicht unter der hier verwendeten Bezeichnung. Arbeiten im Auftrag der Paul Schiller Stiftung formulieren als normativ «gute Betreuung» eine umfangreiche Grundlage für ein integratives Verständnis von Betreuung. Auf den ambulanten Bereich fokussiert und stärker umsetzungsorientiert ist das Programm «Socius» der Age Stiftung, welches den Aufbau von integrierten und koordinierten Hilfesystemen auf Gemeindeebene fördert. Der Branchenverband der Alters- und Pflegeheime, CURAVIVA, befasst sich in verschiedenen Dokumenten mit einem Perspektivenwechsel im Feld «Wohnen und Pflege» von einer institutionellen auf eine stärker personenzentrierte Optik hin. Unter dem Begriff «integrierte und sozialraumorientierte Versorgung» soll das Alter stärker als eigenständige Lebensphase betrachtet werden, die Bedürfnisse und Ressourcen der älteren Menschen sollen vermehrt im Zentrum stehen, und die personenzentrierte Praxis soll sich am Sozialraum orientieren. Dies bedeutet auch, dass die Alters- und Pflegeheime gegenüber dem ambulanten Bereich und den umliegenden Gemeinden und Quartieren durchlässiger werden sollen. Bei den öffentlichen Spitex-Organisationen wird der nicht KVG¹-finanzierte Bereich, die «hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen», in einem Grundlagenpapier von 2016 im Sinne integrativer Ansätze konzipiert. Das Dokument verweist auch darauf,

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung

dass die Finanzierung in diesem Leistungsbereich ungenügend sei und stärker durch die öffentliche Hand getragen werden sollte. In den Interviews mit den Organisationen der Altershilfe Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) und Alzheimer Schweiz werden ebenfalls verschiedene Aspekte einer integrativen Betreuung thematisiert. Personenzentriertheit und eine Koordination der Angebote vor Ort werden als wesentliche Themen der Versorgung der älteren Bevölkerung angesehen und in der Praxis angestrebt. Konkrete, umfassende Konzepte wurden bisher jedoch nicht ausgearbeitet. Verschiedentlich wurden Praxismodelle entwickelt und punktuell eingeführt.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass von verschiedener Seite Bestrebungen in Richtung einer integrativen Altersbetreuung initiiert worden sind. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass keiner der vorgestellten Ansätze alle vier Dimensionen von integrativer Betreuung umfasst.

Angesichts der Herausforderungen, die in der Betreuung im Alter bestehen, können integrative Betreuungsmodelle potentiell hilfreiche Beiträge an eine zukunftsfähige Betreuung im Alter leisten. Folgende Aspekte konnten im Rahmen dieser Studie herausgearbeitet werden:

- Es besteht die Erwartung, dass eine bessere Koordination der Angebote und der Einbezug von Freiwilligen und Angehörigen die Effizienz von Betreuungsangeboten verbessert und damit die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden können.
- Die integrativen Ansätze sind insgesamt niederschwelliger, erhöhen damit die rechtzeitige Inanspruchnahme von Unterstützung und können möglicherweise auch die Zugänglichkeit für bisher nur schwer erreichbare ältere Menschen erleichtern. Beide Effekte werden potentiell verstärkt, wenn sich die Betreuungsregimes für die frühen Phasen des Betreuungsbedarfs an Modellen der Gemeinwesenarbeit oder von Caring Communities orientieren.
- Mit der konsequenten Orientierung am Bedarf und an den Bedürfnissen der älteren Person (und nicht an der Logik der beteiligten Organisationen und Institutionen) leistet integrative Betreuung einen Beitrag an den Erhalt von Selbständigkeit und Selbstbestimmung der älteren Personen.
- Integrative Ansätze können einen Beitrag dazu leisten, dass die Systemgrenzen zwischen ambulanten und stationärem Betreuungsbereich durchlässiger werden. Es besteht das Potential, dass integrative Ansätze im ambulanten Bereich eine kontinuierliche und rechtzeitige Anpassung des Betreuungsarrangements begünstigen, damit präventive Wirkungen entfalten und vorzeitige Eintritte in APH mit den damit verbundenen hohen Kosten vermindert werden können.

Verbesserungspotential und Handlungsempfehlungen

Aufgrund der Erkenntnisse der Studie leiten wir folgende Handlungsempfehlungen für Adressaten der öffentlichen Hand auf allen föderalen Stufen und für die Leistungserbringer bzw. Organisationen der Altershilfe ab.

- Empfehlung 1: Der Bund bzw. das BSV soll die Initiative für die Weiterentwicklung der Altersbetreuung übernehmen und zusammen mit den Kantonen (SODK) eine gemeinsame Strategie entwickeln. Im Rahmen der Strategie sollen schweizweit vergleichbare rechtliche Grundlagen zur Betreuung im Alter geschaffen oder weiterentwickelt werden und schweizweit die Finanzierungsweisen geklärt, vereinfacht und möglichst harmonisiert werden.
- Empfehlung 2: Die Kantone und Gemeinden sollen das politische Handlungsfeld «Betreuung im Alter» als gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden konsequent und möglichst zeitnah weiterentwickeln.

■ Empfehlung 3: Bund, Kantone und Leistungserbringer/Organisationen der Altershilfe sollen Ansätze integrativer, personenzentrierter Betreuung erfahrungsbasiert weiterentwickeln und in der Praxis - im ambulanten wie auch im stationären Bereich - verstärkt umsetzen. Der Bund und die Kantone sollen prüfen, inwiefern sie ein Programm angewandter, praxisorientierter Forschung und Entwicklung lancieren könnten, aus dem auch Methoden und anerkannte Standards zur Überprüfung der Wirkungen von Angeboten und Angebotsstrukturen resultieren.

■ Empfehlung 4: Die Einführung integrativer, personenzentrierter Modelle erfordert einen Kulturwandel im Altersbereich. Die Logik der Einzelinstitutionen und -organisationen sollte hin zu einem koordinierten Angebot entwickelt und Betreuung als Bestandteil einer umfassenden Alterspolitik verstanden werden, welche das Bild von der älteren Bevölkerung nicht auf ihren Unterstützungsbedarf einschränkt, sondern auch deren Ressourcen betont und sie partizipativ einbindet. Kantone, Gemeinden und kantonale Leistungserbringer sollten in ihrem Kanton gemeinsam Massnahmen entwickeln, wie ein solcher Kulturwandel erreicht werden kann. (bspw. Zusammenarbeits-Charta, Sensibilisierungskampagne, verbindliches gemeinsames Leitbild mit Massnahmenplan).

■ Empfehlung 5: Die Leistungserbringer sollten – gemeinsam mit den Gemeinden – Sozialraumorientierte und niederschwellige/aufsuchende Ansätze verstärkt umsetzen (bspw. Ansätze der Gemeinwesenarbeit oder der Caring Communities) und dabei anstreben, die ältere Bevölkerung – insbesondere vulnerablere ältere Menschen – früher und umfassender zu erreichen.

Résumé

Situation initiale et déroulement de l'étude

Les personnes âgées doivent pouvoir vivre, aujourd'hui et demain, une vie aussi autonome que possible dans un environnement qu'elles ont choisi. Une prise en charge peut contribuer à rendre cela possible. Assurer la prise en charge des personnes âgées en fonction de leurs besoins est un défi de société, et ce, qu'elles vivent à domicile, en logement protégé ou en home. Dans ce contexte, il est important de développer une compréhension commune de la prise en charge, de se pencher sur les différents types de besoins dans ce domaine et de mettre en lumière de quelle manière coordonner les prestations de différentes catégories d'acteurs, tels que les particuliers, les pouvoirs publics et les prestataires professionnels. Pour des raisons de coûts, les pouvoirs publics ont également intérêt à réduire au maximum la durée de séjour en EMS grâce à des services de prise en charge à domicile et en logement protégé adaptés aux besoins. Les objectifs de la stratégie de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) pour 2021-2025 incluent de promouvoir la prise en charge intégrative – une approche axée sur la personne âgée et ses besoins en matière de prise en charge qui implique la coordination des différents acteurs et offres de prestations – et de prévenir la violence sur les personnes âgées. La présente étude contribue à la mise en œuvre de cette stratégie.

L'étude dresse d'abord un **état des lieux** actuel dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées en Suisse. Ce faisant, elle met notamment en lumière le rôle de la Confédération et des cantons – la Constitution fédérale confiant à ces derniers la responsabilité première de la prise en charge des personnes âgées. Dans un deuxième temps, l'étude apporte une vue d'ensemble des **besoins de prise en charge** sous ses différents aspects. Sont présentés les principaux systèmes d'évaluation des besoins des individus et approches de planification des besoins au niveau (cantonal et national) de la société ; est aussi esquissé un modèle qui met en évidence différents schémas de besoins quant à la prise en charge sur la base de différents degrés et types de limitations. Il est ensuite analysé dans quelle mesure les besoins des personnes âgées en matière de prise en charge peuvent être satisfaits à l'heure actuelle et quels sont les défis à relever. L'étape suivante met en lumière différentes **approches de prise en charge intégrative** et relève, à l'aide d'exemples pratiques concrets, la contribution que de telles approches peuvent apporter pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins des personnes âgées. Dans la partie finale de l'étude sont tirées des **conclusions** et formulées des **recommandations** à l'intention des pouvoirs publics et des organisations qui prennent en charge les personnes âgées. Les résultats d'un **atelier de validation** mettent en évidence comment les spécialistes cantonaux et les organisations du domaine de la prise en charge des personnes âgées évaluent les principaux résultats de l'étude.

Du point de vue méthodologique, il s'agit d'une **étude de synthèse**. Ces dernières années, la thématique de la prise en charge des personnes âgées a fait l'objet d'une attention accrue de la part des fondations, de la recherche appliquée, des pouvoirs publics, des organisations de seniors et des prestataires, ce qui a donné lieu, entre autres, à une multitude de rapports et de documents pratiques. Une sélection des principaux ouvrages et documents pratiques a été analysée pour servir de base à ce rapport. Le vaste savoir empirique et pratique des acteurs sur le terrain a été recueilli dans le cadre de 24 entretiens avec des spécialistes de différentes organisations nationales

actives dans l'aide, l'accompagnement et les soins aux personnes âgées et des représentants des cantons et des villes, ainsi que dans le cadre de deux ateliers d'envergure.

Prise en charge des personnes âgées : définitions

Se basant sur les travaux de la fondation Paul Schiller concernant « une bonne prise en charge au troisième âge », l'étude distingue entre les notions **d'aide, de prise en charge et de soins, constituant trois formes de soutien** aux personnes âgées.

■ Propre à l'**aide** est le caractère de service, c'est-à-dire que la personne bénéficie de prestations en nature ou que des tâches sont accomplies pour elle. Il s'agit de services tels qu'un soutien pratique (par ex. services de repas ou de transport, aides au nettoyage), mais aussi des cours ou des manifestations ainsi que des moyens auxiliaires et des mesures architecturales pour soutenir une organisation du quotidien et de la vie aussi autonome que possible.

■ Quant à la **prise en charge**, elle met l'accent sur le niveau relationnel et les aspects sociaux du soutien. Son objectif principal est de permettre l'autonomie et la participation malgré les limitations auxquelles la personne est confrontée. Contrairement à l'aide, la prise en charge vise avant tout à aider la personne à se débrouiller et prend souvent la forme d'activités effectuées en commun (les tâches ménagères sont par ex. effectuées ensemble, il est discuté ensemble quelles prestations d'aide permettraient de soulager la personne, etc.).

■ Les **soins** relèvent du domaine de la santé publique et évoluent à la croisée de la santé et de la maladie. Pour les membres du personnel infirmier, les soins font partie intégrante de leur activité, qui déborde également sur la promotion de la santé et la prévention.

La présente étude ne traite pas uniquement la prise en charge en qualité de soutien axé sur le relationnel, mais part d'une **définition plus large** de la notion de « prise en charge des personnes âgées ». Cette définition comprend à la fois l'aide et la prise en charge au sens strict, mais pas le domaine des soins.

État des lieux

L'état des lieux met en évidence que la prise en charge des personnes âgées est une thématique importante qui fait l'objet de débats à tous les niveaux du système fédéral et jusque chez les prestataires de services, et pour laquelle – au vu de la tâche à accomplir – des solutions ont été recherchées et mises à l'épreuve ces dernières années. Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, les tâches sont réparties selon un système complexe de compétences des pouvoirs publics au niveau de la Confédération, des cantons et des communes, des organisations d'aide à la vieillesse et de l'économie privée ainsi que des proches et des bénévoles. Ce système a éminemment besoin de références sur lesquelles s'orienter et de coordination, et il lui manque une définition uniforme et reconnue par tous de la notion de prise en charge. De même, la réflexion sur ce qui pourrait représenter un droit légitime de la population âgée à une prise en charge mise à disposition et financée par la collectivité n'est pas suffisamment avancée pour servir de base aux personnes concernées et aux acteurs impliqués.

Au **niveau fédéral**, le cadre juridique actuel, qui attribue aux cantons la compétence en matière de prise en charge des personnes âgées (art. 112c, al. 1, Cst.), limite les possibilités de façonner et de piloter ce domaine. La Confédération dispose d'une certaine influence sur le financement par le biais des systèmes de sécurité sociale. Le financement de la prise en charge des personnes âgées par le biais des systèmes actuels de prestations complémentaires et d'allocations pour impotent

reste toutefois marginal à ce jour. Par ailleurs, les aides financières aux organisations nationales d'aide à la vieillesse (art. 101^{bis} LAVS) permettent de cofinancer partiellement des prestations en faveur de la population âgée.

Les **cantons**, auxquels incombe la responsabilité première de l'aide et des soins aux personnes âgées, ne définissent pas la prise en charge des personnes âgées comme un domaine politique ou de prestations à part entière. La réglementation de la prise en charge est généralement comprise dans le cadre des dispositions relatives aux soins de longue durée en milieu hospitalier et ambulatoire. Les réglementations et les stratégies relatives à la prise en charge des personnes âgées sont explicitement ou implicitement liées à la politique cantonale de la vieillesse. Ces politiques disposent d'un degré variable de développement selon les cantons, mais elles ne sont que rarement approfondies et complètes. Dans quelques cantons seulement, les bases légales sont réunies dans une législation globale ; elles sont plus souvent réparties dans différentes lois. Il est tout au plus question d'une politique globale de la vieillesse lorsque des objectifs et des stratégies sont fixés concrètement dans des programmes et des rapports relatifs au domaine des personnes âgées. Mais dans l'ensemble, la politique cantonale des seniors n'est pas non plus conçue de manière à créer un cadre pour la prise en charge des personnes âgées, qui permettrait de la structurer et de la développer de manière ciblée. Dans les cantons, l'offre de prise en charge des personnes âgées repose principalement sur les EMS d'utilité publique dans le secteur stationnaire et de l'habitat protégé ; quant au secteur ambulatoire, il est fortement lié aux services d'aide et de soins à domicile publics et privés. Ces prestataires fournissent des prestations de prise en charge essentiellement pour servir les objectifs de soins. En conséquence, le financement des prestations de prise en charge est très limité. D'autres prestations de prise en charge sont certes proposées dans une certaine mesure, mais elles doivent être en grande partie supportées par les personnes concernées. La prise en charge sans « hors soins » est principalement assurée par des organisations d'aide aux personnes âgées par le biais de prestations aux personnes vivant à domicile. Les cantons (et les communes) pilotent majoritairement les offres en concluant des contrats de prestations qui contiennent également certaines dispositions relatives à l'assurance de la qualité et parfois des tarifs maximaux. Dans certaines villes, il existe des systèmes de bons qui visent notamment à accroître la liberté de choix pour les personnes âgées. Dans l'ensemble, les modalités de la prise en charge des personnes âgées sont très différentes d'un canton à l'autre. Dans de nombreux cantons, le secteur d'activité et la politique ne sont guère aboutis dans ce domaine. Il existe certes des lignes directrices et des stratégies pour le domaine des seniors, mais il manque souvent une base légale pour assurer le financement d'une politique et donc de la prise en charge sur le long terme.

Les **organisations des soins de longue durée et de l'aide à la vieillesse** sont également décentralisées, conformément à l'organisation fédéraliste des pouvoirs publics. Elles apportent une contribution essentielle à la prise en charge de la population âgée. En dehors du domaine des aides financières de la Confédération (art. 101^{bis} LAVS), il n'existe pas de vue d'ensemble nationale, recensant toutes les offres qui ne sont pas directement liées aux soins de longue durée (EMS, Spitex). Aucune organisation ne dispose pour l'heure de stratégies ou de définitions globales de la prise en charge des personnes âgées, ce qui est probablement lié au fait que leur activité se limite à une partie seulement du secteur (ambulatoire, hospitalier, avec ou sans soins, démence uniquement). En matière de fourniture de prestations sur place, les organisations sont tiraillées entre concurrence et coopération. Les effets de cette tension suscitent la controverse (citons par ex. la redondance des offres), mais peuvent constituer des incitations à innover et garantissent également une certaine liberté de choix pour la clientèle.

Besoin de prise en charge et couverture des besoins

Une augmentation des besoins de prise en charge est constatée au **niveau sociétal**. Selon les scénarios démographiques actuels, la part des personnes âgées de plus de 65 ans passera d'un peu moins d'un cinquième (18,7 %) actuellement, à un quart (24,4 %) en 2040 (Pellegrini et al., 2022). Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène récent, bien que l'augmentation de la population âgée entre 2020 et 2040 sera en moyenne plus forte qu'au cours de la décennie passée. Même si les gens restent de plus en plus longtemps en bonne santé, il faut néanmoins s'attendre à une nette augmentation de la demande de soins de longue durée et de prise en charge des personnes âgées. Les classes d'âge élevées seront celles qui connaîtront la plus forte progression démographique. Du fait que la génération du baby-boom se déplace dans la pyramide des âges, le vieillissement démographique est de moins en moins marqué par les personnes du troisième âge (encore actives), et de plus en plus par celles du quatrième âge (désormais fragiles). Le passage du troisième au quatrième âge se fait souvent de manière progressive et varie d'une personne à l'autre. Y jouent un rôle des facteurs tels que l'état de santé, le niveau d'éducation et le revenu, l'environnement social, le sexe et la survenue d'événements cruciaux de la vie (par ex. la perte d'un proche). Dans de nombreux cas, les risques d'avoir des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles augmentent entre 80 et 85 ans. Un âge avancé n'implique certes pas toujours un besoin d'aide, de prise en charge et de soins ; mais par rapport à la tranche d'âge des 65–79 ans, les personnes âgées de 80 ans et plus sont nettement plus souvent concernées par des limitations dans leurs activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) et par un besoin de soutien dans les activités quotidiennes de base (ADL). Les taux de prévalence des déficiences auditives et visuelles et des démences augmentent également de manière significative avec l'âge. Selon les estimations actuelles, près de 16 % des personnes âgées de 80 à 89 ans et 40 % des personnes âgées de 90 ans et plus sont atteintes de démence.

Outre ces évolutions, les spécialistes des organisations, des cantons et des communes que nous avons interrogés partent également du principe que le nombre de personnes âgées vivant seules et souhaitant rester à domicile le plus longtemps possible continuera d'augmenter. Aussi, les besoins devraient augmenter plus fortement dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire. En outre, plusieurs professionnels estiment que la nouvelle génération de personnes âgées sera plus exigeante en termes de qualité, car elle a vécu dans une société de services, alors que les générations précédentes étaient plutôt retenues à cet égard.

Au **niveau individuel**, les processus de vieillissement et de fragilisation dépendent de multiples facteurs personnels (origine, niveau d'éducation, sexe, conditions matérielles, situation relationnelle, insertion sociale). Tant le besoin de soutien que le recours à l'aide et à la prise en charge sont en outre influencés par des facteurs contextuels tels que le logement et les conditions structurelles : notamment la couverture des besoins vitaux des personnes âgées, mais aussi l'accès aux prestations de soutien requises, ainsi que leur organisation et leur financement. Il existe de nombreux instruments et concepts permettant de déterminer les besoins individuels en matière de soutien, de prise en charge et de soins. Ils se distinguent par leur orientation (déficits/ressources), leur éventail thématique (par ex. prise en compte de facteurs psychosociaux et socio-économiques), leur contexte d'utilisation (évaluation des besoins par les services d'aide et soins à domicile ou les établissements médico-sociaux ; vérification du droit à certaines prestations telles que l'allocation pour impotent, les bonifications pour tâches d'assistance ; bilan de la situation dans le cadre d'entretiens de conseil, etc.) et leur lien concret avec les trois formes de soutien aux personnes âgées (aide, prise en charge, soins).

Dans un modèle, l'étude décrit de manière simplifiée et modélisée selon quelles phases le besoin d'assistance peut évoluer pour chaque individu au fil du processus de vieillissement et de fragilisation. Les besoins en matière de prise en charge sont variables et ont tendance à augmenter : en effet, le modèle part d'une situation où une personne vieillissante commence à présenter de légères limitations fonctionnelles en termes de motricité, mais n'a pas encore besoin d'avoir recours à des services de soutien ; il passe ensuite à une augmentation des besoins en raison de limitations croissantes au niveau des ADL et des IADL, puis à des situations où une prise en charge 24 heures sur 24 ou une entrée dans un établissement médico-social est nécessaire, et enfin à la phase de fin de vie. Cependant, toutes les personnes âgées n'ont pas forcément ce parcours ; de même, le besoin de prise en charge n'augmente pas continuellement dans tous les cas. Sans compter que les personnes peuvent se trouver dans des situations spécifiques qui influencent leur besoin de prise en charge. Il peut s'agir de troubles cognitifs, de maladies mentales, de handicaps moteurs, visuels, auditifs ou de la parole, mais aussi de maladies chroniques, d'addictions et de l'absence d'un environnement social, qui, combinés au processus de vieillissement typique, influencent le besoin de prise en charge.

Des défis et des besoins de prise en charge non couverts subsistent aussi bien dans le domaine stationnaire que dans le domaine ambulatoire, mais ils varient selon le contexte. Dans les EMS, donner du sens à la vie quotidienne et assurer une prise en charge axée sur les relations et les interactions (selon les possibilités offertes par le cadre opérationnel) constituent des enjeux de premier plan. Pour les personnes âgées vivant à domicile, les principaux défis sont le non-recours à la prise en charge, la mise à disposition et la coordination des services (tant au niveau individuel que structurel), ainsi que leur financement. Quel que soit le contexte, il apparaît qu'aujourd'hui déjà, les ressources en temps et en personnel pour une prise en charge optimale sont insuffisantes. Il y a lieu de supposer que le bénéfice potentiel d'une prise en charge adéquate des personnes âgées, quant à leur qualité de vie et à la prévention, n'est actuellement pas exploité.

Les raisons du non-recours aux prestations sont multiples. La charge financière pour les personnes concernées et l'accès difficile pour des raisons socioculturelles et socio-économiques (y c. les obstacles administratifs) sont l'un des aspects du phénomène. La honte, la peur de la stigmatisation et le déni du besoin de soutien jouent également un rôle déterminant. L'accessibilité financière d'une prise en charge comporte aussi un aspect subjectif : s'offre-t-on quelque chose qui, pour l'heure, ne semble peut-être pas absolument nécessaire ou y renonce-t-on parce que son coût paraît trop élevé – même si on en a les moyens ? Le fait qu'une part importante des coûts doive être supportée par les personnes âgées elles-mêmes, surtout au début du besoin de prise en charge, empêche souvent d'y recourir en amont et accélère l'arrivée d'un besoin plus important.

La mise à disposition et la coordination d'une prise en charge adaptée aux besoins et à la situation restent un défi. Étant donné que les services sont fournis par différents prestataires dans différents secteurs, il y a un besoin considérable de coordination entre les parties impliquées dans la prise en charge (et les soins de santé). Par ailleurs, l'une des difficultés réside dans le recours à des offres professionnelles, sans pour autant « écarter » les bénévoles et les proches de son entourage personnel (y compris le voisinage). Au contraire, il faut consacrer du temps à soutenir les non-professionnels et, dans certains cas, leur apporter un encadrement technique afin d'exploiter au mieux le potentiel de collaboration avec les professionnels. Compte tenu de la pénurie de personnel qualifié dans les professions de soins, le recours à d'autres prestataires, qu'il s'agisse de spécialistes des professions sociales ou de proches aidants et de bénévoles, revêt une importance croissante.

Une tâche récurrente consiste à améliorer la coordination des différentes offres aux niveaux canto-

nal et communal. Toutes les structures de coordination ne sont pas aménagées avec la même pertinence ou la même efficacité. Il en résulte une offre de prestations dont l'organisation et le développement sont très différents d'une commune à l'autre. La fragmentation du financement quant à la prise en charge des personnes âgées tombe également dans la catégorie des « problèmes de coordination ». Cet obstacle ne doit pas être sous-estimé, en particulier pour les personnes âgées vulnérables qui ne sont pas habituées à gérer les contraintes administratives.

Quel que soit le contexte, les démences restent un défi majeur car les pronostics annoncent une augmentation du nombre de cas. Il manque des offres spécialisées et le financement d'une solution pour répondre au besoin de présence très élevé (prise en charge 24 heures sur 24). Les démences sont souvent diagnostiquées tardivement, ce qui rend difficile une prise en charge adéquate, d'autant plus que la maladie est souvent méconnue et qu'il manque aussi souvent des compétences pour communiquer de manière appropriée avec les personnes concernées.

Globalement, le financement de la prise en charge des personnes âgées n'est pas suffisamment assuré. Comme la prise en charge n'est pas définie comme une tâche obligatoire par les pouvoirs publics, ces prestations sont plus exposées que d'autres au risque d'être supprimées des budgets cantonaux et communaux lorsque ces derniers se font serrés. La mise en place et le développement de structures et de solutions de financement pour la prise en charge des personnes âgées ont donc généralement un caractère de « projet » dont la pérennité n'est pas garantie.

Prise en charge intégrative des personnes âgées

Sous le terme de « prise en charge intégrative », l'étude regroupe des notions et des approches qui dans une large mesure appréhendent la prise en charge des personnes âgées comme un domaine à part entière consacré à leur santé et leur bien-être. D'une part, « intégrative » signifie que la prise en charge est systématiquement axée sur les besoins et la situation des personnes vieillissantes (et de leurs proches), en préservant autant que possible leur autonomie et leur indépendance et en faisant appel à leurs ressources et leurs compétences. D'autre part, le terme « intégrative » évoque l'aspect d'une offre globale et coordonnée de prise en charge. Enfin, l'accessibilité est également un aspect à prendre en compte, car toutes les personnes âgées devraient avoir accès à une prise en charge appropriée. La « prise en charge intégrative » revêt donc les quatre dimensions suivantes :

- centrée sur la personne
- coordonnée
- globale
- accessible

La thématique de la « prise en charge intégrative » des personnes âgées a été abordée à plusieurs reprises en Suisse ces dernières années, bien que généralement sous une désignation différente. Des travaux réalisés pour le compte de la Fondation Paul Schiller constituent une base étendue pour une compréhension intégrative de la prise en charge, définissant ainsi les standards d'une prise en charge de qualité. Le programme « Socius » de la fondation Age, qui encourage la mise en place de systèmes de soutien intégrés et coordonnés au niveau communal, se concentre sur le domaine ambulatoire et est davantage axé sur la mise en œuvre. La faïtière des établissements médico-sociaux (EMS), CURAVIVA, aborde dans différents documents un changement de perspective quant à l'habitat et aux soins, passant d'une optique institutionnelle à une approche plus axée sur l'individu. Le concept de « soins intégrés et orientés en fonction du contexte social » vise à appréhender la vieillesse davantage comme une phase de vie à part entière, à mettre davantage en

avant les besoins et les ressources des personnes âgées et à faire du contexte social la ligne directrice de la pratique axée sur l'individu. Cette approche implique également pour les EMS une collaboration accrue avec le secteur ambulatoire ainsi que les communes et quartiers environnants. Dans un document de référence de 2016, les services publics d'aide et soins à domicile définissent les tâches d'aides ménagères et d'encadrement social (non financées par la LAMal) dans le sens d'approches intégratives. Il y est également indiqué que le financement dans ce domaine de prestations est insuffisant et devrait être davantage supporté par les pouvoirs publics. Différents aspects d'une prise en charge intégrative sont également abordés dans les entretiens avec les organisations d'aide aux personnes âgées Pro Senectute, la CRS et Alzheimer Suisse. Une approche axée sur l'individu et une coordination des offres sur le terrain sont considérées comme des thèmes essentiels de la prise en charge des seniors et constituent un objectif dans la pratique. Toutefois, aucun concept concret et global n'a encore été élaboré, seuls quelques modèles pratiques ont été développés et introduits ponctuellement.

En conclusion, des efforts ont été entrepris de divers côtés en vue d'une prise en charge intégrative des personnes âgées. Parallèlement, il convient de noter qu'aucune des approches présentées n'englobe les quatre dimensions de la prise en charge intégrative.

Eu égard des défis qui se posent en matière de prise en charge des personnes âgées, les modèles intégratifs recèlent un potentiel de contribution utile en vue d'une solution pérenne. Les aspects suivants ont pu être dégagés dans le cadre de cette étude :

- Il y a lieu de s'attendre à ce qu'une meilleure coordination des offres et l'implication des bénévoles et des proches améliorent la prise en charge en termes d'efficacité et permettent ainsi de mieux utiliser les ressources disponibles.
- Les approches intégratives sont dans l'ensemble à bas seuil, augmentent ainsi le recours à un soutien en temps utile et peuvent éventuellement faciliter l'accès pour les personnes qui jusqu'alors ne pouvaient que difficilement bénéficier de ces prestations. Ces deux effets sont potentiellement renforcés si les régimes de prise en charge pour les premières phases du besoin de prise en charge se basent sur des modèles de travail social communautaire ou de communautés de soutien (*caring communities*).
- Axée systématiquement sur les besoins de la personne âgée et non sur le fonctionnement des organisations et institutions concernées, la prise en charge intégrative contribue au maintien de l'autonomie et de l'indépendance des seniors.
- Les approches intégratives peuvent contribuer à rendre plus perméables les frontières du système entre le domaine ambulatoire et le domaine stationnaire. Les approches intégratives dans le domaine ambulatoire recèlent le potentiel de favoriser une adaptation continue et en temps utile du dispositif de prise en charge, de déployer ainsi des effets préventifs et de retarder les admissions en EMS, réduisant ainsi les coûts élevés qui en résultent.

Potentiel d'amélioration et mesures recommandées

Sur la base des conclusions de l'étude, nous recommandons les mesures suivantes aux pouvoirs publics à tous les niveaux fédéraux et aux prestataires ou organisations d'aide à la vieillesse.

- **Recommandation 1** : La Confédération (c'est-à-dire l'OFAS) prend l'initiative de faire progresser la prise en charge des personnes âgées et d'élaborer – en collaboration avec les cantons – une stratégie commune. Dans le cadre de la stratégie, il convient de créer ou de développer des bases

juridiques comparables dans toute la Suisse pour la prise en charge des personnes âgées et de définir, simplifier et harmoniser au possible les modes de financement à l'échelle de la Suisse.

■ **Recommandation 2** : Les cantons et les communes développent, systématiquement et dans les meilleurs délais, le champ d'action politique de la prise en charge des personnes âgées, pour en faire une tâche commune du canton et des communes.

■ **Recommandation 3** : La Confédération, les cantons et les prestataires/organisations d'aide à la vieillesse continuent – en se basant sur l'expérience – à développer des approches de prise en charge intégrative et axée sur l'individu et les mettent davantage en pratique, tant dans le domaine ambulatoire que stationnaire. La Confédération et les cantons examinent dans quelle mesure ils peuvent lancer un programme de recherche appliquée et de développement orienté sur la pratique, qui déboucherait notamment sur des méthodes et une reconnaissance des normes pour évaluer l'impact des offres de prestations et de leurs structures.

■ **Recommandation 4** : L'introduction de modèles intégratifs et axés sur l'individu nécessite une évolution culturelle dans le domaine des seniors. Il y a lieu de faire évoluer la logique des institutions et organisations individuelles vers une offre coordonnée et de considérer la prise en charge comme l'élément d'une politique globale de la vieillesse qui ne réduise pas l'image de la population âgée à son besoin de soutien, mais qui mette également l'accent sur ses ressources et assure sa participation. Sur leur territoire, les cantons développent – en collaboration avec les communes et les fournisseurs de prestations cantonaux – des mesures en vue de cette évolution (par ex. charte de collaboration, campagne de sensibilisation, lignes directrices communes de force obligatoire avec plan de mesures).

■ **Recommandation 5** : En collaboration avec les communes, les prestataires de services renforcent les approches orientées en fonction du contexte social, à bas seuil et de proximité – telles que le travail social communautaire ou les communautés de soutien (*caring communities*) – et s'efforcent d'atteindre plus tôt et plus largement les personnes âgées, en particulier les plus vulnérables.

Riassunto

Situazione iniziale e procedura dello studio

Alle persone anziane deve essere data la possibilità di condurre, oggi e in futuro, una vita il più possibile autodeterminata in un contesto di propria scelta. L'assistenza può contribuire a rendere tutto ciò possibile. Garantire loro un'assistenza adeguata ai bisogni, a prescindere dal fatto che vivano a casa, in forme di abitazione assistita o in un istituto, rappresenta una sfida sociale. In questo contesto è importante sviluppare una definizione comune della nozione di assistenza, valutare i diversi tipi di bisogno assistenziale e mettere a fuoco approcci all'assistenza che consentano di coordinare le prestazioni fornite da diversi gruppi di attori, come le persone private, lo Stato e i professionisti del settore. Da parte del settore pubblico vi è l'interesse, anche per questioni di costi, di ridurre al minimo la permanenza negli istituti di cura, fornendo prestazioni di assistenza adeguate ai bisogni a domicilio e in forme di abitazione assistita. La promozione dell'assistenza integrativa – un approccio incentrato sulle persone anziane e sui loro bisogni assistenziali che esige il coordinamento dei diversi attori e servizi – e la prevenzione della violenza sugli anziani fanno parte degli obiettivi della strategia dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) per il periodo 2021–2025. Il presente studio intende contribuire all'attuazione di questa strategia.

Dapprima stila un **bilancio** della situazione attuale nell'ambito dell'assistenza per le persone anziane in Svizzera, illustrando tra l'altro il ruolo della Confederazione e quello dei Cantoni, cui la Costituzione federale attribuisce la competenza prioritaria in materia di assistenza alla vecchiaia. In una seconda fase è presentata una panoramica dei vari aspetti del **bisogno assistenziale**. Sono descritti i principali sistemi di accertamento del bisogno degli individui e approcci per la pianificazione in funzione del bisogno a livello sociale (cantonale e nazionale) e viene abbozzato un modello con vari esempi di bisogno di assistenza in base a diversi gradi e tipi di limitazioni. In seguito viene analizzato in che misura il bisogno di assistenza durante la vecchiaia può essere attualmente soddisfatto e quali sono in questo ambito le sfide da affrontare. In una fase successiva vengono esaminati **approcci per l'assistenza integrativa** e, sulla base di esempi pratici concreti, è esposto il loro possibile contributo nel garantire un'assistenza adeguata alle persone anziane. Nella parte finale lo studio formula **conclusioni e raccomandazioni** rivolte agli enti pubblici e alle organizzazioni attivi nel campo in questione. Questi dati sono completati da un **workshop di validazione** dal quale emerge come vengono valutati i principali risultati dello studio secondo gli specialisti cantonali e le organizzazioni attive nel settore dell'assistenza per le persone anziane.

Sul piano metodologico, la ricerca è impostata come **studio di sintesi**. Negli ultimi anni, il tema dell'assistenza per le persone anziane è stato trattato con attenzione sempre maggiore dalle fondazioni, dalla ricerca applicata, dal settore pubblico, dalle organizzazioni di assistenza agli anziani e dai fornitori di prestazioni, dando vita a un gran numero di rapporti e documenti pratici. Una selezione della letteratura e dei documenti pratici più importanti è stata analizzata come base per questo rapporto. L'ampio ventaglio di conoscenze ricavate dall'esperienza e dalla prassi degli operatori del settore è stato rilevato grazie a 24 interviste con esperti di organizzazioni di assistenza agli anziani, organizzazioni assistenziali e organizzazioni di cura attive a livello nazionale nonché rappresentanti di Cantoni e Città così come di due workshop di ampio respiro.

Assistenza per le persone anziane: quadro concettuale

Basandosi sui lavori svolti dalla Fondazione Paul Schiller sul tema della buona assistenza per le persone anziane (*Guten Betreuung im Alter*), a livello concettuale lo studio distingue tre forme di sostegno: aiuto, assistenza e cura.

■ L'aiuto si contraddistingue per il carattere di servizio, vale a dire che per le persone interessate vengono fornite prestazioni in natura o svolte determinate mansioni, tra cui aiuti pratici (p. es. servizi per i pasti o di trasporto, aiuto per le pulizie), ma anche corsi o manifestazioni nonché mezzi ausiliari o misure architettoniche per sostenere un'organizzazione il più possibile autodeterminata della vita quotidiana.

■ L'assistenza si concentra sui rapporti personali e sugli aspetti sociali del sostegno, principalmente con l'obiettivo di consentire l'autodeterminazione e la partecipazione sociale nonostante eventuali limitazioni. A differenza dell'aiuto, l'assistenza si basa sull'«aiuto all'autoaiuto» e spesso sul fare le cose insieme (p. es. sbrigare le faccende domestiche, discutere insieme per stabilire quale prestazione di aiuto costituirebbe un'adeguata soluzione di sgravio ecc.).

■ La cura rientra nell'ambito dell'assistenza sanitaria e si muove tra i poli della salute e della malattia. Nell'idea professionale del personale di cura, l'assistenza è parte integrante delle attività infermieristiche e vi sono anche sovrapposizioni con le attività di promozione della salute e di prevenzione.

Il presente studio non considera soltanto l'assistenza come forma di sostegno basata sulle relazioni personali, ma parte da una concezione più ampia del termine di «assistenza per le persone anziane», che include sia l'aiuto che l'assistenza in senso stretto, ma non il settore delle cure.

Analisi della situazione

Un'analisi della situazione mostra che l'assistenza alle persone anziane è un tema importante discusso a tutti i livelli del sistema federale e anche tra i fornitori delle relative prestazioni, per il quale negli ultimi anni si sono cercate e sperimentate soluzioni alla luce dei compiti da svolgere. Per quanto riguarda i compiti nel settore dell'assistenza durante la vecchiaia, esiste un complesso sistema di competenze ripartite tra gli enti pubblici federali, cantonali e comunali, le istituzioni attive nel settore dell'aiuto alla vecchiaia, i fornitori di prestazioni di assistenza del settore privato nonché i familiari curanti e i volontari. Il sistema richiede un grande lavoro di orientamento e coordinamento, malgrado non esista una definizione materialmente uniforme e universalmente riconosciuta di assistenza. Anche il dibattito sulla natura di un legittimo diritto degli anziani all'assistenza fornita e finanziata dalla società non è progredito abbastanza da permettere ai diretti interessati e agli attori coinvolti di muoversi di conseguenza.

A **livello federale**, il quadro giuridico che attribuisce ai Cantoni la competenza in materia di aiuto agli anziani (art. 112c cpv. 1 Cost.) non lascia attualmente molte possibilità d'intervenire a livello materiale. La Confederazione ha un certo margine di influenza nell'ambito del finanziamento attraverso i sistemi di sicurezza sociale. Il finanziamento dell'assistenza per le persone anziane avviene tutt'oggi attraverso il sistema delle prestazioni complementari e quello degli assegni per grandi invalidi seppure solo in forma marginale. Inoltre, attraverso gli aiuti finanziari accordati a istituzioni attive a livello nazionale nel settore dell'assistenza alle persone anziane (art. 101^{bis} LAVS) vengono in parte cofinanziate prestazioni a favore degli anziani.

I **Cantoni**, principali responsabili dell'assistenza e delle cure per la vecchiaia, non definiscono l'assistenza per le persone anziane come un ambito politico o di cura a sé stante. Generalmente l'assistenza è infatti regolata nell'ambito delle disposizioni sull'assistenza ospedaliera e ambulatoriale a lungo termine. Le norme e le strategie concernenti l'assistenza per le persone anziane sono esplicitamente o implicitamente collegate alle politiche cantonali della vecchiaia. Le politiche cantonali della vecchiaia hanno portata diversa, ma solo in pochi casi sono impostate in modo ampio e completo. Solo in alcuni casi le basi giuridiche sono inserite in una legge cantonale generale, mentre più sovente sono ripartite in singole leggi. Tutt'al più si può parlare di una politica globale della vecchiaia nei casi in cui le strategie e i rapporti sul tema definiscono obiettivi e strategie di assistenza concreti. Nel complesso, tuttavia, le politiche cantonali della vecchiaia non sono concepite in modo tale da fornire un quadro per l'assistenza per le persone anziane in grado di promuoverne in modo mirato l'organizzazione e la fornitura di prestazioni. Nei Cantoni, l'assistenza per le persone anziane si basa principalmente sulle case per anziani e sulle case di cura di utilità pubblica, per quanto riguarda il settore stazionario e quello delle forme di alloggio con assistenza, e sui servizi Spitex pubblici e privati, nel settore ambulatoriale. In sostanza, Questi operatori forniscono prestazioni di assistenza per raggiungere gli obiettivi di cura. Di conseguenza, queste prestazioni di assistenza sono definite in modo molto restrittivo. Le prestazioni di assistenza aggiuntive vengono fornite in misura diversa e devono essere pagate in gran parte dalle persone interessate. L'assistenza senza cure infermieristiche è fornita principalmente da istituzioni attive nel settore dell'aiuto alla vecchiaia, che offrono servizi alle persone che vivono a casa. I Cantoni (e i Comuni) gestiscono la maggior parte delle offerte di servizi attraverso la conclusione di contratti di prestazioni che contengono anche un certo numero di disposizioni sulla garanzia della qualità e, in alcuni casi, tariffe massime fatturabili per le prestazioni fornite. In alcune Città esistono sistemi di buoni che, tra le altre cose, mirano ad aumentare la libertà di scelta delle persone anziane. Nel complesso, l'organizzazione dell'assistenza per le persone anziane varia molto da un Cantone all'altro. Molti Cantoni non hanno ancora sviluppato una politica e un settore assistenziale adeguati. Sebbene esistano linee direttive e strategie per il settore della vecchiaia, manca spesso una base legale che garantisca a lungo termine il finanziamento di una politica della vecchiaia e quindi anche dell'assistenza.

Le **organizzazioni che forniscono cure di lunga durata e assistenza agli anziani** sono gestite in modo decentralizzato, in linea con il sistema federale degli enti pubblici. Esse contribuiscono in modo significativo nell'ambito dell'assistenza alla popolazione anziana. Salvo per il settore degli aiuti finanziari della Confederazione (art. 101^{bis} LAVS) non esiste una panoramica completa a livello nazionale delle prestazioni non direttamente collegate alle cure di lunga durata (case per anziani, case di cura, Spitex). Per il momento, nessuna delle organizzazioni dispone di un approccio integrale o di una definizione esplicita dell'assistenza per le persone anziane, il che è presumibilmente dovuto anche al fatto che ognuna di esse si occupa soltanto di singoli ambiti dell'assistenza (ambulatoriale, stazionaria, con cure, senza cure, esclusivamente casi di demenza). Per quanto riguarda la fornitura di prestazioni a livello locale, le organizzazioni sono combattute tra concorrenza e cooperazione. Gli effetti di questa situazione sono controversi: se da un lato possono portare all'esistenza di doppioni nell'offerta di servizi, dall'altro consentono di incentivare lo sviluppo di soluzioni innovative e garantire una certa libertà di scelta alle persone anziane che hanno bisogno di determinate prestazioni.

Bisogno di assistenza e copertura del bisogno

A **livello sociale** si osserva un aumento del bisogno di assistenza. Secondo gli attuali scenari demografici, entro il 2040 la percentuale di persone di età superiore ai 65 anni passerà da poco meno di un quinto (18,7 %) a un quarto della popolazione (24,4 %; Pellegrini et al., 2022). L'invecchiamento della popolazione non è una novità, tuttavia tra il 2020 e il 2040 gli anziani aumenteranno in media più che nell'ultimo decennio. Anche se le persone rimangono in salute più a lungo, si prevede che il bisogno di cure di lunga durata e di assistenza per le persone anziane aumenterà in modo significativo.

Le previsioni indicano che la crescita sarà particolarmente marcata nelle fasce di età più avanzate. In seguito all'invecchiamento della generazione dei babyboomer, la popolazione anziana sarà caratterizzata sempre meno da persone appartenenti alla terza età, quella «attiva», e sempre più da persone appartenenti alla quarta età, quella «fragile».

Il passaggio dalla terza alla quarta età è spesso labile e varia da persona a persona. Fattori come lo stato di salute, il livello di istruzione e di reddito, la situazione relazionale, il sesso e il verificarsi di eventi critici della vita (p. es. la perdita di persone care) giocano tutti un ruolo. In molti casi, i rischi per la salute e le limitazioni funzionali aumentano tra gli 80 e gli 85 anni. L'età avanzata non sempre va di pari passo con la necessità di aiuto, assistenza e cure. Tuttavia, rispetto alla fascia di età compresa tra i 65 e i 79 anni, gli ultraottantenni sono molto più spesso limitati nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL) e bisognosi di assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana (ADL). Anche i tassi di prevalenza dei disturbi dell'udito e della vista e della demenza aumentano significativamente con l'avanzare dell'età. Secondo le stime attuali, quasi il 16 per cento delle persone di età compresa tra gli 80 e gli 89 anni e il 40 per cento delle persone a partire dai 90 anni sono affette da demenza.

Oltre a questi sviluppi, gli esperti delle organizzazioni, dei Cantoni e dei Comuni intervistati ritengono che ci saranno sempre più anziani che vivranno da soli e che vorranno rimanere a casa il più a lungo possibile. È probabile che il bisogno di assistenza aumenti di più nel settore ambulatoriale che in quello ospedaliero. Inoltre, diversi esperti ritengono che la nuova generazione di anziani avrà aspettative di qualità più elevate, poiché ha vissuto in una società di servizi, mentre le generazioni precedenti erano più riservate al riguardo.

A **livello individuale** i processi di invecchiamento e di fragilizzazione dipendono da una serie di fattori personali (origine, livello di istruzione, sesso, condizioni materiali, situazione relazionale, integrazione sociale). Il bisogno di sostegno e il ricorso all'aiuto e all'assistenza sono inoltre influenzati da fattori contestuali, come la situazione abitativa e le condizioni quadro strutturali (tra cui la regolamentazione della copertura del fabbisogno vitale nella vecchiaia e la disponibilità, l'organizzazione e il finanziamento delle prestazioni di sostegno necessarie). Per determinare i bisogni individuali di sostegno, assistenza e cura esistono numerosi strumenti e piani. Questi si differenziano per l'orientamento al deficit o alle risorse, per la gamma tematica (p. es. inclusione di fattori psicosociali o socioeconomici), per il contesto in cui vengono utilizzati (accertamenti da parte dello Spitex o delle case di cura; verifica del diritto a determinate prestazioni come l'assegno per grandi invalidi, gli accrediti per compiti assistenziali; valutazione della situazione nell'ambito di colloqui di consulenza ecc.) e per il concreto rapporto con le tre forme di sostegno durante la vecchiaia (aiuto, assistenza, cura).

In un modello a fasi, lo studio descrive in modo semplificato ed esemplificativo il modo in cui il bisogno di assistenza può evolversi a livello individuale durante il processo di invecchiamento e fragilizzazione. Partendo da una situazione in cui una persona anziana inizia a presentare lievi limitazioni

delle funzioni motorie, ma non ha ancora bisogno di ricorrere a prestazioni di assistenza, per poi passare alla fase in cui il bisogno di assistenza aumenta in seguito alle crescenti limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana e nelle attività fondamentali della vita quotidiana, fino al momento in cui è necessario ricorrere a un'assistenza 24 ore su 24 o al ricovero in una casa di cura, per arrivare infine alla fase di morte, il bisogno di assistenza varia e tende ad aumentare. Non è però detto che tutti gli anziani attraversino le fasi descritte e nemmeno che il bisogno di assistenza aumenti costantemente in tutti i casi. Inoltre, le persone possono trovarsi in situazioni specifiche che ne influenzano il bisogno di assistenza. Tra queste vi sono limitazioni cognitive, malattie mentali, disabilità fisiche, disturbi del linguaggio, della vista o dell'udito, malattie croniche, dipendenze e assenza di un ambiente sociale che, in combinazione con l'invecchiamento, determinano bisogni diversi di assistenza.

Le sfide e la mancata copertura del bisogno di assistenza esistono sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale, ma differiscono a seconda del contesto. Nelle case di cura, bisogna principalmente dare un senso alla vita quotidiana e garantire un'assistenza basata sulle relazioni e sulle interazioni (in funzione delle condizioni quadro operative esistenti). Per gli anziani che vivono a casa, le sfide principali sono il mancato ricorso alle prestazioni di assistenza, il bisogno di coordinamento e mediazione da parte dei servizi di assistenza (sia a livello individuale che strutturale) e il finanziamento dell'assistenza. In entrambi i contesti, si constata che già adesso manca il tempo necessario per garantire un'assistenza ottimale. Si può presumere che attualmente il potenziale positivo di un'assistenza adeguata per le persone anziane in relazione alla qualità di vita e alla prevenzione non sia sfruttato.

Il mancato ricorso ai servizi offerti è dovuto a diverse ragioni. La sostenibilità finanziaria per gli interessati e i problemi di accesso per motivi socioculturali e socioeconomici – tra cui gli ostacoli amministrativi – costituiscono un aspetto del fenomeno. Su un altro fronte giocano un ruolo significativo anche la vergogna, la paura di essere stigmatizzati e la negazione del bisogno di assistenza. Per quanto concerne la finanziabilità dei servizi di assistenza è fondamentale anche il giudizio soggettivo: ci si permette qualcosa che a prima vista può non sembrare assolutamente necessario oppure si lascia perdere perché sembra troppo costoso, anche se si hanno i soldi per farlo? Il fatto che una parte significativa dei costi dei servizi debba essere sostenuta dagli anziani stessi, soprattutto nelle prime fasi del bisogno di assistenza, spesso impedisce un ricorso tempestivo alle prestazioni di assistenza, contribuendo potenzialmente a una transizione più rapida verso una fase con bisogni più elevati.

Organizzare e coordinare prestazioni di assistenza adeguate alle esigenze e alla situazione rimane una sfida. Poiché i servizi sono prestati da diversi fornitori e settori specialistici, vi è un forte bisogno di coordinamento tra le parti coinvolte nell'assistenza (anche sanitaria). Un'altra sfida è quella di garantire che le i servizi professionali offerti possano essere sfruttati senza però «prevaricare» sulle prestazioni fornite da volontari e familiari della cerchia personale (inclusi i vicini di casa). Per sostenere le persone che prestano assistenza al di fuori di un quadro professionale occorre invece tempo e, in alcuni casi, un orientamento professionale per sfruttare al meglio il potenziale insito nell'interazione tra professionisti e non professionisti. Alla luce della carenza di manodopera qualificata nelle professioni sanitarie, diventa sempre più importante coinvolgere altre figure di assistenza, che si tratti di operatori del settore sociale o di familiari e volontari curanti.

Migliorare il coordinamento delle varie offerte di servizi a livello cantonale e comunale resta un compito costante. Le strutture di coordinamento non sono tutte organizzate in modo altrettanto appropriato ed efficace. Ne risulta un'offerta di servizi impostata e sviluppata in modo molto diverso da un

Comune all'altro. Un altro «problema di coordinamento» è posto dalla frammentazione del finanziamento nell'ambito dell'assistenza agli anziani. Questo ostacolo non va sottovalutato, in particolare per gli anziani vulnerabili non abituati a occuparsi di problemi amministrativi.

Indipendentemente dal contesto, le forme di demenza continuano a costituire una sfida importante visto l'aumento dei casi atteso. Manca un'offerta di servizi specializzati e una soluzione finanziariamente sostenibile a fronte di un bisogno di presenza in forte aumento (assistenza 24 ore su 24). La demenza viene spesso riconosciuta troppo tardi, il che rende più difficile fornire una risposta adeguata, senza dimenticare la mancanza di conoscenze sulla malattia stessa, ma spesso anche delle competenze per comunicare in modo appropriato con le persone colpite.

Nel complesso, il finanziamento dell'assistenza per le persone anziane non è sufficientemente garantito. Poiché l'assistenza non è definita come un compito obbligatorio da parte del settore pubblico, le relative prestazioni sono più esposte di altre al rischio di essere soppresse dai bilanci cantonali e comunali in caso di ristrettezze economiche. La creazione o lo sviluppo di strutture e soluzioni di finanziamento per l'assistenza nella vecchiaia ha pertanto generalmente un «carattere di progetto» e la continuità non è garantita.

Assistenza integrativa per le persone anziane

Con il termine «assistenza integrativa» lo studio sintetizza piani e approcci che considerano l'assistenza per le persone anziane essenzialmente come un settore a sé stante delle cure per gli anziani. Da un lato, il termine «integrativo» indica che le modalità di assistenza sono coerentemente orientate ai bisogni e alla situazione dell'anziano (e dei suoi familiari), preservando il più possibile l'indipendenza e l'autodeterminazione di quest'ultimo e facendo leva sulle sue risorse e competenze. Dall'altro il concetto si riferisce all'importanza di un'offerta di assistenza completa e coordinata. Infine, vi è anche l'aspetto dell'accessibilità, vale a dire che tutti le persone anziane dovrebbero poter accedere a un'assistenza adeguata. L'«assistenza integrativa» presenta quindi le quattro dimensioni seguenti:

- incentrata sulle persone
- coordinata
- integrale
- accessibile

Negli ultimi anni, il campo tematico dell'«assistenza integrativa» per le persone anziane è stato trattato in vari modi in Svizzera, anche se nella maggior parte dei casi non secondo la definizione intesa in questo documento. Studi eseguiti su incarico della Fondazione Paul Schiller definiscono come «buona assistenza» dal punto di vista normativo, un'ampia base per un'interpretazione integrativa del concetto di assistenza. Il programma «Socius» della Fondazione Age, che promuove lo sviluppo di sistemi di aiuto integrati e coordinati a livello comunale, si concentra sul settore ambulatoriale ed è maggiormente orientato all'attuazione. In diversi documenti, CURAVIVA, l'associazione di categoria delle case per anziani e le case di cura, affronta il tema «alloggio e cure» con un cambiamento di prospettiva, passando da una visione istituzionale a un approccio maggiormente incentrato sulle persone. Secondo il principio «assistenza integrata e orientata allo spazio sociale», la vecchiaia deve essere maggiormente considerata come una fase a sé stante della vita, l'attenzione deve essere sempre più incentrata sui bisogni e sulle risorse degli anziani e nella prassi focalizzata sulla persona deve essere orientata allo spazio sociale. Questo significa anche che le case per anziani e le case di cura devono diventare più permeabili al settore ambulatoriale nonché ai Comuni e ai quartieri circostanti. Nel caso delle organizzazioni pubbliche Spitex, il settore non finanziato dalla

LAMal, ossia le «prestazioni di aiuto e cura a domicilio», è concepito in un documento programmatico del 2016 in termini di approcci integrativi. Il documento sottolinea anche che il finanziamento di questo ambito di prestazioni è insufficiente e che dovrebbe essere maggiormente sostenuto dal settore pubblico. Anche nelle interviste alle istituzioni attive nel settore dell'aiuto alla vecchiaia Pro Senectute, Croce Rossa Svizzera e Alzheimer Svizzera sono stati discussi vari aspetti dell'assistenza integrativa. Un approccio incentrato sulle persone e il coordinamento delle offerte di servizi sul posto sono considerati temi fondamentali dell'assistenza alla popolazione anziana e sono auspicati nella prassi. Tuttavia, non sono ancora stati sviluppati piani concreti e globali. Sono invece stati sviluppati e introdotti in modo mirato modelli pratici.

In conclusione, si può affermare che da più parti sono stati compiuti sforzi verso un'assistenza integrativa per le persone anziane. Allo stesso tempo, va notato che nessuno degli approcci presentati include tutte e quattro le dimensioni summenzionate.

Alla luce delle sfide che dovranno essere affrontate, i modelli di assistenza integrativa possono fornire un valido contributo al raggiungimento di un'assistenza per le persone anziane che sia sostenibile. Il presente studio ha permesso di individuare i seguenti aspetti:

- Si ritiene che un migliore coordinamento dei servizi offerti e il coinvolgimento di volontari e familiari permetteranno di migliorare l'efficienza dell'offerta di assistenza e quindi di sfruttare meglio le risorse esistenti.
- Gli approcci integrativi sono generalmente più a bassa soglia, favorendo così il ricorso tempestivo al sostegno e facilitando probabilmente anche l'accessibilità per gli anziani finora difficilmente raggiungibili. Entrambi gli effetti sono potenzialmente rafforzati se nelle prime fasi del bisogno di assistenza i sistemi di cura si orientano verso modelli di lavoro comunitario o di caring community.
- Puntando costantemente sui bisogni e sulle esigenze delle persone anziane (e non sulla logica delle organizzazioni e delle istituzioni coinvolte), l'assistenza integrativa contribuisce a mantenere la loro indipendenza e autodeterminazione.
- Gli approcci integrativi possono contribuire a rendere più permeabili i confini tra assistenza ambulatoriale e ospedaliera. Gli approcci integrativi nel settore ambulatoriale possono favorire un adeguamento costante e tempestivo delle forme di assistenza, con effetti preventivi e la conseguente riduzione dei ricoveri prematuri nelle case per anziani e nelle case di cura nonché degli elevati costi che ne derivano.

Potenziale di miglioramento e raccomandazioni pratiche

Sulla base dei risultati dello studio, abbiamo formulato le seguenti raccomandazioni pratiche destinate a tutti i livelli istituzionali del settore pubblico, ai fornitori di prestazioni e alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane.

- **Raccomandazione 1:** la Confederazione e l'UFAS devono prendere l'iniziativa per l'ulteriore sviluppo dell'assistenza per le persone anziane e sviluppare una strategia comune di concerto con i Cantoni. Nel quadro di tale strategia occorre creare o sviluppare ulteriormente in tutta la Svizzera basi giuridiche analoghe nell'ambito dell'assistenza per le persone anziane e chiarire, semplificare e armonizzare quanto possibile le modalità di finanziamento a livello nazionale.
- **Raccomandazione 2:** i Cantoni e i Comuni devono sviluppare in modo coerente e il prima possibile il campo d'azione politico «Assistenza per le persone anziane» come compito congiunto.

■ **Raccomandazione 3:** la Confederazione, i Cantoni, i fornitori di prestazioni e le organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane dovrebbero sviluppare maggiormente e sulla base delle esperienze gli approcci per un'assistenza integrativa e incentrata sulla persona e attuarli più attivamente, sia nel settore ambulatoriale che in quello ospedaliero. La Confederazione e i Cantoni dovrebbero valutare la possibilità di avviare un programma di ricerca e sviluppo applicato e orientato alla prassi, che consenta altresì di elaborare metodi e standard riconosciuti per la verifica degli effetti dell'offerta di servizi e della sua struttura.

■ **Raccomandazione 4:** l'introduzione di modelli integrativi e incentrati sulla persona richiede un cambiamento culturale nell'ambito della vecchiaia. La logica delle singole istituzioni e organizzazioni dovrebbe essere sviluppata in un'offerta coordinata e l'assistenza dovrebbe essere intesa come parte integrante di una politica della vecchiaia globale che non si limiti a definire la popolazione anziana in funzione del loro bisogno di assistenza, ma ne metta in valore anche le risorse coinvolgendola in modo partecipativo. I Cantoni, i Comuni e i fornitori di prestazioni dovrebbero sviluppare misure congiunte a livello cantonale su come realizzare questo cambio di mentalità (p. es. una carta di collaborazione, una campagna di sensibilizzazione, una guida comune vincolante con un piano di azione).

■ **Raccomandazione 5:** i fornitori di prestazioni – insieme ai Comuni – dovrebbero attuare maggiormente approcci a bassa soglia o di prossimità orientati agli spazi sociali (p. es. approcci nell'ambito del lavoro comunitario delle caring community) e cercare di raggiungere la popolazione anziana – in particolare gli anziani più vulnerabili – in modo più rapido e completo.

Summary

Background and process

Older adults should be able to live as independently as possible in an environment of their own choosing, now and in the future. Receiving the right care services can facilitate this. However, ensuring that older adults get the care they need, whether they live in their own home, in a nursing home or in an assisted living facility, is far from straightforward but society must meet this challenge. It is imperative that we develop a shared understanding of care, address care needs in all their forms, and highlight approaches that coordinate the multiple actors – private individuals, the public sector and other professional organisations and structures – who deliver elder care. It is also in the financial interests of the public sector to provide needs-based care services to older adults living at home and in assisted living facilities as this helps to prevent prolonged stays in nursing facilities. Integrated care – an approach that focuses on the older adult and their care needs and requires the coordination of multiple actors and services – and elder abuse prevention are among the goals of the 2021–2025 strategy of the Federal Social Insurance Office (FSIO). The present study seeks to support the implementation of this strategy.

The study first **reviews** the current state of elder care in Switzerland. It examines the role of the Confederation and the cantons. Under the Federal Constitution, the latter are primarily responsible for elder care. Second, the study provides an overview of the different aspects of **care needs**. It presents the main systems that assess individuals' care needs and outlines demand planning approaches at the societal (cantonal and federal) level. The study then sketches a model that maps patterns of care needs according to intensity and type of limitation. This is followed by an analysis of how well current elder care needs are met and the associated challenges. Third, the study looks at **integrated care approaches** and uses concrete practical examples to demonstrate how they can help ensure that older adults receive care that meets their needs. Finally, the authors set out their **conclusions** and formulate a series of **recommendations** for the public authorities and elder care providers. They also present the results of a **validation workshop** during which professionals from the cantonal authorities and elder care organisations evaluated the main findings of the study.

Methodologically, the study is designed as a **research synthesis**. In recent years, foundations, the applied research community, the public sector, senior organisations, and elder care providers have increasingly focused on the issue of elder care and have produced multiple reports documentation for practitioners. The authors reviewed a selection of the most pertinent literature and documentation for practitioners. The findings of this analysis form the basis of the present report. The authors also held two broad-based workshops and 24 interviews with experts from national care, nursing, and older persons' organisations, as well as cantonal and city representatives to acquire insights into the wide-ranging experience and practical knowledge of the different actors working in this field.

Elder care: conceptual framework

Drawing on the work of the Paul Schiller Foundation on 'Guten Betreuung im Alter' (decent care for older people), the study divides **elder support into three categories – assistance, care and nursing** – and draws a conceptual distinction between them.

■ **Assistance** generally takes the form of a service, i.e. benefits in kind are provided to the person or tasks are performed on their behalf. This includes practical help (e.g. meal or transport services,

cleaning), courses or events as well as aids and structural measures to help the person organise and live their lives as independently as possible.

■ **Care** centres on the relational and social dimensions of support. Its primary purpose is to safeguard the self-determination and participation of an individual living with an impairment. In contrast to assistance, care is designed to 'help people to help themselves' and often actively involves the recipient in the given task or process (e.g. doing household chores together, discussing the type of support that would provide meaningful relief, etc.).

■ **Nursing** is a form of health care provision which not only treats illness but also plays a proactive role in health promotion and prevention. The nursing profession considers 'care' as an integral part of its work.

The present study considers care as a relationship-guided form of support while also applying a **broader understanding** of 'elder care' that encompasses assistance and care in the narrower sense but excludes nursing.

Current situation

The review of the current situation in Switzerland shows that elder care is an issue which is high on the agenda of all levels of the federal system and among service providers; a variety of solutions have been sought and tested in recent years. The elder care ecosystem in Switzerland is complex, with care responsibilities shared among multiple actors: communal, cantonal and federal authorities; elder care organisations; private-sector providers; and family and volunteer caregivers. The ecosystem has high informational and coordination requirements, yet a uniform, universally recognised substantive definition of care is still lacking. Similarly, the debate on what could be a legitimate claim of the older population to socially provided and financed care is not sufficiently advanced to serve as a point of reference for the relevant parties and actors.

At the **federal level**, the legal framework which assigns responsibility for elder care to the cantons (Art. 112c, para 1 Cst) offers limited possibilities to shape and guide this policy area. However, the Confederation can bring a certain influence to bear with regard to the funding of elder care via the social insurance schemes. This notwithstanding, the financing of elder care through the existing supplementary benefits and helplessness allowance schemes has been marginal to date. Furthermore, the Confederation contributes to the co-funding of elder care through its subsidies for national providers of these services (Art. 101^{bis} OASIA).

The **cantons**, which are primarily responsible for elder support and nursing care, do not define elder care as a standalone policy area or as a separate service category. Elder care is co-governed by cantonal regulations on long-term inpatient and outpatient care. While some cantons explicitly include elder care regulations and strategies in their ageing policy, others do so implicitly. Cantonal policies also vary in terms of their level of detail; however, few are extensive and comprehensive. Only a handful of cantons have an overarching law in place that sets down the legal foundations for elder care. At best, cantonal policies on ageing can be categorised as overarching insofar as there are ageing strategies and reports in place that contain concrete supply-side objectives and strategies on elder care. On the whole, the current design of cantonal policies on ageing is such that they do not provide an adequate framework for the targeted development and provision of elder care. The primary providers of elder care in patient and assisted living settings are non-profit nursing homes (in-patient setting), while public and private Spitex (association for assistance and care at home) services deliver the bulk of elder care in outpatient settings. The main purpose of care service provision here is to meet nursing objectives. Accordingly, these types of care services are very

narrowly defined. The availability of services that go beyond these forms of care varies; in most cases the recipients have to cover the resulting costs themselves. The primary provider of non-nursing care are in-home care service organisations. Most cantons (and communes) manage these services by concluding service contracts that also contain several provisions on matters such as quality assurance and, in some cases, maximum chargeable service rates. Some cities operate voucher systems. One of the aims of these systems is to offer older people a greater freedom of choice. The structure of the elder care ecosystem differs from one canton to another. In many cantons, this ecosystem as well as ageing policies have not been developed. Although guidelines and strategies on ageing exist, few cantons have the necessary legal bases in place to secure the long-term funding of their policy on ageing and by extension elder care provision.

Organisations providing long-term elder nursing care and elder care are decentralised in accordance with Switzerland's federal system of government. They make a significant contribution to the care of older persons. There is no comprehensive nationwide overview of services which are not directly linked to long-term care (nursing homes, Spitex) and do not qualify for federal subsidies (OASIA 101bis). None of the organisations has an integrated concept or an explicit definition of elder care. This may be due to the fact that they deal exclusively with specific subsets of elder care (outpatient, inpatient, with care, without care, only dementia). At the level of local service provision, these organisations both compete and cooperate. This configuration is controversial for a variety of reasons, such a duplication of services. Nonetheless, it also stimulates the development of innovative services and can afford older adults reliant on these services a certain level of freedom to choose their provider.

Demand and supply of elder care

At the **societal level**, demand for elder care is growing. According to current projections, the share of the Swiss population above the age of 65 will increase from a little under one fifth (18.7%) currently to one quarter (24.4%) by 2040 (Pellegrini et al., 2022). Demographic ageing is not a new phenomenon, but the share of the older population will increase on average more sharply between 2020 and 2040 than it has done in the past decade. Even though people are staying healthy for longer, it is very likely that the demand for long-term nursing care and elder care will rise. The projected population growth is particularly pronounced in the older age groups. The demographic ageing of the population will increasingly be shaped less by people in their third 'active' phase of life and more by the baby boomer cohorts moving into the fourth 'fragile' phase.

The transition from the third to the fourth phase is often fluid and varies from person to person. Factors like health status, education, income, relationship status, gender and the occurrence of critical life events (e.g. loss of loved ones) can also influence this process. In many cases, the risk of health and functional limitations increases between the ages of 80 and 85. Advanced old age is not always associated with the need for assistance, care or nursing. However, compared to the 65–79 age group, people aged 80 and older are significantly more likely to be affected by limitations in instrumental activities of daily living (IADL) and require assistance in the basic activities of daily living (ADL). The prevalence rates of hearing and vision impairment and dementia also increase significantly with age. Current estimates suggest that dementia affects just under 16% of people in the 80–89 age group and 40% of people aged 90 and over.

In addition to these trends, professionals from organisations, cantons and communes stated in their interviews that they expect that a growing share of older people who live alone will want to remain in their own home for as long as possible. Consequently, the demand for outpatient care is likely to

increase more than inpatient care. Also, several experts are of the opinion that the new generation of older people will have higher quality expectations because they have grown up in a service society, whereas previous generations had rather modest expectations in this respect.

At the **individual level**, ageing and frailty depend on a variety of individual factors (origin, level of education, gender, material circumstances, relationship status, social inclusion). Both the need for support and the use of assistance and care services are also influenced by contextual factors such as the person's living arrangements as well as structural framework conditions (e.g. rules on minimum income for older persons; availability, design and financing of required support services). Numerous instruments and concepts exist for determining the individual need for support, care and nursing. They differ in terms of their resource-deficit focus, the range of issues they cover (e.g. inclusion of psychosocial and socioeconomic factors), the settings in which they are used (clarifications by Spitex or nursing homes; checking eligibility for certain benefits such as helplessness allowance, care credits; assessment of the situation during one-on-one advice sessions, etc.) and their specific reference to the three forms of elder care (assistance, care and nursing).

The study presents a phase model which simply and schematically demonstrates how care needs evolve during the ageing and 'fragilisation' (increasing frailty) processes. In the first phase, the older person begins to experience minor motor function limitations but does not yet require support. Over time, they start to require support due to greater limitations in ADLs and IADLs. The subsequent phase is the need for round-the-clock care or admission to a nursing home. Finally, the person enters the terminal phase; care needs vary at this point in life but are largely more pronounced. However, not all older people go through every single one of these phases; nor does the need for care increase linearly in every case. In addition, people may find themselves in certain situations that have a bearing on their need for care. These include cognitive limitations, mental illness, physical disabilities, visual/hearing/speech impairments, chronic illness, addictions and the absence of social contacts, which, in combination with the ageing process, engender different care needs.

Challenges and unmet care needs exist in both inpatient and outpatient settings, but they differ. In nursing homes, the focus is on creating meaningful everyday life and relationship- and interaction-based care (or its implementation given the existing operational framework). In relation to older people living at home, the key challenges are non-uptake of care services, the need for care referrals and coordinated care delivery (both at an individual and structural level), and the funding of care. Across both settings, it is clear, as things currently stand, that care is not optimal because not enough time is dedicated to its provision. It would therefore be fair to assume that the potential of appropriate elder care to improve quality of life and have a stronger preventive effect remains underexploited.

There are several reasons why older persons do not avail themselves of care services. On the one hand there are affordability issues as well as sociocultural, socioeconomic or administrative hurdles that hamper their access. On the other hand, shame, fear of stigmatisation and denial of the need for support are also factors that heavily influence the uptake of elder care services. Subjective evaluation also influences the affordability of care services: do people afford something that may not seem absolutely necessary at that given moment in time, or do they forgo it because it seems too expensive, even if they have the financial resources to cover the costs? The fact that, especially in the early phases, a substantial part of the costs of the care services an older person needs must be borne by them frequently stymies early uptake and potentially accelerates their transition to the higher needs phase.

Arranging and coordinating care services that are appropriate to the needs and circumstances of

the older person remains a challenge. As different services and disciplines are involved in the delivery of these services, coordination between all care (and health care) providers is urgently needed. A further challenge is ensuring uptake of professional care services without 'squeezing out' the care provided by volunteers and family and friends (including neighbours). Rather, time and, in some cases, professional guidance are needed to help non-professional carers make the most of the potential that the combination of non-professional and professional care provision can offer. In view of the shortage of skilled workers in the care professions, the involvement of other providers, whether qualified individuals from the social professions or family/volunteer caregivers is becoming increasingly important.

Improving the coordination of the various services at cantonal and communal levels requires continuous efforts. Coordination structures, however, vary in terms of their appropriateness and effectiveness. Consequently, the design and development of the care services on offer differ widely across communes. A further 'coordination problem' is the fragmented way in which elder care is funded. The impact of this hurdle should not be underestimated, particularly with regard to vulnerable older people who are not used to handling administrative formalities.

A further challenge for all care settings is dementia, the incidence of which is forecast to rise. This will greatly increase the need for round-the-clock care, yet the requisite specialised services and a financially viable solution for dealing with this development remain lacking. In many cases, dementia is only diagnosed when it is at the more advanced stage, which makes the provision of adequate care difficult. This is exacerbated by a lack of knowledge about the disease itself and often insufficient skills to communicate appropriately with those living with dementia.

Elder care funding remains insufficiently secure. As care is not defined as a mandatory public sector duty, it is at greater risk than other services of being cut from cantonal and communal budgets when money is tight. Consequently, the development and expansion of structures and financing models for elder care is mostly project-based. As such, there is no guarantee that these will remain permanently in place.

Integrated elder care

Under the term 'integrated care', the study summarises concepts and approaches that broadly consider elder care as a standalone form of care intended to aid and assist older people. Integrated care means that care plans are consistently geared towards the needs and the circumstances of the older adult (and their loved ones), seek to preserve their independence and self-determination, and build on their existing resources and abilities. At the same time, integrated care means that older adults are able to access the services they need and that these are delivered in a joined-up and comprehensive manner. Integrated care therefore has four key dimensions. It is:

- person-centred
- coordinated
- comprehensive
- accessible

The issue of integrated elder care has been dealt with repeatedly in Switzerland in recent years, although not based on the same terminology we use here. Work commissioned by the Paul Schiller Foundation formulates a broad and sound basis for an integrated and normative understanding, which it calls 'decent care'. The Socius programme led by the foundation Age-Stiftung promotes the establishment of integrated and coordinated support systems at the municipal level. However, it

deals primarily with the outpatient sector and is more focused on practical implementation. In various documents, CURAVIVA, the association of Swiss nursing homes, increasingly looked at a move away from institutional 'housing and care' to a more person-centred approach. They speak of 'integrated and social space-oriented care', whereby old age is seen much more as an independent phase of life. According to this concept, care provision is more highly focused on the needs and resources of older people and person-centred practices in the social space. It also implies that nursing homes should become more permeable to the outpatient sector, local communities and neighbourhoods. The public Spitex organisations published a policy paper in 2016 which treated 'domestic and social care services', a category that is not funded under the Health Insurance Act (HIA), in terms of a series of integrated approaches. The document also points out that this service category is underfunded and that it should receive more funding from the public purse. Various aspects of integrated care were also discussed in the interviews with organisations working with older adults, specifically Pro Senectute, SRC (Swiss Red Cross) and Alzheimer Switzerland. They consider that person-centredness and coordination of local service providers are key concerns in the elder care and service field and that these are strived for in practice. However, concrete, comprehensive concepts are still lacking. Various best practice models have been developed and introduced on a selective basis.

In conclusion, it can be said that efforts have been initiated from various sides in the direction of integrated care for older adults. At the same time, it should be noted that none of the approaches presented encompasses all four dimensions of integrated care.

In view of the challenges that exist in elder care, integrated care models can potentially make helpful contributions to the sustainable provision of elder care in the future. The study identified the following benefits:

- There is an expectation that better coordination of services and the involvement of volunteers and relatives will improve the efficiency of care services and thus make better use of existing resources.
- The integrated approaches are generally low-threshold, thus increasing the likelihood that older people will use the support on offer early on and possibly also making it easier to access among older people who had been previously. Both effects are potentially strengthened if the design of care plans during the early care needs phases draw more on community work- or 'caring communities'-style models.
- With its consistent focus on the needs and requirements of the older person (and not on the logic of the organisations and institutions involved), integrated care contributes to the preservation of independence and self-determination of the older person.
- Integrated approaches can contribute to making the system boundaries between outpatient and inpatient care more permeable. There is the potential that integrated approaches in the outpatient sector can promote an ongoing and prompt adjustment of care plans, which will in turn have a preventive effective and reduce premature – and costly – admissions to nursing homes.

Potential improvements and practical recommendations

From the study findings, we have formulated the following practical recommendations for the relevant public-sector actors at all government levels and elder care service providers and organisations in Switzerland.

■ Recommendation 1: The Confederation and specifically the FSIO should take the lead on the further development of elder care and work with the cantons to devise a joined-up strategy on the matter. This process should also include the creation or improvement of comparable legal foundations for elder care across Switzerland. In addition, funding should be clarified, simplified and, where possible harmonised nationwide.

■ Recommendation 2: The cantons and communes should further develop the policy area of 'elder care' as a joint task in a systematic and timely manner.

■ Recommendation 3: The Confederation, cantons and elder care service providers/organisations should draw on experience to further develop approaches to integrated, person-centred care and step up their implementation both in the outpatient and inpatient sectors. The Confederation and the cantons should examine the feasibility of launching an applied, practice-led research and development programme, which would also generate methods and recognised standards for reviewing the effects of services and service structures.

■ Recommendation 4: The introduction of integrated, person-centred models requires a cultural shift in the field of ageing. The individual focus of institutions and organisations should move towards a coordinated service delivery and care should be understood as a component of a comprehensive ageing policy that does not view the older population solely in terms of their support needs, but also makes best use of their resources and involves them in a participatory way. The cantons, communes, and cantonal service providers should jointly develop measures on how such a cultural shift can be achieved (e.g. cooperation charter, awareness-raising campaign, binding joint mission statement accompanied by an action plan).

■ Recommendation 5: The service providers, together with the communes, should adopt 'social space-oriented' and low-threshold/outreach approaches (e.g. community practice- or caring communities-based approaches) and strive to reach the older population, especially vulnerable members, earlier and more comprehensively.

1 Ausgangslage, Fragestellungen und Datengrundlagen

1.1 Ausgangslage

Insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung kommt dem Thema einer angemessenen Betreuung im Alter eine zunehmende Bedeutung zu. Ältere Menschen sollen heute und in Zukunft ein möglichst selbstbestimmtes Leben in einem selbst gewählten Umfeld leben können. Die gesellschaftliche Herausforderung besteht darin, die Betreuung von älteren Menschen bedarfsgerecht sicherzustellen, unabhängig davon, ob diese zu Hause, in einer begleiteten Wohnform oder einem Heim leben. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Ansätze zur Betreuung zu beleuchten, welche Leistungen von verschiedenen Akteursgruppen wie Privaten, öffentlicher Hand und professionellen Dienstleistern koordinieren. Zudem liegt aus Sicht der öffentlichen Hand (insbesondere der Kantone) auch aus Kostengründen ein Interesse vor, mit bedarfsgerechten Betreuungsleistungen zuhause und in begleiteten Wohnformen die Aufenthaltsdauer in Pflegeeinrichtungen möglichst tief zu halten. Eine angemessene, hochwertige Betreuung leistet überdies einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Gewalt im Alter.

Die Zuständigkeit für den Bereich der Betreuung liegt hauptsächlich bei den Kantonen (teils delegiert an Gemeinden). Doch auch der Bund befasst sich aus verschiedenen Perspektiven mit dem Thema der Betreuung von älteren Menschen. So ist das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) für die Hilflosenentschädigungen (HE) und die Existenzsicherung über Ergänzungsleistungen (EL) zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) zuständig.² Weiter unterstützt das BSV die Organisationen der Altershilfe finanziell (Art. 101^{bis} AHVG), welche diverse Leistungen anbieten für ältere Personen, die zuhause leben. Zudem bestehen Schnittstellen zum Thema der Angehörigenbetreuung, welche der Bundesrat mit dem «Aktionsplan für betreuende und pflegende Angehörige» angeht, für den der Lead beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) liegt.

Die Förderung der integrativen Betreuung – ein Ansatz, der die ältere Person und ihren Betreuungsbedarf ins Zentrum stellt und die Koordination der verschiedenen Akteure und Angebote bedingt – sowie die Prävention von Gewalt im Alter sind Ziele der BSV-Strategie 2021–2025. Das diesem Bericht zugrunde liegende Forschungsmandat «Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle» hat zum Ziel, zur Umsetzung dieser Strategie beizutragen.

1.2 Zielsetzungen und Fragestellungen

Zielsetzungen

Diese Studie hat folgende Zielsetzungen:

- Sie soll eine Übersicht über den Status quo im Bereich der Betreuung im Alter bezüglich der Definition von Betreuung, des rechtlichen Rahmens, der Aufgabenteilung zwischen Bundes- und Kantonsebene, des Bedarfs und dessen Erhebung sowie der Angebote der verschiedenen involvierten Akteure geben.
- Sie soll ausgehend vom Bedarf der älteren Bevölkerung in unterschiedlichen Situationen analysieren, wo die bestehende Organisation und die Angebote im Bereich der Betreuung im Alter dem Anspruch, die Betreuung von älteren Menschen aktuell und in den kommenden Jahrzehnten bedarfsgerecht sicherzustellen, nicht oder nur teilweise genügt.

² Für die krankheits- und behinderungsbedingten Kosten innerhalb der EL liegt die Zuständigkeit wiederum bei den Kantonen.

■ Sie soll Ansätze integrativer Betreuung beleuchten und anhand konkreter Praxisbeispiele aufzeigen, welchen Beitrag diese Modelle zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Betreuung im Alter leisten.

■ Sie soll gestützt auf die Erkenntnisse Interventionen, Massnahmen oder auch rechtliche Anpassungen hinsichtlich einer angemessenen und niederschwellig zugänglichen Betreuung vorschlagen.

Fragestellungen

Die Fragestellungen der Studie lassen sich in vier Blöcke (A-D) zusammenfassen:

| Block A: Standortbestimmung «Betreuung im Alter» | |
|--|---|
| A1 | Wie wird Betreuung in der Literatur und auf Bundesebene definiert? Wo überschneiden sich konzeptuell Betreuung im Altersbereich und im Behindertenbereich, wo nicht? |
| A2 | Welche Leistungen umfasst der Begriff «Betreuung», welche explizit nicht? |
| A3 | Wer sind die relevanten Akteure? |
| A4 | Wie ist die Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen? Was für Rechtsgrundlagen auf Bundesebene gibt es? Welches sind die relevanten Leistungen auf Bundesebene? |
| A5 | Welche wesentlichen Rechtsgrundlagen regeln in den Kantonen den Bereich «Betreuung im Alter»? |
| A6 | Wie ist der Bereich «Betreuung im Alter» in verschiedenen Kantonen definiert und welches sind die wesentlichen Grundzüge der Regelung von Leistungen, Qualitätssicherung, Finanzierung und Organisation/Aufgabenteilung (u.a. mit den Gemeinden)? |
| A7 | Welche Leistungen und Angebote werden von Kantonen, Gemeinden und Organisationen der Altershilfe zur Verfügung gestellt? |
| Block B: Betreuungsbedarf und Herausforderungen | |
| B1 | Welcher Betreuungsbedarf ist bei der älteren Bevölkerung aktuell feststellbar und wie wird er festgestellt? Inwiefern kann eine Typologie von Situationen nach Art des Bedarfs, nach Setting und nach Ressourcen erstellt werden? |
| B2 | Wie wird dieser Bedarf gedeckt? Gibt es Lücken, Doppelspurigkeiten? Evtl. auch zukünftig absehbare? Welche Rolle spielt dabei die Care-Migration? |
| B3 | Inwiefern sind die bestehenden Leistungen und Angebote bekannt? Sind sie für alle sozialen Gruppen zugänglich? Gibt es Hindernisse? |
| B4 | Wie wird sich der identifizierte Bedarf in den nächsten Jahren entwickeln? |
| B5 | Was sind die aktuellen und absehbaren zukünftigen Herausforderungen für die Betreuung im Alter? |
| Block C: Integrative Betreuungsmodelle, Good Practice | |
| C1 | Welche kantonalen oder kommunalen Praktiken gibt es, die personenzentriert sind und verschiedene Anbieter sowie die betreuenden Angehörigen zu Hause, in einer begleiteten Wohnform oder einem Heim integrieren? |
| C2 | Welche theoretischen Modelle wurden entwickelt? |
| Block D: Schlussfolgerungen und Verbesserungspotential | |
| D1 | Was ist die Synthese aus den Analysen der Blöcke A–C? Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus ziehen? |
| D2 | Welche Interventionen/Massnahmen wären gestützt auf die Analyse erforderlich, um eine angemessene, integrative und niederschwellige Betreuung im Alter zu gewährleisten? |
| D3 | Auf welchen gesetzlichen Grundlagen und bestehenden Instrumenten könnten diese Interventionen/Massnahmen aufbauen? |

Die Gliederung des Berichts entspricht den Blöcken von Fragestellungen.

1.3 Informationsquellen

Dem vorliegenden Bericht liegt eine Vielzahl von Informationsquellen zugrunde, um der Breite der Fragestellungen möglichst gut gerecht zu werden. Ausserdem wurde das Thema der Betreuung im Alter in den letzten Jahren von Stiftungen, der angewandten Forschung, der öffentlichen Hand, von Altersorganisationen und Versorger/innen verstärkt bearbeitet, und es existiert eine Fülle von Informationen in Literatur und Dokumenten sowie breites Erfahrungs- und Praxiswissen bei den Akteuren im Feld. Aus dieser Fülle wurde als Grundlage dieses Berichts eine Auswahl getroffen, um mit angemessenem Aufwand das vorhandene Wissen zielführend zu bündeln.

Aus der Vielzahl von Forschungsberichten, Praxisliteratur und programmatischen Dokumenten wurde eine relevante Auswahl getroffen, und die einschlägigen Rechtsgrundlagen auf Kantons- und Bundesebene konsultiert. Die Auswahl wurde in einer Literatur- und Dokumentenanalyse ausgewertet und die wichtigsten Ergebnisse im Bericht festgehalten. Der folgende Textkasten zeigt die Kategorien von Dokumenten, die ausgewertet wurden, im Überblick.

Informationsquelle «Literatur-/Dokumentenanalyse»

- Literatur angewandte Forschung / Ressortforschung
- Praxisliteratur (Stiftungen, Organisationen)
- Dokumente BSV/BAG (Sozialversicherungen, Programme etc.)
- Gesetze/Verordnungen Bundesebene
- Gesetze/Verordnungen/Dokumente Kantonebene

Als weitere Informationsquelle basiert dieser Bericht auf leitfadengestützten Interviews mit Fachpersonen von Organisationen, die im Bereich der Betreuung im Alter tätig sind, und aus ausgewählten Kantonen und Städten (vgl. Textkasten). Die etwa 1 bis 1½ Stunden dauernden Interviews wurden online durchgeführt, protokolliert und mithilfe von MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet. Eine Übersicht über die Interviewpartner/innen findet sich im Anhang (Tabelle 4 und Tabelle 5).

Informationsquelle «Interviews»

- 10 Fachpersonen von nationalen Alters-, Betreuungs- und Pflegeorganisationen: Pro Senectute Schweiz, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Spitex Schweiz, CURAVIVA Schweiz, Alzheimer Schweiz, FRAGILE Suisse, Pro Mente Sana, Verein Age plus
- 14 Vertreter/innen von Kantonen und Städten: Kanton Basel-Landschaft, Kanton Bern, Stadt Bern, Kanton Freiburg, Kanton St. Gallen, Kanton Tessin, Kanton Waadt, Kanton Zürich, Stadt Zürich

Die Ergebnisse von zwei im Rahmen der Studie durchgeführten Workshops sind ebenfalls eine wesentliche Informationsgrundlage dieses Berichts. Es handelt sich zum einen um einen nationalen Vertiefungsworkshop zum Thema «integrative Betreuung», der im Frühling 2023 in Bern stattfand und an dem über 30 Personen teilnahmen. Im Workshop wurden Praxisbeispiele integrativer Betreuung beleuchtet und mit Fachpersonen aus Kantonen, Städten, regionalen Verbänden sowie von Anbietern, Fachorganisationen und aus der Forschung diskutiert. Zum andern wurde im September 2023 ein Validierungsworkshop mit 50 Vertreter/innen der Kantone, von Städten, Organisationen und Teilnehmenden aus Bundesämtern durchgeführt. Ziel des Workshops war, die Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Studie aus fachlicher Sicht zu prüfen und die Verwendung der Ergebnisse in den Kantonen und der Bundesverwaltung zu begünstigen.

Informationsquelle «Workshops»

- Vertiefungsworkshop integrative Betreuung mit über 30 teilnehmenden Fachpersonen aus Kantonen, Städten, regionalen Verbänden sowie von Anbietern, Fachorganisationen und aus der Forschung
- Validierungsworkshop mit 50 Teilnehmenden aus Bundesämtern, Vertreter/innen der Kantone und Städte (Gruppe «Altershilfe») und Organisationen

Weitere wichtige Beiträge zu diesem Bericht haben die Begleitgruppe des Mandats und die zwei das Projekt begleitende Experten geleistet. Die Begleitgruppe mit Vertreter/innen der Fachbereiche des BSV und Vertreter/innen des BAG und des Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) hat das Forschungs- und Detailkonzept, den Zwischen- und den Schlussbericht kommentiert, ergänzt und stand dem Projekt mit Rat und Tat zur Seite. Die beiden externen Begleitexperten, Prof. Dr. Carlo Knöpfel (Fachhochschule Nordwestschweiz) und Simon Stocker (GERONTOLOGIE.CH) gaben fachliche Rückmeldungen zum Detailkonzept, zur Literaturauswahl und zur Definition von «Betreuung» sowie zu den Befragungsinstrumenten. Zudem standen sie als Teilnehmende des ersten Workshops zur Verfügung. Schliesslich arbeiteten sie begleitend bei der Erarbeitung der Schlussfolgerungen und Verbesserungsvorschläge mit.

2 Standortbestimmung

Der Begriff «Betreuung» ist in der Schweiz gesetzlich nicht festgelegt, und auch in der Praxisliteratur (z.B. in Dokumenten von Leistungserbringern) ist meist nicht explizit beschrieben, was unter Betreuung konkret verstanden und angeboten wird. In den vergangenen Jahren sind unter dem Titel «Gute Betreuung im Alter» (eine Initiative der Paul Schiller Stiftung)³ Grundlagenarbeiten und Positionspapiere entstanden, welche das Bedeutungsspektrum von «Betreuung» beleuchten, Abgrenzungen zu verwandten Konzepten diskutieren und Herausforderungen u.a. im Bereich der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen benennen. Dabei wurde unter Einbezug der gängigen Fach- und Praxisliteratur ein Definitionsvorschlag formuliert, der aufzeigt, was eine gute Betreuung im Alter ausmacht und umfasst (u.a. Knöpfel et al., 2018; 2020b; Heinzmann et al., 2020). Diese Definition wurde in der politischen und fachlichen Diskussion zur Betreuung im Altersbereich breit aufgenommen und dient auch in der vorliegenden Studie als Ausgangspunkt für die Begriffsklärung im folgenden Abschnitt 2.1. Anschliessend wird dargelegt, welche Akteure involviert sind und welche rechtlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung im Alter bestehen (Abschnitt 2.2). Abschnitt 2.3 fokussiert darauf, was in den verschiedenen Versorgungsbereichen unter Betreuung verstanden und angeboten wird, und in Abschnitt 2.4 wird beschrieben, wie ausgewählte Kantone die Betreuung im Alter konkret regeln.

2.1 Was ist Betreuung im Alter?

Die Grundlagenarbeiten von Heinzmann et al. (2020) und Knöpfel et al. (2018) zur Begrifflichkeit und Praxis sowie zur sozialrechtlichen Regelung von Betreuung im Alter zeigen zusammenfassend, dass der Betreuungsbegriff in der Fach- und Praxisliteratur häufig unbestimmt bleibt. Je nach Kontext und Akteur wird unterschiedlich umschrieben, was Betreuung ausmacht und welche Leistungen dazugehören, und auch in der Fachliteratur findet sich keine abschliessende und breit abgestützte Definition von Betreuung. Betreuung wird vielfach als Sammelbegriff dafür genutzt, was älteren Menschen an Unterstützung zukommt und nicht eine pflegerische Leistung im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) ist. Das «Feld jenseits der Pflege» (Knöpfel et al., 2018) ist daher kaum strukturiert, unterliegt einem diffusen, impliziten und auch von einem Alltagsverständnis geprägten Begriffsverständnis. Dies gilt weitgehend auch für die relevanten Rechtsgrundlagen auf Bundesebene, welche sich auf unterschiedliche Betreuungsbegriffe bzw. Betreuungskonzepte abstützen (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Basierend auf der breiten Auslegeordnung der Begrifflichkeiten, der Regelungen und der Praxis der Betreuung in der Schweiz wird im «Wegweiser für eine gute Betreuung im Alter» (Knöpfel et al., 2020b, im Folgenden «Wegweiser») der Versuch unternommen, die nicht-pflegerischen Formen der Unterstützung im Alter näher zu bestimmen und mit der konzeptionellen Unterscheidung zwischen «Hilfe» und «Betreuung» zu strukturieren. Diese Trennung scheint aus analytischer Sicht hilfreich für eine differenzierte Diskussion und Analyse des Themas Betreuung im Alter, und die in den folgenden Abschnitten ausgeführte Definition des «Wegweisers» wird daher als Referenzrahmen bzw. «Folie» für die Ausführungen in diesem Bericht herangezogen. Da in der Praxis jedoch «Hilfe» und «Betreuung» eng zusammengehören, gehen wir im Bericht von einem erweiterten Betreuungsbegriff aus, welcher beide Unterstützungsformen umfasst.

Dem «Wegweiser» liegt folgender Betreuungsbegriff zugrunde:

³ www.gutaltern.ch.

Betreuung unterstützt ältere Menschen, ihren Alltag selbstbestimmt zu gestalten und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, wenn sie das aufgrund der Lebenssituation und physischer, psychischer und/oder kognitiver Beeinträchtigung nicht mehr gemäss ihren Vorstellungen selbständig können.⁴

In der obigen Definition kommt ein Begriffsverständnis zum Ausdruck, welches einerseits die Zielorientierung betont: Betreuung soll einen Beitrag an die selbstbestimmte Lebensführung, die gesellschaftliche Teilhabe und das Wohlbefinden auch in altersbedingt veränderten Lebenssituationen leisten. Andererseits werden die verschiedenen Ursachen in den Blick genommen, welche zu Betreuungsbedarf führen können: Die Lebenssituation der Betroffenen (z.B. Einsamkeit, soziale Isolation) sowie körperliche, psychische oder kognitive Einschränkungen. Ein zentrales Konzept zur Beschreibung und Beurteilung dieses Bedarfs sind die Alltagsaktivitäten, welche in zwei Kategorien unterteilt sind: Die grundlegenden Alltagsaktivitäten (ADL: Activities of Daily Living) umfassen körperbetonte Handlungen wie An- und Auskleiden, Aufstehen und Absitzen, Körperpflege, Nahrungsaufnahme oder das Verrichten der Notdurft. Zu den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL: Instrumental Activities of Daily Living) gehören Tätigkeiten wie selbständig Essen zubereiten, einkaufen, Hausarbeiten erledigen, sich um die Finanzen kümmern oder den öffentlichen Verkehr benutzen.

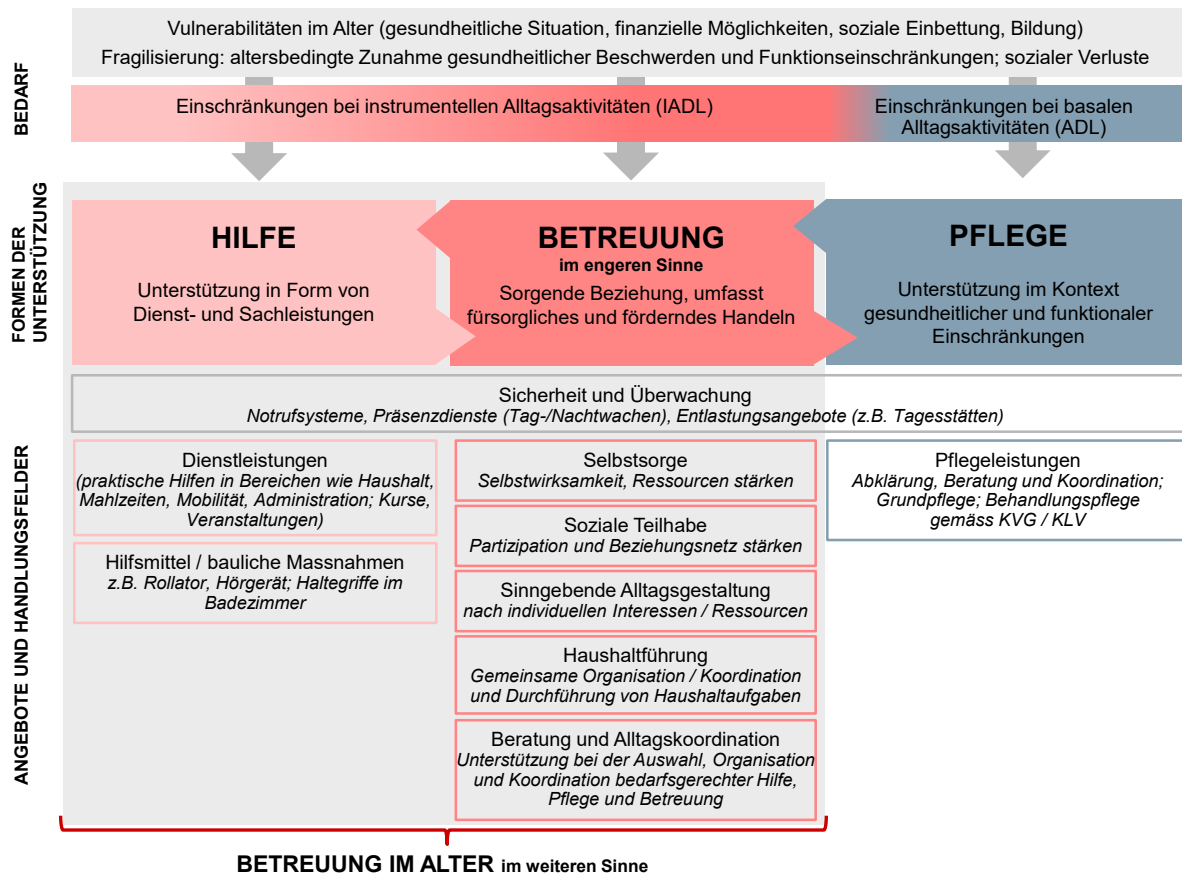
Einschränkungen bei den IADL sind stärker verbreitet und treten meist früher auf als Einschränkungen bei den ADL. Einschränkungen bei den ADL führen eher zu Pflegebedarf (bzw. Bedarf nach Pflegeleistungen, wie sie in Art. 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgelistet sind), während Einschränkungen bei den IADL eher mit einem Bedarf an Hilfe- und Betreuungsleistungen verknüpft sind (Heinzmann et al., 2020; Meier et al., 2020). Die Konzepte IADL und ADL bilden jedoch nicht alle Gründe ab, welche zu Betreuungsbedarf führen können, bzw. umfassen nicht alle Bereiche, in denen Unterstützungsbedarf entstehen kann. Insbesondere psychosoziale Aspekte, kognitive Einschränkungen etc. und weitere Dimensionen der Vulnerabilität (Verletzlichkeit aufgrund der gesundheitlichen Situation, der finanziellen Möglichkeiten, dem Bildungshintergrund und der sozialen Einbettung) und der lebensphasenbezogenen Fragilisierung (Einschränkungen des alternden Körpers, Verlust von nahestehenden Menschen, Abschied von sozialen Rollen) sind darin nicht enthalten.⁵

Wie bereits erwähnt wird im «Wegweiser» auf konzeptioneller Ebene zwischen Hilfe, Betreuung und Pflege als drei Formen der Unterstützung von Menschen im Alter unterschieden. Betreuung wird demnach als eigenständige Kategorie erfasst, welche einen spezifischen Bedarf betagter Personen abdeckt. **Abbildung 1** visualisiert die Gründe, welche im Alter zu einem Unterstützungsbedarf führen können (Ebene «Bedarf») und zeigt, welche Handlungsfelder und Angebote mit den drei Unterstützungsformen Hilfe, Betreuung und Pflege verbunden sind. Diese werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

⁴ Im «Wegweiser» wird der Begriff «selbständig» verwendet. Die Abänderung zu «selbstbestimmt» soll betonen, dass ältere Menschen zwar Unterstützung brauchen, also nicht mehr alles Notwendige selbst erledigen können, aber dass sie bei allen ihren Angelegenheiten möglichst (mit)bestimmen können sollen.

⁵ Zu den Konzepten Vulnerabilität und Fragilität vgl. ausführlich Gasser et al. (2015); zusammenfassend Knöpfel et al. (2020b).

Abbildung 1: Bedarf und Formen der Unterstützung im Alter



Darstellung BASS, basierend auf Knöpfel & Pardini (2020); Knöpfel et al. (2020b); Paul Schiller Stiftung (2023)

Hilfe ist durch einen Dienstleistungscharakter geprägt, d.h. für die Person werden Sachleistungen erbracht oder Aufgaben übernommen. Dazu gehören Angebote wie praktische Hilfen (z.B. Mahlzeiten- oder Fahrdienste, Putzhilfen), aber auch Kurse oder Veranstaltungen sowie Hilfsmittel und bauliche Massnahmen zur Unterstützung einer möglichst selbstbestimmten Alltags- und Lebensgestaltung.

Bei der Betreuung im engeren Sinne stehen die Beziehungsebene und die sozialen Aspekte der Unterstützung im Vordergrund. Eine gute Betreuung orientiert sich dabei an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der betreuten Person und behält nebst dem körperlichen auch das psychosoziale Wohlbefinden im Blick. Mit dem Ziel, Selbstbestimmung und Teilhabe trotz bestehender Einschränkungen zu ermöglichen, ist diesem Betreuungsbegriff auch eine personenzentrierte, ressourcenorientierte Haltung inhärent (Knöpfel et al., 2020b). Gemäss «Wegweiser» lässt sich Betreuung, verstanden als beziehungsgeleitete Unterstützungsform, kaum in Form eines abschliessenden Leistungskatalogs konkretisieren. Stattdessen werden 6 Handlungsfelder unterschieden, in denen betreuenderischer Aktivitäten umgesetzt werden (Selbstsorge, Soziale Teilhabe, Sinngiebende Alltagsgestaltung, Haushaltführung sowie Beratung und Alltagskoordination, vgl. Kurzbeschriebe in Abbildung 1 oben). Im Gegensatz zur Hilfe steht bei der Betreuung oft das gemeinsame Tun im Vordergrund (z.B. zusammen Hausarbeiten erledigen, gemeinsam besprechen, welche Hilfeleistungen eine sinnvolle Entlastung wären; gemeinsam nach Lösungen suchen, wie Hobbies und Kontakte erhalten und gepflegt werden können, vgl. auch Paul Schiller Stiftung, 2021).

Die Pflege ist im Bereich der gesundheitlichen Versorgung verortet und bewegt sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit (Knöpfel et al., 2020b). Im professionellen Selbstverständnis von Pflegefachpersonen ist Betreuung ein integraler Bestandteil pflegerischen Handelns, und es gibt auch Überschneidungen im Bereich der gesundheitsfördernden und präventiven Tätigkeiten. Diesem Umstand trägt der «Wegweiser» mit einem eigenen Handlungsfeld «Betreuung in Pflegesituationen» Rechnung. Es geht dabei nicht um zusätzliche (oder vom Pflegeprozess abtrennbare) Handlungen, sondern darum sichtbar zu machen, dass ein gewisses Mass an Anteilnahme, Einfühlbarkeit und sorgende Zuwendung für das Eintreten in den Pflegeprozess grundlegend ist. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Beziehungsarbeit im Pflegeprozess aufgrund des Pflegepersonal mangels und der bestehenden Arbeitsbedingungen in der Praxis mitunter zu kurz kommt (Knöpfel & Pardini, 2020).⁶ Das in der obigen Abbildung nicht übernommene Handlungsfeld «Betreuung in Pflegesituationen» verweist auf das Spannungsfeld zwischen einem pflegewissenschaftlichen Verständnis von Betreuung und einer von der sozialrechtlichen Regelung geprägten Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung (vgl. dazu untenstehenden Textkasten sowie Abschnitt 2.3.1). Dass die Schnittstellen zwischen Pflege und Betreuung je nach Perspektive mehr oder weniger klar abgrenzbar sind, wird in der obigen Abbildung mit den sich überschneidenden Feldern der drei Unterstützungsformen zum Ausdruck gebracht.

Die Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung erfolgt primär anhand der sozialrechtlichen Regelungen. Pflegeleistungen sind im Gegensatz zur Betreuung gesetzlich definiert (in Art. 7 KLV unterteilt nach drei Leistungsbereichen: Grundpflege, Behandlungspflege sowie Abklärung, Beratung und Koordination). Unterschiede bei den beiden Unterstützungsformen gibt es auch auf einer zeitlichen Ebene: Einerseits setzt Betreuungsbedarf oft viel früher ein als Pflegebedarf, andererseits ist die Erbringung von Pflegeleistungen oft an konkrete Zeitvolumen gebunden. So beträgt die durchschnittliche Pflegezeit pro Tag in Pflegeheimen lediglich knapp zwei Stunden (Pellegrini et al., 2022). Betreuung lässt sich gemäss «Wegweiser» jedoch kaum auf eine verlässliche und ökonomisierbare Zeitdauer festlegen: sich Zeit nehmen zu können, ist Merkmal der beziehungsgeleiteten Unterstützung.

Abgrenzung von Betreuungsleistungen zu medizinisch notwendigen Pflegeleistungen

Die gesetzlichen Grundlagen erlauben im Grundsatz eine klare Abgrenzung von Pflege- und Betreuungsleistungen. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich geben Tätigkeitslisten und Gerichtsurteile einen Rahmen für die Unterscheidung und Zuordnung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei der Planung und Umsetzung in der Praxis. Aus Sicht der Kostentransparenz liegt das Problem der Abgrenzung jedoch u.a. in der uneinheitlichen Erfassung bzw. Verteilung des direkten Personalaufwands auf die verschiedenen Leistungsarten (Mäder et al., 2020). Aus der Perspektive der Leistungserbringer wird die aufgrund der Finanzierungslogik geforderte Abgrenzung zwischen medizinisch notwendiger Pflege und Betreuung als herausfordernd empfunden – insbesondere im Grenzbereich zwischen Betreuung und Pflege, wo die Unterscheidung zwischen KVG- vs. nicht-KVG-pflichtigen Leistungen nicht immer eindeutig nachvollziehbar scheint. Bekanntes Beispiel sind die Pflegeleistungen bei Demenzbetroffenen: Als KVG-pflichtige Pflegeleistung vergütet wird, wenn den Betroffenen das Essen eingegeben wird, nicht aber die Unterstützung und Anleitung beim Essen. Die Verbände der Leistungserbringer sehen in diesem Bereich

⁶ Vgl. u.a. Berichterstattung über die Anwendung von Neuroleptika in Pflegeheimen hervor (z.B. Gamp, 2022) oder die laufenden politischen Diskussionen zur Pflegefinanzierung im Bereich Demenzerkrankungen (z.B. Motion Maya Graf 19.4194, «Finanzierung von Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz»). Auch in Kägi et al. (2021) berichten Fachpersonen, dass bei den für Pflegeleistungen verfügbaren Zeitrahmen i.d.R. kaum Zeit bleibt für psychosoziale Komponenten.

grossen Handlungsbedarf, in der Praxis versucht man sich mit dem Status Quo aber so gut wie möglich zu arrangieren.

Das Handlungsfeld Sicherheit und Überwachung ergänzt den Ansatz des «Wegweisers» um einen Bereich, der in der Literatur als zentrales Bedürfnis von älteren Menschen und/oder deren Angehörigen erscheint. Dabei geht es einerseits darum sicherzustellen, dass in Notsituationen rasch reagiert werden kann, oder dass jemand regelmässig das Wohlergehen einer betagten Person überprüft, andererseits um die Präsenz bei Personen, die z.B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung oder in Situationen am Lebensende nicht alleingelassen werden können. Der Bedarf an persönlicher Überwachung ist ausserdem integraler Bestandteil der Hilflosigkeit nach Art. 9 ATSG. Diese gesetzliche Definition bildet die Basis für die Hilflosenentschädigung (vgl. Abschnitt 2.2.2). Sicherheit und Überwachung können im Kontext von Hilfe (z.B. Notfallknopf), Betreuung (z.B. ständige Ansprechperson im Betreuten Wohnen, Präsenz betreuender Angehöriger) oder pflegerischen Leistungen (z.B. im Bereich der psychiatrischen / psychogeriatrischen Grundpflege: Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung in der grundlegenden Alltagsbewältigung) erbracht werden.

Die Unterstützung betagter Menschen besteht real häufig aus einer Kombination von Hilfe, Betreuung und Pflege, die teilweise nicht trennscharf abzugrenzen sind. Im Bereich der Palliative Care spielen sowohl Pflege als auch Betreuung eine Rolle, weil die Betroffenen nebst medizinischen Behandlungen und pflegerischen Interventionen auch psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung benötigen.⁷ Oder eine gemeinsam durchgeführte Wohnungsreinigung ist als Hilfe wie auch als betreuende Tätigkeit einzustufen, weil es nebst der Reinigung an sich auch um die Alltagsgestaltung und die Förderung der vorhandenen Fähigkeiten der betreuten Person geht. Selbst wenn die Wohnungsreinigung als Dienstleistung in Anspruch genommen wird, kann der regelmässige Austausch mit der Putzhilfe zum Wohlbefinden älterer Menschen beitragen, also betreuende Aspekte umfassen (Knöpfel & Pardini, 2020; Kägi et al., 2021).

In der Praxis sind Betreuungs- und Hilfeleistungen also oft gekoppelt, müssen aber nicht aus einer Hand erfolgen. Beispielsweise können Mitarbeitende der aufsuchenden Altersarbeit mit den Betroffenen ihre Bedürfnisse nach der Kontaktpflege besprechen und sie bei der Auswahl und Nutzung bestehender Angebote (z.B. Mittagstisch, Fahr- oder Begleitsdienste) unterstützen. Kägi et al. (2021) schätzen die Schnittmengen zwischen Hilfe und Betreuung entsprechend als gross ein und verweisen auf die Schwierigkeit, den Bedarf an Hilfe und Betreuung zu differenzieren. Dazu kommt, dass Betreuung als beziehungsgeleitete Unterstützungsform gemäss «Wegweiser» kaum in Form konkreter Tätigkeiten oder mit standardisierten Zeiteinheiten⁸ messbar gemacht werden kann. Dies zeigt sich auch in einschlägigen Statistiken, wo ebenfalls nicht zwischen Hilfe und Betreuung unterschieden wird.

Vor diesem Hintergrund nimmt die vorliegende Studie nicht nur die Betreuung im engeren Sinne (als beziehungsgeleitete Unterstützungsform) in den Blick, sondern geht von einem breiteren Begriffsverständnis von «Betreuung im Alter» aus, welches sowohl Hilfe als auch Betreuung im engeren Sinn beinhaltet. Beide Unterstützungsformen sind im Alter relevant, um den Verbleib im angestammten Zuhause und eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Der spezifische ressourcenorientierte Fokus der Betreuung birgt dabei auch ein präventives Potenzial (Erhalt

⁷ Vgl. Definition von Palliative Care (Behandlung und Betreuung am Lebensende) im Bericht des Bundesrates zur besseren Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende (2020).

⁸ Der «Wegweiser» hält als Leitlinie fest, dass Betreuungsaufgaben sich nicht auf eine verlässliche und ökonomisierbare Zeitdauer festlegen lassen, sondern sich in ihrem Tempo und Zeitumfang an den Bedürfnissen der betreuten Person ausrichten sollen (Knöpfel et al., 2020b).

von Gesundheit und Selbständigkeit, dadurch Vermeidung von Spitalaufenthalten und frühzeitigen Heimeintritten, vgl. Paul Schiller Stiftung, 2022).

Rückmeldungen zur Definition und dem begrifflichen Referenzrahmen «Betreuung im Alter»

In den Interviews mit Fachpersonen von Kantonen, Städten, Verbänden und Fachorganisationen wurde erhoben, ob eigene Definitionen von Betreuung im Alter existieren und wie sich dieses Begriffsverständnis bzw. die jeweiligen Angebote und Tätigkeiten in die Modellskizze gemäss Abbildung 1 einordnen lassen. Niemand von den Befragten verfügt über eine explizite Begriffsdefinition, handlungsleitend sind vielmehr die konkret angebotenen bzw. auf kantonaler / kommunaler Ebene regulierten Leistungen und Angebote (vgl. dazu Abschnitt 2.4.9). Der Ansatz des «Wegweisers» ist im Feld bekannt und wird – wie auch der skizzierte Referenzrahmen – von vielen Gesprächspartner/-innen als gute Diskussionsgrundlage erachtet. Bei der Anwendung des Modells in der Praxis bestehen jedoch Abgrenzungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den drei Unterstützungsformen Hilfe, Betreuung und Pflege.

Organisationen der Altershilfe verorten ihre Angebote «im Sozialbereich», der klar von der Pflege nach KVG («dem Gesundheitsbereich») abgrenzbar ist. Die Trennung zwischen Hilfe und Betreuung wird hingegen als «künstlich» erachtet; man geht (implizit) von einem breit gefassten Betreuungsbegriff aus, der im weiteren Sinne die Unterstützung im Alltag umfasst.

Andere Interviewte verweisen auf Herausforderungen in Zusammenhang mit der Grenzziehung zwischen Pflege und Betreuung. Diese wird etwa als Ausdruck einer strukturellen Trennung zwischen «Gesundheit» und «Soziales» empfunden (von der Finanzierungslogik über die involvierten Berufsgruppen hin zu den Ämterstrukturen), welche nicht einer personenzentrierten Herangehensweise entspreche (vom Individuum aus betrachtet gehören Gesundheit und Soziales zusammen). Ausserdem leisteten psychosoziale Angebote (wie z.B. Massnahmen und Aktivitäten, um der Vereinsamung alter Menschen entgegenzuwirken) auch einen Beitrag zum Erhalt der allgemeinen Gesundheit. Für Menschen mit Demenzerkrankungen wird die Trennung zwischen Pflege und Betreuung bzw. die gesetzliche Zuordnung der Tätigkeiten als KVG-/nicht-KVG-Leistung stark kritisiert. Alzheimer Schweiz erachtet etwa die bei Demenz notwendige Anleitung und Überwachung als krankheitsbedingten Versorgungsbedarf, welcher nicht als betreuende, sondern als pflegerische Leistung einzustufen sei. Die heutige Regelung führe potenziell auch zu Fehlversorgung, wenn aus Zeit- und Kostengründen Tätigkeiten für die Betroffenen durchgeführt werden, anstelle sie im Ressourcenerhalt bei den alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen (siehe auch Textkasten Abgrenzung von Betreuungsleistungen zu medizinisch notwendigen Pflegeleistungen auf S. 8). Mehrere Akteure weisen darauf hin, dass die gesetzlich festgelegten Pflegeleistungen eine klare Linie suggerierten, wohingegen die Übergänge in der Praxis mitunter fließend seien.

Für Organisationen, die stärker im Behinderungsbereich verankert sind, passen sowohl der Betreuungsbegriff selber wie auch die skizzierten Handlungsfelder nur teilweise mit den Ansätzen zur Förderung des selbstbestimmten Lebens für Menschen mit Behinderungen überein (vgl. Textkasten Betreuung von Menschen mit Behinderungen auf S. 11). Für Menschen mit Behinderungen im Alter stellt die bedarfsgerechte Ausgestaltung und Finanzierung der Wohn-, Betreuungs- und Pflegeangebote eine Herausforderung dar.

Betreuerische Leistungsbereiche (Vorschlag SODK)

Im Hinblick auf einen möglichen Ausbau der Finanzierung von Betreuungsleistungen im Rahmen der EL hat die Arbeitsgruppe Alter der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) einen Leistungskatalog ausgearbeitet, welcher als Basis für eine neue Betreuungspauschale und / oder die Bedarfsabklärung herangezogen werden könnte (SODK & Ecoplan, 2022). Unterschieden werden insgesamt 5 Leistungsbereiche (Wohnen / Haushaltführung; Verpflegung, Soziale Teilhabe; Beratung und Alltagskoordination; Beaufsichtigung und Sicherheit), innerhalb derer Hilfeleistungen und betreuerische Unterstützung kombiniert werden (z.B. Wäschedienst / Unterstützung bei der selbständigen Haushaltführung; Notrufsysteme / Überwachung und Unterstützung in der grundlegenden Alltagsbewältigung, vgl. Anhang, Tabelle 7).

Betreuung von Menschen mit Behinderungen

Im Zuge der Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK) laufen beim Bund und in verschiedenen Kantonen Bestrebungen, selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, d.h. die Betroffenen sollen ihre Wohnform selbst wählen und gemäss ihrem individuellen Unterstützungsbedarf Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen beziehen können (Umstellung von objektorientierter zu subjektorientierten Finanzierungsmodellen). Bezüglich der Abklärung / Festlegung des Betreuungsbedarfs und der Finanzierung entsprechender Leistungen stellen sich dabei ähnliche Fragen wie im Altersbereich. Auch die Problematik, dass Leistungsansprüche und Finanzierungsmodalitäten das institutionelle Wohnen begünstigen, betrifft beide Bereiche. Entsprechend stellt sich auf politischer Ebene auch die Frage, inwiefern die Bereitstellung und Finanzierung von Betreuungsleistungen nicht nur für Menschen im Alter, sondern gleichzeitig auch für Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt werden soll (z.B. SODK, 2021; SODK & Ecoplan, 2022).

Die geltenden sozialrechtlichen Regelungen unterscheiden sich bzgl. der Leistungsarten (z.B. Assistenzbeitrag für Personen mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung zur Invalidenversicherung (IV) und uneingeschränkter Handlungsfähigkeit), wie auch bei der Definition und Höhe der Hilflosenentschädigung (in der IV begründet im Gegensatz zur AHV ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung; die HE zur AHV zuhause ist halb so hoch wie diejenige der IV und deutlich tiefer als in der Unfallversicherung). Auch die jährlichen Höchstbeiträge für Krankheits- und Behinderungskosten gemäss Ergänzungsleistungsgesetz (ELG) sind im AHV-Bereich tiefer als bei Versicherten der IV oder der Unfallversicherung (UV) (Egli & Filippo, 2021; Landolt, 2022). Erhebliche Unterschiede bestehen zudem bei der Vergütung von Hilfsmitteln und baulichen Anpassungen. Für Personen, die im Erwerbsalter IV-Leistungen beziehen, gilt im AHV-Alter die Besitzstandsgarantie, d.h. sie fallen bei der Hilflosenentschädigung oder dem Höchstbeitrag für Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen nicht auf die tieferen AHV-Beiträge zurück, und ein bereits im Erwerbsalter bezogener Assistenzbeitrag wird weiterhin gewährt.

Im Bereich der Versorgungslandschaft steht der Begriff «Betreutes Wohnen» bei Menschen mit Behinderungen für stationäre Angebote (im Altersbereich sind es intermediäre Strukturen), während im ambulanten Bereich von «begleitetem Wohnen» die Rede ist (Paul Schiller Stiftung, 2022; Werner et al., 2021; Bannwart et al., 2022). Dazu ist auch zu beachten, dass in Institutionen für Menschen mit Behinderungen die Betreuung in der Regel im Zentrum des professionellen Han-

delns steht und Pflege (bisher) nur am Rande zu den Versorgungsaufgaben gehört. Im Altersbereich ist es eher umgekehrt, auch aufgrund der regulatorischen Rahmenbedingungen, welche in Pflegeheimen mit einem starken Fokus auf die somatische Pflege einhergehen (Soom Ammann & Bilger, 2016; Guggenbühl & Gajta, 2022). Im Kontext der stationären Betreuung von Menschen mit Behinderungen ist das (implizite) Begriffsverständnis von Betreuung als umfassende, beziehungs-basierte professionelle Versorgung und Begleitung verbreitet; die Ausbildung der Fachkräfte ist agogisch ausgerichtet (Soom Ammann & Bilger, 2016).

Aus aktuellen Studien zu Wohnformen für Menschen mit Behinderungen (Canonica et al., 2023; Fritschi et al., 2022) sowie aus Gesprächen mit den Organisationen FRAGILE Suisse und Age plus geht hervor, dass der Betreuungsbegriff stark mit dem stationären Versorgungssetting assoziiert, jedoch nicht explizit definiert wird. «Betreuung» wird auch mit einem helfenden, fürsorgenden Ansatz in Verbindung gebracht, welcher den behinderungspolitischen Zielsetzungen der Selbstbestimmung nicht so gut entspricht wie z.B. «Begleitung», wo die «Asymmetrie von Verantwortungs- und Abhängigkeitszuschreibungen zwischen den Akteuren» weniger ausgeprägt scheint (Heinzmann et al., 2020). Auch scheint der Referenzrahmen der UNO-BRK – Förderung der Selbstbestimmung und der sozialen Teilhabe – ein etwas erweitertes / flexibles Begriffsverständnis oder Definitionskonzept von «Betreuung» zu erfordern, als dies für den Altersbereich oben skizziert wurde. Vor diesem Hintergrund verwenden Canonica et al. (2023) übergeordnet den Begriff der «Unterstützung» welche je nach individueller Situation und Bedürfnislage unterschiedliche Massnahmen und Leistungen umfassen kann.

2.2 Akteure, Regelungen und Zuständigkeiten

In den folgenden Abschnitten werden die für Betreuung im Alter relevanten Akteure und deren Rollen beschrieben. Der Fokus liegt dabei auf der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen und den Definitionen und Rechtsgrundlagen für Betreuung im Alter auf nationaler und kantonaler Ebene.

2.2.1 Akteure und Kompetenzverteilung

Bei den involvierten Akteuren ist zu unterscheiden zwischen der regulatorischen Ebene (Kompetenzen und Aufgaben von Bund, Kantonen und Gemeinden) und der Ebene der Leistungserbringung. Sowohl der Betreuungsbedarf als auch das Betreuungssetting (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgungsstrukturen) können sich im Fragilisierungsprozess der älteren Menschen verändern, und je nach Phase sind dabei unterschiedliche Akteure involviert. Betreuung wird im Ansatz des «Wegweisers» als gemeinschaftliche Aufgabe gesehen, die durch ein Netzwerk von Angehörigen und anderen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, aber auch durch Fachpersonen, Freiwillige und Dienstleister erbracht wird, wobei für eine gute Betreuung ein Minimum an Case- und Care-Management zur Koordination und Kooperation der involvierten Akteure notwendig ist (Knöpfel & Pardini, 2020). Diese Koordinationsaufgaben werden häufig von betreuenden Angehörigen wahrgenommen (BAG, 2020).

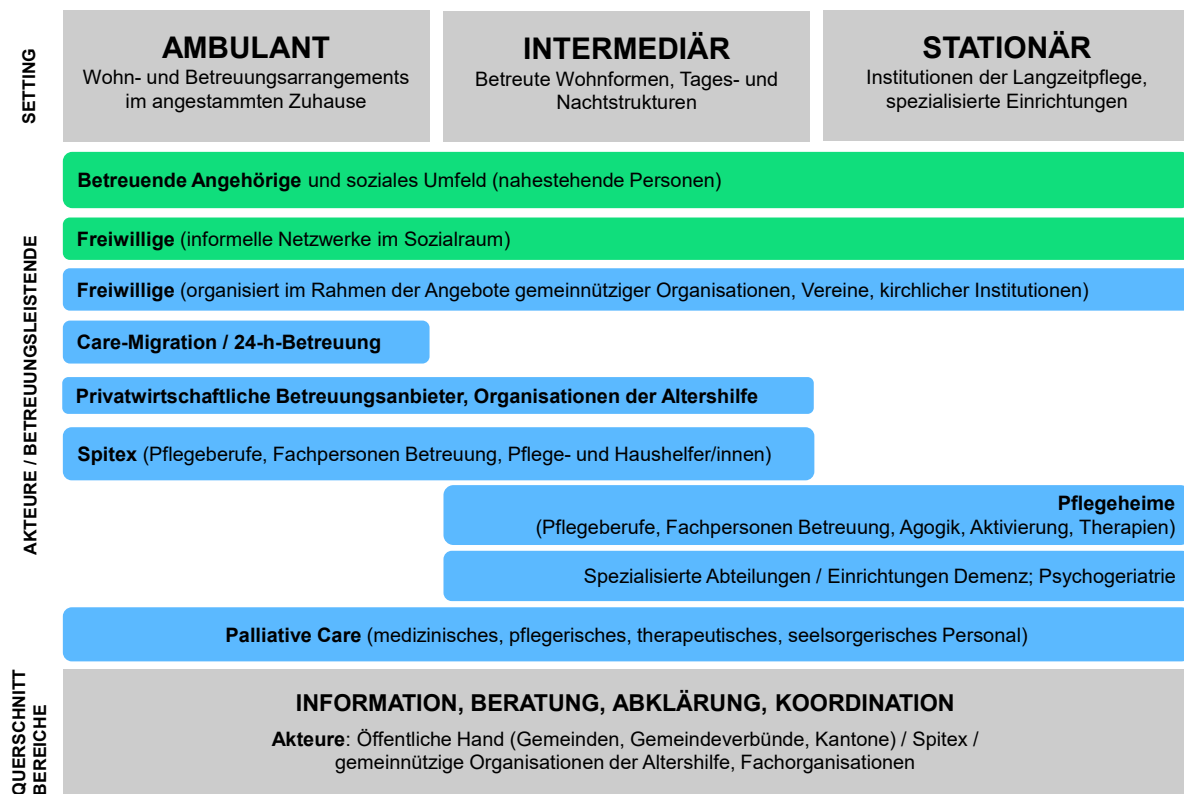
Leistungserbringung

Abbildung 2 zeigt, welche Akteure in den verschiedenen Versorgungssettings an der Betreuung älterer Menschen beteiligt sind. Bei den Betreuungsleistenden kann unterschieden werden zwischen informeller Unterstützung (durch betreuende Angehörige, durch informelle Netzwerke von

Freiwilligen im Quartier oder in der Gemeinde; in der Abbildung grün markiert) und formeller Leistungserbringung (durch organisierte Freiwillige oder Fachpersonen, in der Abbildung blau markiert).

Als betreuende Angehörige werden neben Familienangehörigen (direkte Verwandte, Lebenspartner/innen) auch weitere nahestehende Personen aus dem sozialen Umfeld verstanden, welche mit einer unterstützungsbedürftigen Person in einem System von Beziehung, Verbindlichkeit und Verpflichtung stehen (z.B. Freund/-innen und Nachbar/-innen, vgl. BAG, 2018). Ein Grossteil der rund 600'000 Personen, die in der Schweiz Betreuungsaufgaben für Angehörige übernehmen, stehen mit der betreuten Person jedoch in verwandtschaftlicher Beziehung, kümmern sich also um (Schwieger-) Elternteile, Grosseltern, (Ehe-)Partner/-innen oder andere Verwandte (BAG, 2020). Die unbezahlte, informelle Betreuung ist für viele Menschen ein fundamentaler Bestandteil ihres Unterstützungssystems, und die Leistungen der betreuenden Angehörigen (im geschätzten Umfang von 3,71 Mia. CHF pro Jahr) bilden eine unverzichtbare Säule der Schweizer Gesundheitsversorgung (Knöpfel et al., 2020a; BAG, 2020). Ausserhalb des stationären Bereichs – und insbesondere zu Beginn des Fragilisierungsprozesses – sind es die betreuenden Angehörigen, welche den Hauptteil der Betreuung übernehmen. Aber auch in Pflegeheimen und anderen stationären Einrichtungen leisten nahestehende Personen und Freiwillige im Rahmen von Besuchen wichtige betreuende Aufgaben im Bereich der psychosozialen Unterstützung und Begleitung (vgl. Phasenmodell des «Wegweisers», Knöpfel et al., 2020b).

Abbildung 2: Akteure im Bereich Betreuung



Quelle: Darstellung BASS, gestützt auf Knöpfel et al., 2018 (S. 66) und Knöpfel et al., 2020b (S. 20)

Bei den formellen Leistungserbringern (in der Abbildung 2: Akteure im Bereich Betreuung blau markiert) kann differenziert werden zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Anbietern. Unterschiede gibt es auch hinsichtlich des Angebotsspektrums und der Qualifikation der Betreuungsleis-

tenden: Angebote, in denen vorwiegend Laien oder Mitarbeitende mit sozialen Bildungsabschlüssen zum Einsatz kommen, bieten keine Pflegeleistungen an. Zu dieser Kategorie gehören Organisationen der Altershilfe wie z.B. Pro Senectute oder SRK, welche mit einem breiten Angebot an Beratung, Hilfe und Betreuung zu den wichtigsten Akteuren der Betreuung im Alter gehören. In Spitex-Organisationen, Pflegeheimen, psychogeriatrischen Diensten und in Angeboten der Palliative Care werden nebst Betreuung vor allem auch Pflegeleistungen erbracht. Dabei sind Fachkräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen involviert.

Im unteren Teil der Abbildung sind Querschnittsbereiche zu den ambulanten, intermediären und stationären Betreuungsangeboten aufgeführt. Dazu gehören einerseits Leistungen, welche den Zugang zu bedarfsgerechter Unterstützung für Betroffene selber, aber auch für betreuende Angehörige ermöglichen (Information, Beratung, Bedarfsabklärung), andererseits Massnahmen zur Vernetzung und Koordination der bestehenden Angebote auf übergeordneter Ebene. Städte und Gemeinden, Gemeindeverbände oder Kantone treten insofern als Leistungserbringer auf, als sie selbst Beratungs-, Informations-, Abklärungs- und Koordinationsstellen betreiben. Ansonsten sorgen sie primär durch Leistungsvereinbarungen und Subventionsbeiträge (z.B. für hauswirtschaftliche Spitexleistungen, Beratungs- und Begleitdienste von Organisationen der Altershilfe) für die Sicherstellung des Betreuungsangebots. Auch Spitex-Organisationen (Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination), Organisationen der Altershilfe (Information und Beratung) sowie Fachorganisationen wie z.B. palliative.ch (Vernetzung und Anlaufstellen für Personen in palliativen Situationen und Fachpersonen; telefonische Notfallberatung) sind Akteure in diesen Querschnittsbereichen.

Regulierung

Die Kantone tragen die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und sind damit zuständig für die Planung, Steuerung und Mitfinanzierung der Leistungen in Spitälern, Pflegeheimen und im Bereich der häuslichen Pflege. Gemäss Art. 112c Abs. 1 BV sind die Kantone für die Hilfe und Pflege von betagten und behinderten Menschen zu Hause zuständig. Die Kantone regeln und finanzieren zudem die krankheits- und behinderungsbedingten Kosten, die über die Ergänzungsleistungen abgerechnet werden können. Dabei wird in den kantonalen Einführungsgesetzen unterschiedlich definiert, welche betreuerischen Leistungen unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe vergütet werden (vgl. auch Ausführungen zu den Ergänzungsleistungen in Abschnitt 2.2.2). Kann die benötigte Betreuung weder von den Betroffenen selber finanziert noch über die EL abgerechnet werden, fallen die Kosten auf die ebenfalls von Kantonen und Gemeinden zu finanzierende Sozialhilfe zurück.⁹

Eine grosse Mehrheit der Kantone hat Aufgaben im Bereich der Altershilfe hauptsächlich oder teilweise den Gemeinden übertragen (Stettler et al., 2020). Entsprechend spielen Städte und Gemeinden für die Regelung, Bereitstellung und Koordination von Betreuungsleistungen im ambulanten und intermediären Bereich eine zentrale Rolle.¹⁰ Dieser Handlungs- und Gestaltungsspielraum auf kommunaler oder regionaler Ebene wird denn auch aktiv genutzt, um Unterstützungssysteme für

⁹ Aufgrund des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen dürfte der Sozialhilfebezug im Alter eher selten sein. Kantone haben gemäss Art. 10 Abs. 2 lit. a ELG dafür zu sorgen, dass durch den Heimaufenthalt in der Regel keine Abhängigkeit von der Sozialhilfe entsteht. Bei zu Hause wohnenden AHV-Rentner/-innen werden jedoch nur die als notwendig erachteten krankheits- und behinderungsbedingten Kosten vergütet, sodass aus Sicht der Sozialhilfe ein Heimeintritt günstiger sein kann, auch wenn dies aus einer übergeordneten Perspektive nicht der kosteneffizientesten Lösung entspricht (Stutz et al., 2019).

¹⁰ In manchen Kantonen ist auch die ambulante und stationäre Langzeitpflege in kommunaler Zuständigkeit.

ältere Menschen weiterzuentwickeln und Lösungsansätze für die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Betreuungsangebots zu diskutieren (vgl. z.B. Schweizerischer Städteverband, 2022).

Der Bund erlässt Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung (und regelt somit grundsätzlich die Definition und Vergütungsmodalitäten von Pflegeleistungen¹¹ bzw. deren Abgrenzung zur Betreuung) und ist über die Sozialversicherungen (AHV, IV, EL) vorwiegend für die finanzielle Absicherung Unterstützungsbedürftiger zuständig. In geringerem Masse werden auf Bundesebene auch Leistungen definiert, welche mit einem spezifischen Unterstützungsbedarf verknüpft sind (Hilflosenentschädigung zur AHV, Beiträge an Hilfsmittel, Assistenzbeitrag der IV). Nach Art. 112c Abs. 2 BV unterstützt der Bund in Ergänzung zu den Kantonen jedoch auch gesamtschweizerische Bestrebungen der Betagtenhilfe. Er kann zu diesem Zweck finanzielle Mittel der AHV verwenden (Egli & Filippo, 2021; Landolt, 2022). Dies ist in dem ursprünglichen politischen Willen begründet, dass die AHV nebst den persönlichen finanziellen Beiträgen auch gewisse Dienstleistungen mitfinanzieren soll, um es den älteren Menschen zu ermöglichen, zu Hause zu leben (Stettler et al., 2020).

Mit Beiträgen an gemeinnützige private Institutionen der Altershilfe subventioniert der Bund sowohl Koordinations- und Entwicklungsaufgaben auf nationaler Ebene¹² als auch Leistungen zugunsten von älteren Menschen und ihren Angehörigen. Letztere machen den grösseren Teil der Subventionen aus und werden von kantonalen oder regionalen Sektionen erbracht bzw. koordiniert (Beiträge für Hilfe- und Betreuungsleistungen werden nur ausgerichtet, wenn diese durch Freiwillige erbracht werden¹³). Damit leistet der Bund somit einen wichtigen Beitrag an die Bereitstellung (häufig niederschwellig zugänglicher) Hilfs- und Betreuungsangebote gemäss den in Abbildung 1 (oben S. 7) definierten Handlungsfeldern.

Obwohl der Bund über den Assistenzbeitrag zur IV die Voraussetzungen verbessert, damit Menschen mit einer Behinderung selbstbestimmt (im eigenen Zuhause) wohnen können, liegt aus Sicht des Bundes die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens sowohl für Menschen mit Behinderung wie auch für Menschen im Alter gestützt auf Art. 112c BV in der kantonalen Zuständigkeit.¹⁴

2.2.2 Bestimmungen auf Bundesebene

In der Schweiz gibt es auf Bundesebene keine einheitliche Definition von Betreuung. Betreuung im Alter ist keine eigene sozialpolitische Kategorie, sondern die bestehenden Regelungen betreffen hauptsächlich die finanzielle und medizinisch-pflegerische Altersversorgung (Knöpfel et al., 2018; Heinzmann et al., 2020). In den relevanten Rechtsgrundlagen auf Bundesebene (KVG, AHVG, ELG)¹⁵ kommen je unterschiedliche Betreuungsbegriffe bzw. Betreuungskonzepte zur Anwendung (Landolt, 2022).

¹¹ Der Bund legt dabei nur die Höhe der Beiträge aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) fest. Gemäss Art. 25a KVG regeln die Kantone die Restfinanzierung.

¹² Die auf nationaler Ebene tätigen Organisationen der Altershilfe sind: Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), Alzheimer Schweiz, Spitex Schweiz, Parkinson Schweiz, CURAVIVA, Schweizerischer Seniorenrat, Gerontologie CH (Stettler et al., 2020).

¹³ Zwar erhalten Freiwillige keinen Lohn, der finanziert werden müsste. Es werden aber Kosten wie Organisation, Einführung, Begleitung der Freiwilligen durch Profis mitfinanziert.

¹⁴ Stellungnahme des Bundesrates vom 2.12.2022 zu einer möglichen Erweiterung des Zugangs zu Assistenzbeiträgen im AHV-Alter, Postulat 22.4262 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR («Ambulant vor stationär für Menschen mit Behinderung nach Erreichen des AHV-Alters durch Zugang zu Assistenzbeiträgen»).

¹⁵ Bestimmungen zu Versicherungsleistungen für Hilfe und Betreuung sind auch im Bereich der Unfallversicherung (UVG) und der Invalidenversicherung (IVG) enthalten. Der altersbedingte Hilfs- und Betreuungsbedarf ist sozialrechtlich jedoch anders geregelt als vergleichbarer Bedarf infolge Invalidität oder Unfall (Landolt, 2022).

KVG

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) ist geregelt, welche Pflegeleistungen die obligatorische Krankenpflegeversicherung mitfinanziert. Die Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung ist von der Finanzierungslogik bestimmt: Während Pflegeleistungen gesetzlich klar definiert werden, wird «Betreuung» nicht explizit umschrieben, sondern steht im Sinne eines Sammelbegriffs für «nichtpflegerische» Leistungen, welche nicht von der Krankenversicherung gedeckt sind (Imhof & Mahrer Imhof, 2018; Heinzmann et al., 2020). Aus fachlicher Sicht ist die Abgrenzung zwischen versicherten Grundpflegeleistungen und den nicht versicherten Betreuungsleistungen jedoch mitunter schwierig, wie auch die Diskussionen um die Finanzierung demenzspezifischer Pflegeleistungen zeigen.¹⁶

AHVG

In den Bestimmungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) sind neben der Altersrente auch die Hilflosenentschädigung, die Kostenbeteiligung an gewissen Hilfsmitteln, die Bundesbeiträge im Bereich der Altershilfe sowie Betreuungsgutschriften geregelt.

■ Die Hilflosenentschädigung zur AHV ist eine schweizweit einheitliche einkommensunabhängige Leistung. Sie kann zur Finanzierung von Hilfe- und Betreuungsleistungen dienen, welche nicht durch Versicherungen gedeckt sind. Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ASTG). Vergütet wird ein pauschaler Betrag, dessen Höhe je nach Unterstützungsbedarf (Hilflosigkeit leichten, mittleren oder schweren Grades) variiert, wobei die HE leichten Grades nur bei zu Hause wohnenden Personen vergütet wird (zur Bedarfsabklärung siehe Abschnitt 3.3). Die HE zur AHV ist dabei erheblich tiefer als die HE zur IV oder zur UV. Als «dauerhaft» galt der Hilfebedarf bisher dann, wenn der Hilfe- oder Überwachungsbedarf ohne wesentlichen Unterbruch ein Jahr bestanden hat. Diese sog. Karenzfrist wird mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Stabilisierung der AHV (AHV 21; voraussichtlich ab 2024) auf sechs Monate verkürzt.

■ An bestimmte Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte oder Rollstühle bezahlt die AHV einen Beitrag (vgl. Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA))

■ Unter dem Titel der Altershilfe (Art. 10^{1bis} AHVG) werden jährlich rund 72 Mio. CHF an gemeinnützige Organisationen ausgerichtet. Zu den subventionierten Leistungsbereichen gehören u.a. Beratung, Betreuung und Beschäftigung sowie Kurse, die der Erhaltung oder Verbesserung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten, der Selbstsorge sowie der Herstellung des Kontakts mit der Umwelt dienen. Auf dieser Grundlage definieren Stettler et al. (2020) Altershilfe als unterstützende, stärkende und fördernde Massnahmen, welche ältere Menschen dazu befähigen, so lange als möglich zu Hause zu leben und ein aktives und selbstbestimmtes Leben zu führen. Diese Zielorientierung und der Fokus auf die Ressourcen umfasst wesentliche Elemente der in Abschnitt 2.1 skizzierten Betreuungsdefinition. Allerdings ist der Begriff der Altershilfe in den Kantonen eher wenig verbreitet und die Verwendung der Begrifflichkeit nicht einheitlich (Stettler et al., 2020).

¹⁶ In der Begründung der Motion 19.4194 «Finanzierung von Pflegeleistungen von Menschen mit Demenz» wird darauf hingewiesen, dass die Anleitung und Überwachung bei grundlegenden Alltagsaktivitäten wie Essen oder Körperpflege nicht nach KVG vergütet werden, sondern die Krankenversicherung nur dann bezahlt, wenn die pflegebedürftige Person durch die Pflegeperson gewaschen wird oder wenn ihr das Essen eingegeben wird. Zur Abgrenzung von Grundpflege und Betreuung siehe auch Landolt (2022).

ELG

Das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen-, und Invalidenversicherung (ELG) unterscheidet zwei Leistungsarten, mit denen die Existenzsicherung im AHV-Alter gewährleistet wird: a) die jährliche (periodische) EL zur Deckung des Lebensbedarfs und der Mietkosten, die von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert wird, und b) die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Letztere werden grundsätzlich durch die Kantone finanziert und geregelt, in Art. 14 ELG legt der Bund jedoch einen gesamtschweizerischen Minimalstandard bzgl. der zu vergütenden Leistungsarten fest, darunter auch «Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen». Die Kantone können Höchstbeträge für die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten festlegen, welche jedoch für zu Hause Lebende 25'000 CHF (Alleinstehende) bzw. 50'000 CHF (Ehepaare) nicht unterschreiten dürfen. Das Bundesgesetz gibt bis anhin keine Definition von Hilfe und Betreuung bzw. zu den dazugehörigen Leistungen vor, und die kantonalen Bestimmungen sind sehr heterogen (siehe dazu Bannwart et al., 2022). In Umsetzung der Motion 18.3716 «Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen» schlägt der Bund jedoch vor, in einem neuen Artikel (14a ELG) zu präzisieren, welche Betreuungsleistungen im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten zu vergüten sind (vgl. Gesetzesentwurf und erläuternder Bericht zur Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung vom 21. Juni 2023).¹⁷ Diese sollen unabhängig von der Wohnform für die Betreuung im angestammten Zuhause oder in institutionalisierten betreuten Wohnformen in Anspruch genommen werden können. Nebst Hilfe- und Betreuungsleistungen (Notrufsystem, Hilfe im Haushalt, Mahlzeitenangebote sowie Begleit- und Fahrdienste) ist auch ein Zuschlag für eine altersgerechte Wohnung und die Vergütung der Wohnungsanpassung an die Bedürfnisse des Alters vorgesehen. Die vorgeschlagene Gesetzesänderung enthält keine Definition oder Konkretisierung des Betreuungsbegriffs. Im erläuternden Bericht wird jedoch ausgeführt, dass sich der Bund an einem Begriffsverständnis orientiert, welches die soziale (anstelle der medizinisch-pflegerischen) Unterstützung einbezieht, auf das Wohlbefinden, die Alltagsbedürfnisse und die Selbstbestimmung ältere Menschen ausgerichtet ist und deren Selbständigkeit fördern / erhalten soll.

Grundsätzlich führen die bestehenden Regelungen dazu, dass ältere Menschen zu Beginn des Fragilisierungsprozesses, wenn erstmals Unterstützung in Form von Hilfe und/oder Betreuung benötigt wird, entweder unbezahlte Hilfe finden oder die anfallenden Kosten für Betreuungsleistungen selbst tragen müssen. Für Personen mit tiefen Einkommen kommt es häufig erst dann zu einer gewissen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation, wenn ein Anspruch auf Hilflosenentschädigung besteht – bis anhin nach einem Jahr Karenzfrist (vgl. Knöpfel et al., 2020a). Die Tatsache, dass die Kosten für Betreuung sowie die notwendige Präsenz und Überwachung von keiner Sozialversicherung gedeckt sind, führen auch ausserhalb des Altersbereichs zu einer hohen finanziellen Belastung der Haushalte (Stutz et al., 2019).

2.2.3 Kantonale Rechtsgrundlagen

Betreuung wird in den Kantonen sehr unterschiedlich geregelt und finden sich entsprechend dem Gebiet, in dem Betreuung begrifflich eingeordnet wird, in den Bereichen des Sozialen und der Gesundheit. Wie die gesetzlichen Grundlagen der Kantone in diesen Bereichen aufgebaut sind, ist geprägt durch historische und politische Prozesse, was dazu führt, dass das Thema «Betreuung»

¹⁷ In Vernehmlassung bis 23. Oktober 2023. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-95885.html>

fragmentiert in verschiedenen Gesetzen/Verordnungen im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich behandelt wird und zwar nach kantonal unterschiedlichen Mustern. Prägend für die Ausgestaltung der kantonalen Regelungen im Betreuungsbereich ist auch die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden.

Betreuung im Alter wird meist im Zusammenhang mit Pflege und dem Gesundheitswesen geregelt. In einigen Kantonen bestehen aber auch rechtliche Grundlagen, die explizit auf die Themen Alter, Betreuung im Alter oder Seniorinnen und Senioren fokussieren. Der Begriff Betreuung wird allerdings nicht in allen Rechtsgrundlagen als solcher verwendet bzw. erwähnt. Teilweise werden auch Ausdrücke wie «ambulante Versorgung zu Hause», «Hilfe zu Hause» verwendet oder es wird auf Betreuungsbedarf aufgrund von alters- oder fragilitätsbedingten Einschränkungen Bezug genommen. Gleichzeitig ist der Betreuungsbegriff (wo er zur Anwendung kommt) nicht mit einheitlicher Bedeutung hinterlegt. In Einzelfällen wird «Betreuung» auch als Überbegriff für Pflege, Betreuung und Hilfe oder auch als Synonym zu Versorgung verwendet (analog KVG, wo auch von der «medizinischen Betreuung» die Rede ist).

Im Regelfall werden drei unterschiedliche Aspekte in den kantonalen Rechtsgrundlagen geregelt, welche Betreuung betreffen:

- Aufteilung der Zuständigkeit (und Finanzierung) zwischen Kanton und Gemeinden: Dies kann verschiedene Aspekte umfassen. Es kann geregelt werden, wer für welche Aufgaben (z.B. Zuständigkeit für Pflege und Betreuung allgemein; oder nur Aufsicht über Anbieter im Bereich Hilfe zu Hause) zuständig ist und wie die jeweilige Zuständigkeit ausgestaltet wird (z.B. über Vergabe von Leistungsverträgen). Neben den Zuständigkeiten an sich, kann auch die Aufteilung der Finanzierung geregelt sein (für den Fall, dass Kanton und Gemeinden jeweils einen Anteil übernehmen).
- Regelung des Angebots (insofern der Kanton zuständig ist): Dies umfasst die Regelung der Angebote, welche der Kanton selbst zur Verfügung stellt und die Regelung der kantonalen Aufgaben, wie Beispiel die Bewilligungen und Anerkennung von Leistungsanbietern. Bei Zuständigkeit der Gemeinden definiert in gewissen Kantonen die kantonale Gesetzgebung den Rahmen dafür, welche Angebote von den Gemeinden bereitgestellt werden müssen.
- Anspruchsvoraussetzungen, In einigen Kantonen existieren in den Rechtsgrundlagen übergeordnete Grundsätze wie zum Beispiel Sozialziele in der Kantonsverfassung, welche begründen, dass Personen, welche unter anderem aufgrund des Alters Hilfe benötigen, ausreichende Unterstützung erhalten sollen. Oftmals werden diese allgemeinen Zielsetzungen bekanntermassen in Strategiedokumenten und Altersleitbildern konkreter ausformuliert (Stettler et al., 2020, S. 10–13) und damit die Anspruchsgruppen umrissen.

In Zusammenhang mit der Finanzierung durch Ergänzungsleistungen werden in den rechtlichen Grundlagen konkretere Anspruchsvoraussetzungen definiert, insbesondere bezüglich Finanzierung von Hilfe- und Betreuungsleistungen (inkl. Hilfsmittel) als Teil der Krankheits- und Behinderungskosten bei Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

Die Tabelle 5 im Anhang zeigt die Übersicht der relevanten kantonalen Rechtsgrundlagen für Betreuung. Im Abschnitt 2.4 wird für ausgewählte Kantone ausführlicher beschrieben, wie die Betreuung im Alter ausgehend von den Rechtsgrundlagen organisiert ist.

2.3 Angebote und Leistungen

Im Folgenden wird gestützt auf Fachliteratur sowie anhand der Ergebnisse der Interviews mit Vertreter/-innen von Kantonen, Städten und Organisationen dargestellt, an welchem Begriffsverständnis sich Leistungserbringer und Organisationen der Altershilfe bei der Betreuung in stationären, intermediären und ambulanten Versorgungssettings orientieren und wie die Betreuung in der Praxis ausgestaltet ist (Abschnitte 2.3.1 bis 2.3.3). Ergänzend wird aufgezeigt, welche Angebote die befragten Leistungserbringer und Organisationen für die Unterstützung und den Einbezug von Angehörigen und Freiwilligen sowie für die Information und Koordination des gesamten Bereichs Betreuung im Alter zur Verfügung stellen (2.3.4 und 2.3.5).

2.3.1 Betreuung in Institutionen

Begriffsverständnis

In der stationären Langzeitpflege gibt es kein einheitliches Begriffsverständnis von Betreuung und keine übergeordneten Standards für das Betreuungsangebot in den Heimen. Die Betreuung in Pflegeheimen steht dabei im Spannungsfeld zwischen dem fachlichen Begriffsverständnis und der Finanzierungslogik: Aus einer betriebswirtschaftlichen Perspektive ist Betreuung alles ausserhalb der pflegerisch-therapeutischen Leistungen (nebst KVG-pflichtigen Tätigkeiten auch pflegebezogene Aufgaben wie Ausbildungsbegleitung) und der Hotellerie (Imhof et al., 2010). Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist Betreuung eine Dimension professioneller Pflege, aber auch eine professionelle Querschnittsaufgabe, d.h. ein von allen im Heim aktiven Berufsgruppen mitgetragener Versorgungsauftrag, der von einer sorgenden Haltung gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern geprägt ist (Soom Amman & Bilger, 2016). Imhof et al. (2010) sprechen in diesem Zusammenhang von der «impliziten Betreuung», während die explizite Betreuung in Form von Programmaktivitäten oder in den Heimalltag integrierten Handlungen sichtbar wird. Der von Koppitz et al. (2013) entwickelte «Betreuungsindex» fokussiert auf die «implizite Betreuung» und somit die beziehungs- und interaktionsbasierte Ebene, welche Betreuung gemäss der Definition in Abbildung 1 (vgl. Abschnitt 2.1) als eigenständige Unterstützungsform ausmacht. Die 16 Items dieses Betreuungsindex (bestehend aus 3 Subskalen: Selbstbestimmung, emotionales Wohlbefinden, soziale Teilhabe) zeigen, anhand welcher Kriterien sich Betreuungsqualität in Pflegeheimen festmachen und messen lässt (vgl. Anhang, Abbildung 4).

Betreuungsangebot

Der Branchenverband CURAVIVA verfügt über keine spezifische Definition von Betreuung und keine Richtlinien bzgl. der Ausgestaltung und Angebote der Betreuung in Pflegeheimen. Die Kantone können im Rahmen der Qualitätsvorgaben an Heime entsprechende Vorgaben machen (z.B. Vorlegen eines Betreuungskonzepts als Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung). Insbesondere im Kontext der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz scheinen solche Vorgaben verbreitet zu sein.¹⁸ Nach Einschätzung des Interviewpartners von CURAVIVA bieten die

¹⁸ Für die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz existieren denn auch zahlreiche Orientierungshilfen und Qualitätsrichtlinien (z.B. SAMW, 2018; Alzheimer Schweiz & BAG, 2020); CURAVIVA stellt den Institutionen dazu auch Konzeptvorlagen zur Verfügung (vgl. curaviva.ch > Fachwissen > Demenz > Konzeptvorlagen für Pflege, Betreuung und Sicherheit).

Heime meist ein Grundangebot an Aktivierung (z.B. Veranstaltungen, einbinden der Bewohner/innen in Alltagsaktivitäten, begleitete Spaziergänge).¹⁹ Die betruerischen Handlungsfelder «Sinngestaltende Alltagsgestaltung» sowie «Soziale Teilhabe» sind damit zumindest teilweise abgedeckt – was aber konkret (und in welchem Umfang) angeboten wird, hänge stark von der Personaldotation ab. Dabei führe die Finanzierungslogik auch dazu, dass Pflegeheime stark von Gesundheitsfachpersonen geprägt sind und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit sozialen Berufen, welche auf die psychosoziale Betreuung spezialisiert sind (Fachpersonen Betreuung mit Fachrichtung Menschen im Alter, Soziale Arbeit, Sozialpädagogik), in der Praxis in sehr unterschiedlichem Umfang erfolge.

Die Organisationen der Altershilfe Pro Senectute und SRK leisten (kantonal) punktuell im Bereich der Unterstützungsformen «Hilfe» und «Betreuung» Angebote auch für Personen in stationären Strukturen, bspw. administrative Hilfen oder Besuchsdienste. Allerdings sind solche Angebote von den Finanzhilfen des Bundes nach Art. 101^{bis} AHVG ausgeschlossen und werden nur angeboten, wenn eine kantonale Finanzierung dies ermöglicht.

2.3.2 Betreuung in intermediären Strukturen

Betreutes Wohnen

Mangels einheitlicher bzw. national verbindlicher Definition und Standards ist die Ausgestaltung und Begrifflichkeit bei den betreuten Wohnformen im Altersbereich sehr heterogen. Als intermediäre Angebotskategorie (angesiedelt zwischen dem Verbleiben zu Hause und dem Heim) kombiniert Betreutes Wohnen eine altersgerechte Bauweise und Wohnumgebung mit der Bereitstellung spezifischer Hilfs- und Unterstützungsangebote. Die barrierefreie Ausgestaltung der Wohneinheiten (und deren sozialräumliche Anbindung) dient dazu, die selbständige Lebensgestaltung zu ermöglichen und zu fördern. Bei der angebotenen «Betreuung» wird gemeinhin unterschieden zwischen einem Basispaket an Unterstützungsleistungen, welche als Bestandteil der Miet- bzw. Nebenkosten pauschal abgegolten werden (unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug), und weiteren Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen, welche nach Bedarf vermittelt und gegen separate Entschädigung erbracht werden (Bannwart et al., 2022).

Art und Umfang der im Betreuten Wohnen angebotenen Grundleistungen variieren sowohl auf dem Anbietermarkt als auch in den kantonalen Regelungen. Typisch ist jedoch die Gewährleistung rascher Hilfe in Notfallsituationen, die regelmässige Präsenz oder Erreichbarkeit einer Ansprechperson sowie Angebote zur sozialen Teilhabe. Im theoretischen Modell des Betreuten Wohnens von Imhof & Mahrer Imhof (2018) werden vier Stufen mit unterschiedlichem Umfang an Hilfs- und Betreuungsleistungen differenziert (vgl. Tabelle 1 in Abschnitt 3.2.1). Auf der Stufe D mit dem geringsten Leistungsangebot spielt der betruerische Aspekt im Sinne der Beziehungsebene eine untergeordnete Rolle («Kundenmodell»), während den anderen Stufen einen präventiven und fördernden Ansatz verfolgen, welche einen Beziehungsaufbau und sorgende Zuwendung zu den Bewohner/innen erfordern (Imhof & Mahrer Imhof, 2018, S. 22). Welche Rolle der Beziehungsebene in der Praxis tatsächlich beigemessen wird, lässt sich jedoch schwer beurteilen. Nach Einschätzung von Heinzmann et al. (2020) steht beim Betreuten Wohnen generell das Dienstleistungsangebot (Wäscheservice, Reinigung, Mahlzeiten etc.) im Vordergrund. Gemäss den mündlichen Angaben von

¹⁹ Einblick in die Ausgestaltung der Betreuung in Heimen gibt auch die (nicht abschliessende) Tätigkeitsliste der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL, 2015).

CURAVIVA ist die Beziehungsdimension jedoch integraler Bestandteil des Betreuten Wohnens (reines «Alterswohnen mit Notrufknopf» sollte nach diesem Verständnis nicht in diese Angebotskategorie gehören).

Eintritte ins Betreute Wohnen sehen vielfach mit Einsamkeit, fehlender sozialer Einbettung (kaum informelle Unterstützung) und/oder einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis (Angst, dass alleine zu Hause etwas passieren könnte) in Verbindung (Bannwart et al., 2022). Nebst den Dienstleistungen (Hilfe) sind die Angebote des Betreuten Wohnens daher primär in den Handlungsfeldern Soziale Teilhabe, Betreuung und Alltagskoordination sowie Sicherheit und Überwachung anzusiedeln.

Tages- und Nachtstrukturen

Tages- und Nachtstrukturen bieten während mehreren Stunden pro Tag oder über Nacht Betreuung für ältere Menschen an und leisten damit einen Beitrag zur Entlastung betreuender Angehöriger. Die bestehenden Angebote sind vielfach auf spezifische Beeinträchtigungen, komplexe Pflege- und Betreuungssituationen (z.B. Palliative Care) oder Krankheiten spezialisiert (z.B. Demenz). In der Regel sind die Tages- und Nachtstrukturen auf wiederkehrende / regelmässige Aufenthalte ausgerichtet. Welcher (implizite oder explizite) Betreuungsbegriff diesen Angeboten zugrunde liegt und was unter «Betreuung» konkret angeboten wird, dürfte je nach Anbieter variieren. Die Ausgestaltung des Betreuungsangebots ist gemäss Neukomm et al. (2019) unterschiedlich, generell spielen jedoch in Tagesstrukturen die Alltagsgestaltung, Verpflegung, Beschäftigung und Aktivierung eine wichtige Rolle, während bei Nachtstrukturen häufig auch medizinische Pflege zum Angebot gehört. Gemäss Werner et al. (2021) sind knapp 60% der Tages- und Nachtstrukturen an Alters- und Pflegeheime angeschlossen; für sie dürften die Ausführungen unter Abschnitt 2.3.1 sinngemäss gelten. Nebst den Heimen bieten jedoch auch gemeinnützige Organisationen (23% der Angebote), gewinnorientierte Trägerschaften (11%) und Gemeinden (8%) Tages- oder Nachtstrukturen an.

2.3.3 Betreuung für zu Hause Wohnende

Ambulante Hilfe und Betreuung wird (nebst Angehörigen, welche in diesem Bereich eine zentrale Rolle spielen) durch eine Vielzahl informeller und professioneller Dienste geleistet. Dazu gehören nebst Organisationen der Altershilfe auch private und gemeinnützige Spitex-Organisationen, welche sowohl Hilfe und Betreuung als auch KVG-pflichtige Pflegeleistungen anbieten. Die im Folgenden beschriebenen Leistungen und Angebote sind dabei nicht nur für Personen im angestammten Zuhause sondern auch im Kontext des Betreuten Wohnens relevant.

Begriffsverständnis und Betreuungsangebot der Spitex

Ähnlich wie in der stationären Langzeitpflege ist auch in öffentlichen Spitex-Organisationen der Betreuungsbegriff von der Finanzierungslogik bestimmt: Betreuung wird zunächst negativ verstanden als Leistungen, welche nicht Pflege im Sinne von Art. 7 KLV ist. Innerhalb dieser nicht-pflegerischen Leistungen differenziert die Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause des Bundesamts für Statistik (BFS) zwischen den Kategorien «Hauswirtschaft und Sozialbetreuung», «Mahlzeitendienst» sowie «Weiteren Leistungen» (Letztere umfassen einerseits KVG-pflichtige Leistungen ausserhalb Art. 7 KLV wie z.B. Stillberatung, andererseits auch nicht-KVG-pflichtige Hilfs- und Unterstützungsleistungen wie Nachtwachen oder Fahr- und Begleitdienste, vgl. BFS, 2022).

Spitex Schweiz hat 2016 ein Grundlagenpapier zu hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen in der Non-Profit Spitex verfasst. Ziel der nicht-pflegerischen Unterstützung ist das För-

dern und Erhalten der selbständigen Lebensführung und der Lebensqualität, die Vermeidung sozialer Isolation und der Verbleib in gewohnter Umgebung auch bei gesundheits- oder altersbedingten Einschränkungen. Die beiden Komponenten «Hauswirtschaft» und «Sozialbetreuung» gehören aus Sicht der Spitex untrennbar zusammen, da die Unterstützung über die rein hauswirtschaftliche Dienstleistung stets auf Früherkennung und Prävention ausgerichtet ist.²⁰ «Reine» hauswirtschaftliche Leistungen gehören nicht zum Grundangebot der Spitex, da entsprechende Tätigkeiten stets darauf angelegt seien, signifikante Veränderungen im Gesundheitszustand, der psychischen Befindlichkeit, der kognitiven Fähigkeiten oder der Mobilität zu erkennen und bei Bedarf Massnahmen einzuleiten.

Spitex Schweiz unterscheidet zwischen einem Grundangebot an hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen, welche als unabdingbar für die Gewährleistung der selbständigen Alltagsbewältigung betrachtet werden («Bedarfsleistungen»), und bedürfnisorientierten Zusatzangeboten oder «Komfortleistungen», welche nicht in den staatlichen Auftrag gehören und nicht durch öffentliche Gelder mitfinanziert werden sollen. Der Grundleistungskatalog umfasst sowohl Hilfeleistungen (z.B. Bett beziehen, Abwaschen etc.) als auch Unterstützung im Sinne der betreuerischen Handlungsfelder (siehe oben Abschnitt 2.1), z.B. Beratung bei der Haushaltorganisation, Einkaufen mit Klient/-innen, Gesellschaft leisten beim Essen oder Gespräche in schwierigen Situationen mit dem Ziel, Ressourcen für den zukünftigen Lebensweg zu erkennen (Spitex Schweiz, 2016 und 2022).

Nach Einschätzung von Spitex Schweiz bieten immer mehr Spitex-Organisationen auch bedürfnisorientierte Zusatzleistungen in den Bereichen Hilfe und Betreuung an. Das Angebot ist je nach Spitex-Organisation unterschiedlich, teilweise werden die Leistungen in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wie z.B. Pro Senectute erbracht. Gewisse Spitex-Organisationen haben für diesen Leistungsbereich auch eigene Tochterfirmen gegründet. Wie das Beispiel der Spitex-Tochterfirma Bellevie zeigt, umfasst das entsprechende Angebot sowohl Hilfestellungen mit Dienstleistungscharakter (z.B. Schönheitspflege, Gartenarbeit) als auch Tätigkeiten, welche den betreuerischen Handlungsfeldern zugeordnet werden können (z.B. gemeinsam mit den Klient/-innen durchgeführte Hausarbeiten, Begleitung, Nachtbetreuung).

Begriffsverständnis und Betreuungsangebot von Alters- und Behindertenorganisationen

Auch bei Pro Senectute und dem SRK, beides nationale Organisationen, die nebst der Spitex stark im Bereich der Betreuung für zuhause Wohnende tätig sind, wird Betreuung grundsätzlich in Abgrenzung zum Pflegebereich verstanden. Es existieren keine expliziten Definitionen auf nationaler Ebene, und auch auf kantonaler Ebene dürfte dies nach Auskunft der Interviewten nicht oft der Fall sein. Aus fachlich-konzeptioneller Sicht verstehen die Interviewpartner/-innen Betreuung durchaus als einen Themenbereich mit eigener Geltung und verweisen darauf, dass ein Bedarf an Betreuung im Alter – aufgrund zunehmender Fragilität – auch ohne vorhandenen Pflegebedarf gegeben sein könne. Beide Organisationen unterscheiden in der Praxis nicht zwischen den Unterstützungsformen «Hilfe» und «Betreuung», orientieren sich also an einem breiten Begriffsverständnis von Betreuung im Alter. Bei Pro Senectute wird von «Hilfen zu Hause» gesprochen, beim SRK von «Unterstützung im Alltag».

Bei Pro Senectute sind die kantonalen Pro Senectute-Organisationen (PSO) relativ selbständig in der Ausgestaltung ihrer Angebots-Portfolios. Eine breite Palette von Hilfs-Angeboten wie hauswirt-

²⁰ Demnach gibt es auf nationaler Ebene auch keine separaten Tätigkeitslisten, welche zwischen «hauswirtschaftlichen» und «sozialbetreuerischen» Leistungen differenzieren.

schaftliche Unterstützung, Mahlzeitendienste, Fahrdienste, administrative Hilfen etc. und von stärker der Unterstützungsform «Betreuung» zuzuordnenden Angeboten wie Begleitdienste, Besuchsdienste, individuellen Bewegungskoachings zuhause werden – mit kantonal unterschiedlichen Schwerpunkten – angeboten. In einzelnen Kantonen sind die PSO auch als Spitex tätig. Das SRK bietet schweizweit Notrufdienste, Fahrdienste, Einkaufsdienste und Unterstützungsleistungen im Bereich Palliative Care an. Einige Kantonalverbände bieten zusätzlich Begleit- und Besuchsdienste an. Zwei Kantonalverbände sind auch als Spitex tätig.

Bei Alzheimer Schweiz werden die Bereiche der Betreuung und der Pflege wie erwähnt als konsequent zusammengehörig verstanden. Es wird betont, dass bei Demenzkranken die Abgrenzung von Pflege und Betreuung nicht bedarfsgerecht sei, da ein Beziehungsaufbau zu einem kleinen Kreis Unterstützung leistender Personen zentral sei. Allerdings ist durch die fragmentierte Finanzierungs- und Versorgungslogik von Betreuung und Pflege dieser Anspruch schwierig umzusetzen. Alzheimer Schweiz strebt an, diese Problematik für die Erkrankten möglichst zu mildern, indem die beiden Systeme auf individueller Ebene von den Begleitpersonen möglichst gut koordiniert werden.

Es gibt verschiedene Angebote im ambulanten Bereich von Alzheimer Schweiz und dessen Sektionen, die sich direkt an die Erkrankten richten, meistens aber auch an die Angehörigen. Darunter fallen Angebote im Bereich «Freizeit und Geselligkeit», wie Ferienangebote für Erkrankte und ihre Angehörigen, Alzheimer-Cafés, begleitete Spaziergänge, Tanznachmittage, aber auch gezielt präventive Angebote wie Gedächtnistrainings. In einzelnen Kantonalverbänden werden Selbsthilfegruppen initiiert und begleitet und es bestehen aufsuchende Angebote, die bei den Erkrankten zuhause während des Krankheitsverlaufs konkrete begleitende Unterstützung bieten, damit sich Erkrankte und Angehörige mit der sich ändernden Situation zurechtfinden. Ebenfalls in einzelnen Kantonssektionen existiert ein Angebot an 24h-Präsenz, um einen längeren Verbleib im angestammten Zuhause zu ermöglichen und eventuell Angehörige zu entlasten. Ein zentraler Angebotsbereich von Alzheimer Schweiz und den Kantonssektionen sind Beratungsangebote, Kurse und Weiterbildungen für Erkrankte, Angehörige und weitere Personenkreise.

Für die auf spezifischen Betreuungsbedarf ausgerichteten Organisationen Fragile Suisse, age+ und Pro Mente Sana ist der Begriff der Betreuung kaum relevant. In ihrem Arbeitsbereich ist eher von «Assistenz im Alltag» oder von «Begleitung» die Rede. Diese Organisationen erbringen punktuell Leistungen wie Wohnbegleitung (Fragile Suisse) oder Treffpunkte (Pro Mente Sana), die aber nicht spezifisch auf ältere Personen ausgerichtet sind.

2.3.4 Angebote für betreuende Angehörige

Ein wesentlicher Teil der Betreuung im Alter wird informell von betreuenden Angehörigen (Familienangehörige und weitere nahestehende Personen aus dem sozialen Umfeld) erbracht (BAG, 2021). Welche Unterstützungs- und Entlastungsangebote werden für diese Personen durch die öffentliche Hand, durch Leistungserbringer und Organisationen der Altershilfe bereitgestellt?

In der stationären Langzeitpflege sieht CURAVIVA beim Handlungsfeld Beratung und Koordination eher noch Entwicklungspotenzial. Es gibt zwar Heime, in denen gerontologische Fachpersonen nicht nur für die Unterstützung der Bewohner/-innen, sondern auch für den Einbezug der Angehörigen zuständig sind. Entsprechende Beratungs- und Vernetzungsleistungen (auch mit den formellen und informellen Akteuren im Sozialraum) sind jedoch stark von der Personaldotation im Heim bzw. den (engen) finanziellen Spielräumen abhängig.

Im ambulanten Bereich fungiert die Spitex selbst als Entlastungsdienst, indem Spitex-Dienste Aufgaben im Bereich der Hauswirtschaft, Betreuung und Pflege ständig oder temporär von betreuenden Angehörigen übernehmen. Die Beratung nicht nur von Klient/-innen, sondern auch von Angehörigen ist Bestandteil der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV. Zusätzlich bieten gewisse Spitex-Organisationen Schulungen und Beratung für betreuende Angehörige an (teilweise auch für Angehörige in Situationen ohne Spitex-Bezug, vgl. Stutz et al., 2019) oder stellen pflegende Angehörige als Mitarbeitende ein (zu Chancen und Herausforderungen dieses Modells siehe Nonnenmacher et al., 2021).²¹

Ein wichtiges Entlastungsangebot stellen die weiter oben bereits erwähnten Tages- und Nachtstrukturen dar, ergänzt durch Angebote für Kurzaufenthalte und Ferienbetten. Im ambulanten Bereich bedeuten vielfach die im vorangehenden Kapitel beschriebenen Unterstützungsleistungen für die betroffenen Personen eine indirekte Entlastung für Angehörige. Direkt zur Entlastung Angehöriger konzipiert sind die Entlastungsdienste von Pro Senectute, SRK und Alzheimer Schweiz und ihren jeweiligen kantonalen Sektionen. Diese Dienste werden mehrheitlich von Freiwilligen erbracht und können typischerweise einen halben Tag pro Woche abdecken (Stutz et al., 2019, S. 32f). Alle drei Organisationen erbringen Beratungsangebote für betreuende Angehörige.

2.3.5 Querschnittsleistungen

Zu den Querschnittsleistungen gehören Information / Kommunikation zu Hilfs- und Betreuungsangeboten im Alter sowie Anstrengungen zur Koordination der Angebote und zur Angebotsentwicklung insgesamt.

Eine gewisse Koordination der Angebote insgesamt erfolgt teilweise über eine Vernetzung unter den Leistungserbringenden. Die Abklärung und Koordination der von Klient/-innen benötigten Leistungen im Einzelfall ist Bestandteil der Leistungen gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. a KLV – wenn die Spitex involviert ist. Die Koordinationsaufgaben werden nach Einschätzung von Spitex Schweiz regional unterschiedlich umgesetzt und sind auch abhängig von der Vernetzung der jeweiligen Spitex-Organisationen mit anderen Leistungserbringern. Für die stationäre Langzeitpflege verweist CURAVIVA auf verschiedene Beispiele von Heimen, welche im Sozialraum gut verankert sind und sich um die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern bemühen. Für entsprechende Initiativen seien die Rahmenbedingungen jedoch oft hinderlich und die Umsetzung von engagierten Einzelpersonen abhängig. Um Doppelspurigkeiten abzubauen, das Zusammenwirken zwischen dem professionellen und informellen Hilfesystem zu moderieren und auch den Zugang zu Hilfs- und Betreuungsangeboten mit niederschwelliger Beratung und Orientierung bzgl. der Unterstützungsmöglichkeiten zu verbessern, sollte die öffentliche Hand nach Ansicht von CURAVIVA eine aktivere Rolle spielen. Zwar wäre es auch denkbar, dass Leistungserbringende selber via Leistungsauftrag den Lead bei der Moderation und Koordination des Betreuungsangebots übernehmen. Allerdings sei dort die Gefahr grösser, dass Konkurrenzsituationen mit anderen Anbietern entstünden, was die Zusammenarbeit erschwere.

Pro Senectute Schweiz ist im Rahmen der Finanzhilfen des Bundes zur Förderung der Altershilfe damit beauftragt, auf nationaler Ebene (und via seine Unterorganisationen auf kantonaler Ebene)

²¹ Gemäss Urteil des Bundesgerichts dürfen bei einer Spitex-Organisation angestellte Familienangehörige Leistungen der Grundpflege zulasten der OKP erbringen. Die Frage, inwiefern sich daraus ein Geschäftsmodell entwickelt hat, wird politisch kontrovers diskutiert und die künftige Rolle und Ausgestaltung dieses Ansatzes ist aktuell noch nicht absehbar. In der Frühlingssession 2023 wurden dazu mehrere Vorstösse eingereicht (Ip 23.3191 Roudit, Mo 23.3316 Burgherr, Ip 23.3403 Hess, Ip 23.3426 Germann). Der Bundesrat hat einen Bericht zum Thema in Aussicht gestellt.

Massnahmen im Bereich Koordination und Entwicklung umzusetzen.²² Gemäss dem laufenden Subventionsvertrag (2022–2025)²³ zielen diese Aufgaben einerseits darauf, dass vulnerable ältere Menschen und deren Bezugspersonen in der ganzen Schweiz auf ein koordiniertes, einheitliches, effizientes, effektives und qualitativ hochstehendes Unterstützungsangebot zurückgreifen können, welches möglichst lange eine selbstbestimmte Lebensführung im angestammten Zuhause ermöglicht. Andererseits gehört auch die Information und Sensibilisierung zu altersrelevanten Themen, Angeboten und Entwicklungen zum Leistungsauftrag.

2.4 Situation in ausgewählten Kantonen und Städten

Anhand von ausgewählten, im Themenbereich der Altersbetreuung aktiven Kantonen und Gemeinden, bzw. Städten, wird aufgezeigt, wie der Bereich «Betreuung im Alter» dort ausgestaltet ist. Es wird untersucht, ob die Kantone eigene Definitionen des Begriffes Betreuung kennen, wie die Aufgaben und Kompetenzen verteilt sind, welches die wesentlichen Grundzüge der Regelung der Angebote/Leistungen und Finanzierung sind und welche Leistungen von den Kantonen bzw. Städten selbst angeboten werden. Um diese Informationen zu erheben, wurden Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Kantone und Städte geführt. Es werden die Kantone Zürich, Freiburg, Waadt, Bern, St. Gallen und Basel-Landschaft und die Städte Zürich und Bern portraitiert.

2.4.1 Kanton Zürich

Definition

Im Kanton Zürich existiert keine explizite, übergreifend geltende Definition von «Betreuung im Alter». Im Altersbericht von 2009 (Alterspolitik im Kanton Zürich, 2009) wird der Begriff «Betreuung» in Zusammenhang mit der (medizinischen) Pflege genannt. Auch wird im Kontext der Themen «Bildung» und «Soziale Situation» von Bedürfnissen der älteren Bevölkerung gesprochen, die den Bereich der Betreuung betreffen. In der Verordnung über die Pflegeversorgung (855.11) werden im Abschnitt «Nicht-pflegerische Spitex-Leistungen» die notwendigen hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen geregelt (§7). Diese umfassen in den Bereichen «Wohnen und Haushalt», «Verpflegung» und «Diverses». Es handelt sich also hauptsächlich um hauswirtschaftliche Leistungen, ergänzt mit Leistungen wie Gehbegleitung auswärts und Erledigung kleiner administrativer Aufgaben.

Im Bereich der Ergänzungsleistungen (im Kanton Zürich «Zusatzleistungen» genannt) ist zurzeit eine Verordnungsänderung zur erweiterten Vergütung von Betreuungsleistungen im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten in Arbeit. Darin wird gemäss den befragten kantonalen Fachpersonen «Betreuung» recht offen gefasst bzw. an Zielsetzungen orientiert (analog «Wegweiser»). Es ist vorgesehen, auf Weisungsebene die 6 Handlungsfelder des «Wegweisers» zu adressieren. Im Entwurf zum Antrag des Regierungsrats wird unter «Hilfe und Betreuung zuhause» von Unterstützung bei der Haushaltführung sowie psychosozialer Betreuung/Begleitung (zuhause wie auch ausser Haus) gesprochen. Dienstleistungen wie Entlastungsdienste, Mahlzeitendienste etc. wurden ebenfalls in den zu vergütenden Leistungskatalog aufgenommen.

²² Pro Senectute Schweiz erhält hier gemäss laufendem Leistungsvertrag mit dem BSV diese Aufgabe der Koordination auf nationaler Ebene und nimmt damit gegenüber den anderen nationalen Organisationen im Altersbereich eine spezifische Rolle ein.

²³ Subventionsvertrag zwischen dem BSV und Pro Senectute Schweiz 2022–2025, zugänglich unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/finanzhilfen/altershilfe.html>.

Aus Sicht der befragten kantonalen Fachpersonen besteht kein Bedarf für eine generelle Definition des Betreuungsbegriffs. Der Kanton orientiert sich stark an den konkreten Leistungsangeboten in der Praxis.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Die Zuständigkeit für die Betreuung und Pflege im Alter (wie auch für die Zusatzleistungen) liegt weitgehend bei den Gemeinden. Im Bereich der Pflege und Hilfe zuhause sind die Gemeinden laut dem kantonalen Pflegegesetz verpflichtet, ein ausreichendes Spitex-Angebot bereitzustellen. Über 100 der 160 Gemeinden haben sich der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich (GeKoZH) angeschlossen, die sich nebst Fragen der stationären und ambulanten Pflegeplanung und -versorgung auch mit integrierter Versorgung und dem Querschnittsthema «Alter» befasst.

Auf kantonaler Ebene teilen sich die Sicherheitsdirektion (Sozialamt) und die Gesundheitsdirektion die – allerdings wenigen – Aufgaben in der Altersbetreuung.

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Die stationäre und ambulante Pflegeversorgung im Kanton Zürich wird durch das Pflegegesetz (855.1) geregelt. Dazu kann die öffentliche Hand eigene Einrichtungen betreiben oder von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Organisationen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen können eingesetzt werden. Unter dem Titel «Angebot» werden – nebst medizinischer Pflege gemäss KVG – «notwendige Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung in Pflegeheimen» sowie «notwendige Leistungen im hauswirtschaftlichen und betreuenden Bereich» genannt für Personen, die unter anderem wegen ihres Alters nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen. Gemeint mit letzteren sind gemäss Gesetzestext die nichtpflegerischen Spitex-Leistungen (§5 Abs. c und d Pflegegesetz).

Betreuungskosten im stationären Bereich gehen grundsätzlich zulasten der Bewohner/-innen, wobei in öffentlich anerkannten Institutionen (Pflegeheimliste) höchstens kostendeckende Taxen abgerechnet werden können. Im ambulanten Bereich gehen Kosten für nichtpflegerische Spitex-Leistungen im Sinne von §7 der Pflegeversorgungsverordnung zur Hälfte zulasten der älteren Person, die andere Hälfte muss von der Wohngemeinde getragen werden. Dies gilt allerdings nur für von den Gemeinden beauftragte Anbieter. Bei privaten Anbietern gehen die Kosten vollständig zu Lasten der älteren Person. Eine «Kann»-Regelung ermöglicht den Gemeinden, die Kostenbeteiligung der Leitungsbezüger/innen ganz oder teilweise zu übernehmen (§12–§15 Pflegegesetz).

Über die genannten Leistungsbereiche und die Vergütung von Betreuungsleistungen im Rahmen der Krankheits- und Behinderungskosten hinausgehende Regelungen zur Betreuung im Alter existieren auf kantonaler Ebene nicht²⁴, oder sie weisen nur wenige Überschneidungen mit dem Bereich der Altersbetreuung auf, wie bspw. die seit 2022 laufenden kantonalen Aktionsprogramme für ältere Menschen im Rahmen von Gesundheitsförderung Schweiz.

Hinsichtlich Anforderungen und Qualitätssicherung erteilt der Kanton aufgrund des Gesundheitsgesetzes (810.1) Bewilligungen für Pflegeinstitutionen, Spitexbetriebe und selbstständig tätige Pflegefachpersonen. In diesem Rahmen findet eine Qualitätssicherung der Angebote statt, die sich jedoch fast ausschliesslich mit den pflegerischen Aspekten befasst.²⁵ Die Definition von Anforderungen

²⁴ Der Kanton ZH hat sich bewusst gegen eine separate Regelung des Betreuten Wohnens entschieden (vgl. u.a. Bannwart et al., 2022). Für den Bereich der Angehörigenbetreuung wurde ein separater Bericht erstellt (Kanton Zürich, 2013).

²⁵ Vgl. dazu die entsprechenden Merkblätter (Kanton Zürich, 2021b), (Kanton Zürich, 2021a), (Kanton Zürich, 2022).

und die Qualitätssicherung von Leistungen in der Altersbetreuung bleiben damit hauptsächlich den Gemeinden überlassen.

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

■ Der Kanton betreibt die Webseite «Leben im Alter» (<https://www.zh.ch/de/soziales/leben-im-alter.html>)

■ Der Kanton vergibt an das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich einen Leistungsauftrag in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsüberwachung. Das EBPI führt die Abteilung «Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich» die u.a. für die Durchführung der kantonalen Aktionsprogramme (Gesundheitsförderung Schweiz) zuständig sind.

2.4.2 Stadt Zürich

Definition

In der Stadt Zürich besteht aktuell noch keine klare Definition des Begriffes Betreuung. Eine solche Definition ist jedoch innerhalb der Stadt in Arbeit. Dafür werden die wissenschaftlichen Grundlagen beachtet wie auch die Angebote, welche die Stadt selbst zur Verfügung stellt. In der Praxis gehört aus Sicht der Stadt alles, was nicht über das KVG geregelt ist, potentiell zu Betreuung.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Die Stadt Zürich ist (im Vergleich zum Kanton) hauptsächlich zuständig für die Betreuung und Pflege im Alter und auch die Ausrichtung der Ergänzungsleistungen zur AHV («Zusatzleistungen»). Wie alle Gemeinden des Kantons ist die Stadt verpflichtet, ein ausreichendes Spitex-Angebot bereitzustellen.

Grundzüge der städtischen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Grundsätzlich gelten in der Stadt Zürich die gleichen Grundzüge der Regelungen wie im Kanton Zürich (beschrieben im Abschnitt 2.4.1). Für die Bereitstellung des Spitexangebotes können die Gemeinden und damit auch die Stadt Zürich eigene Spitex-Organisationen betreiben oder andere Anbieter (inkl. selbstständig tätige Pflegefachpersonen) beauftragen.

Die Finanzierung der Betreuung im ambulanten und stationären Bereich ist in der Stadt Zürich grundsätzlich analog zur Situation im ganzen Kanton Zürich. Die Stadt richtet im Bereich der Zusatzleistungen auch Gemeindegzuschüsse nach kommunalem Recht aus. In diesem Rahmen vergütet die Stadt Zürich probeweise Betreuungs- und Hilfsmittelzuschüsse für AHV-Rentnerinnen und -Rentner mit Anspruch auf EL sowie Beiträge an Entlastungsangebote und die Akut- und Übergangspflege. Mit den Gemeindegzuschüssen können für Personen, die zuhause leben, Kosten für Betreuung und Hilfsmittel vergütet werden, welche nicht bereits über die Krankheits- und Behindernungskosten übernommen werden. Die berechtigten Personen müssen für die Erhaltung ihrer Wohnautonomie auf Betreuung und Hilfsmittel angewiesen sein und einen entsprechenden persönlichen Bedarf aufweisen. Es werden jährliche Zuschüsse von maximal 9600 CHF für effektive Betreuungskosten und 3000 CHF für Hilfsmittel geleistet. Dabei wurde bewusst darauf verzichtet, einen Leistungskatalog zu erstellen, damit individuell die richtigen Angebote ausgewählt werden können. Der individuelle Bedarf wird bei einem Hausbesuch geprüft.

Die Beiträge an Entlastungsangebote und die Akut- und Übergangspflege können AHV-Rentnerinnen und -Rentner in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen beantragen, wenn sie zuhause

wohnen und die entsprechenden Beträge nicht durch Zusatzleistungen bereits gedeckt werden. Als Indikator für bescheidene wirtschaftliche Verhältnisse wird der Anspruch auf Verbilligung der Krankenkassenprämien verwendet. Eine Bedarfsabklärung des Pflege- und Betreuungsbedarfs wird aufgrund des administrativen Aufwands nicht durchgeführt. Während für die Pflegekosten die Krankenversicherung aufkommt, finanziert die Stadt die anfallenden Kosten für Hotellerie und Betreuung. Es werden maximal 6000 CHF pro Jahr vergütet. Es wird davon ausgegangen, dass damit ein durchschnittlicher Aufenthalt in den entsprechenden Angeboten finanziert werden kann.

Die Qualitätssicherung nimmt die Stadt Zürich für ihre eigenen Angebote vor. Im Bereich der Pflege unterstehen Heime und die öffentliche Spitex dem Bezirksrat.

Von der Stadt Zürich selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

- Alters- und Pflegeheime / Tagesstrukturen
- Städtische Stiftung für Alterswohnen mit einem Angebot für Alterswohnungen mit Dienstleistungen (Notfall, Wäsche, Betreuung)
- Spitex
- Für betreuende Angehörige: Entlastungsangebote, Beratung, Gesprächsgruppen, Forum, Veranstaltungsreihen
- Querschnittleistungen: Informationen zu vorhandenen Angeboten, Beratung durch die Fachstelle Alter; Angebotsentwicklung durch das Gesundheitsdepartement
- Sozialraumorientierte und aufsuchende Angebote: Quartierbegehungen geplant, stärkere Vernetzung in den Quartieren geplant

2.4.3 Kanton Freiburg

Definition

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffes der Betreuung im Kanton Freiburg. Der Grundsatz der Politik zur Betreuung von älteren Menschen ist jedoch in der Kantonsverfassung verankert. Diese besagt unter anderem, dass « les personnes âgées ont droit à la participation, à l'autonomie, à la qualité de vie et au respect de leur personnalité » (Art. 35 Cst) und « l'Etat et les communes favorisent la compréhension et la solidarité entre les générations » (Art. 62 Cst).

Für den Begriff Betreuung, wie er in dieser Studie (Abbildung 1) definiert ist, wird im Kanton Freiburg auf Französisch eher « accompagnement » als « prise en charge » genutzt. Laut der befragten kantonalen Expertin impliziert der Begriff « prise en charge », dass die ältere Person als bedürftig angesehen wird, während der Begriff « accompagnement » die Fähigkeiten der älteren Menschen hervorhebt, selbst zum sozialen Zusammenhalt beizutragen und Lösungen anzubieten, z.B. um andere, fragile ältere Menschen zu betreuen. Somit werte der Begriff « accompagnement » das Handeln der älteren Person stärker auf als der Begriff « prise en charge ».

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Im Kanton Freiburg spielen die Gemeinden eine wichtige Rolle in der Betreuungspolitik für ältere Menschen. Nach dem Gesetz über die Seniorinnen und Senioren (SenG), muss jede Gemeinde ihr eigenes Konzept entwickeln und die Massnahmen festlegen, die sie umsetzen will, um die Bedürfnisse ihrer Bevölkerung in Ergänzung zu den Massnahmen des Kantons zu decken (Art. 4). Der Kanton setzt allgemeinere Massnahmen wie Umfragen, Evaluationen, die Organisation von Veranstaltungen oder Informationssitzungen und die Herausgabe von Broschüren um. Die Gemeinden

müssen dieses Angebot in ihren Zuständigkeitsbereichen ergänzen, insbesondere durch den Ausbau der sozialen Betreuung, der Infrastruktur und des Wohnraums. Die Gemeinden sind für die Umsetzung der Massnahmen verantwortlich.

Im Bereich der sozialmedizinischen Leistungen sind die Gemeinden gemäss dem Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG) unter anderem dafür zuständig, mit den Leistungserbringern zusammenzuarbeiten, um die Koordination der sozialmedizinischen Betreuung zu Hause und in Pflegeheimen zu gewährleisten (Art. 11 Abs. 1). Um dies zu erreichen, schliessen sich die Gemeinden nach Bezirken in Gemeindeverbänden zusammen. Diese Verbände müssen das Angebot an sozialmedizinischen Leistungen sicherstellen, um den Bedarf ihrer Bevölkerung zu decken. Seit dem ersten Massnahmenplan Senior+ 2016-2020 sind die Gemeindeverbände dabei, in ihrem Gebiet Gesundheitsnetzwerke mit den Anbietern sozialmedizinischer Leistungen aufzubauen. Diese sind unter anderem für die Bedarfsermittlung und die Koordination zuständig. Es gibt 7 Gesundheitsnetzwerke, die den Regionen des Kantons entsprechen: Sarine, Singine, Gruyère, Lac, Glâne, Broye und Veveyse. Die Gesundheitsnetzwerke befinden sich derzeit je nach Region in unterschiedlichen Entwicklungsstadien, sollen aber langfristig für die Organisation der sozialmedizinischen Versorgung ihrer Bevölkerung zuständig sein.

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Laut dem SenG sollen «Seniorinnen und Senioren in die Gesellschaft eingebunden, ihre Bedürfnisse und Kompetenzen anerkannt sowie ihre Autonomie gewahrt werden» (Art. 1, Abs. 1). Der Kanton und die Gemeinden müssen insbesondere Massnahmen ergreifen, um den Verbleib von Personen, die kurz vor der Pensionierung stehen, im Erwerbsleben zu fördern, die Senior/-innen bei der Förderung und Erhaltung ihrer (körperlichen, geistigen und sozialen) Gesundheit zu unterstützen, die aktive Beteiligung zu fördern, den Zugang zu Pflegeleistungen und sozialer Betreuung zu gewährleisten und betreuende Angehörige und Freiwillige bei der Betreuung von gebrechlichen Senior/-innen zu unterstützen (Art. 5). Diese Interventionsbereiche werden in einem Gesamtkonzept (Senior+) präzisiert und die umzusetzenden prioritären Massnahmen werden in einem Mehrjahresplan festgelegt.

Sozialmedizinische Leistungen, die keine Pflegeleistungen sind, werden im SmLG definiert als «Leistungen (...) mit deren Hilfe die beanspruchende Person die elementaren Alltagsverrichtungen bewältigen kann und die darauf hinzielen, ein selbständiges Leben zu Hause oder die soziale Einbindung in eine Gemeinschaft zu fördern» (Art. 2, Abs. 2). Diese Leistungen umfassen Betreuungsleistungen, die zur Erhaltung und Entwicklung der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen beitragen, Leistungen für Hotellerie und Betreuung, die in Pflegeheimen erbracht werden, und Hilfeleistungen, die zu Hause erbracht werden (Art. 2 Abs. 3).

Der Kanton und die Gemeinden arbeiten mit Organisationen der Altershilfe und anderen im Altersbereich tätigen Partnern zusammen, um die verschiedenen Massnahmen zu entwickeln und Projekte für ältere Menschen umzusetzen. Diese betreffen vor allem zu Hause lebende Menschen, die gebrechlich sind.

Was die sozialmedizinischen Leistungen betrifft, so subventioniert der Kanton derzeit die von einem Gemeindeverband betriebenen oder beauftragten Spitexdienste mit 30 % der Kosten für das Personal, welches Hilfe- und Pflegeleistungen ausführt. Die Finanzierung des Bereichs der Pflegeheime ist Sache der Gemeinden. Laut der befragten Kantonsexpertin wird auch die Finanzierung der Spitex bald auf die Gemeinden übergehen.

Die übrigen Angebote und Massnahmen werden mehrheitlich von den Gemeinden finanziert. Aber das SenG sieht Finanzhilfen des Kantons für Projekte vor, die den Kontakt und Austausch zwischen den Generationen, die Förderung und Erhaltung der Gesundheitskompetenz von Seniorinnen und Senioren sowie die Sicherheit von Seniorinnen und Senioren fördern (Art. 7, Abs. 1). Nach Ansicht der befragten kantonalen Expertin finanziert der Kanton auch solche Projekte, um den Gemeinden zu zeigen, welche Massnahmen funktionieren können. Der Kanton kann auch private Organisationen beauftragen, das Leistungsangebot in diesen Bereichen zu erweitern, insbesondere in den Bereichen Seniorenbildung, seniorengerechter Wohnraum und Transport sowie Kurse und Beratungs- und Unterstützungsleistungen für betreuende Angehörige und Freiwillige, die sich um gebrechliche Senior/-innen kümmern (Art. 7 Abs. 2).

Die Kosten für die Betreuung in den Pflegeheimen sind von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu tragen, wobei die Möglichkeit besteht, über die Ergänzungsleistungen Beiträge zu beantragen. Für die Begleitung und Hilfe zu Hause gehen die Kosten ebenfalls zu Lasten der Begünstigten. Die Tarife für die Hilfe werden vom Staatsrat festgelegt. Der Kanton Freiburg bietet zudem eine Pauschalentschädigung an, die Eltern oder Angehörigen gewährt wird, die einer hilflosen Person regelmässig, in erheblichem Umfang und dauerhaft Hilfe leisten, damit diese zu Hause leben kann (maximal 25 Franken pro Tag).²⁶

Hinsichtlich Anforderungen und Qualitätssicherung sind die Anforderungen für die Anerkennung und Subventionierung von sozialmedizinischen Leistungserbringern erbrachten Leistungen im SmLG und in seiner Ausführungsverordnung festgelegt. Darin wird die Anerkennung der Pflegeheime und der Spitex geregelt. Für die anderen ambulanten Leistungen gibt es keine auf kantonaler Ebene festgelegten Qualitätsanforderungen. Die Gemeinden oder die Gesundheitsnetze können im Rahmen ihrer Konzepte jedoch solche für ihre eigenen Angebote festlegen.

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

■ Der Kanton Freiburg hat noch kein Angebot für betreutes Wohnen entwickelt, ist aber dabei, sich mit dieser Thematik und im weiteren Sinne mit Fragen des Wohnens für Senior/-innen auseinanderzusetzen. Dies geschieht durch die Organisation von Foren, den kontinuierlichen Austausch mit Immobilienpartnern, Gemeinden und Verbänden, aber auch durch die Förderung von Gemeinden, die Pionierstrukturen aufgebaut haben, und die Vermittlung von Kontakten zu Stiftungen, die diese Art von Projekten finanzieren können. Der Kanton beabsichtigt insbesondere, Pilotprojekte für soziale Hausmeisterdienste in bestimmten Stadtvierteln zu finanzieren. Diese Pilotprojekte sehen vor, dass Personen zur Verfügung stehen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern eine individuelle Betreuung anbieten, kollektive Momente organisieren und die Betreuung mit anderen Anbietern koordinieren. Dies könnte durch sozialpädagogische Assistentinnen und Assistenten von Organisationen wie Pro Senectute geschehen oder durch traditionelle Hauswartungen, die ihren Mitarbeitern eine zusätzliche Ausbildung anbieten würden.

■ Der Kanton gibt Broschüren zu den verschiedenen Kernthemen heraus und unterhält eine Website mit den wichtigsten Informationen. Der Kanton möchte in Zukunft mehr in diese Kommunikationsaspekte investieren. Für die Information und Orientierung in ihrem Gebiet sind die Versorgungsnetze verantwortlich.

²⁶ Diese Entschädigung wird auf Ebene der Gemeindeverbände geregelt, die ein Reglement über die Gewährung der Entschädigung ausarbeiten und einen Betrag festlegen müssen. Die Gemeinden zahlen die Pauschalentschädigung und die Gesundheitsnetze sind für die Beurteilung der Situation zuständig, um die Gewährung der Entschädigung festzulegen.

■ Die auf das soziale Umfeld ausgerichteten Angebote werden im nächsten Massnahmenplan vertieft ausgebaut. Die Gemeinden haben in diesem Bereich einen grossen Bedarf festgestellt und die Angebote werden in Zukunft weiter ausgebaut, insbesondere mit Organisationen, die bereits gewisse Projekte haben, wie z.B. soziale Hauswarte oder generationenübergreifende Projekte. Einige Regionen wie Gruyère oder Sense haben zum Beispiel eigene Projekte in diesem Bereich entwickelt (vgl. dazu Abschnitt 4.2.1).

2.4.4 Kanton Waadt

Definition

Im Kanton Waadt gibt es bisher keine eingehenden konzeptionellen Überlegungen zum Begriff Betreuung. Um die Leistungen zu beschreiben, die in unserer Grafik unter dem Begriff Betreuung zusammengefasst sind, verwendet der Kanton Waadt den Begriff «accompagnement». Laut den befragten kantonalen Expertinnen ist der Begriff «prise en charge» zu paternalistisch, während der Begriff «accompagnement» egalitärer ist. Für die Expertinnen ist es wichtig, sich zu überlegen, welche Begriffe man in Zukunft für diese Leistungen verwenden will.

Die betreffenden Leistungen existieren im Kanton Waadt jedoch seit langem und sind in gesetzlichen Grundlagen verankert. Die gesetzlichen Grundlagen, die die Finanzierung der verschiedenen Leistungsarten regeln, erwähnen die Leistungen, die in den Bereich «accompagnement» fallen, der Bereich selbst ist aber nicht klar definiert.

Um den Begriff, bzw. den Anspruch, «gute Betreuung» zu konkretisieren, können die wichtigsten Punkte aus dem Inspektionsraster der «Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS)» verwendet werden: Die Berücksichtigung der Bedürfnisse und der aktuellen Wünsche älterer Menschen, ihr Zugang zu Informationen, die Achtung ihrer Wahlfreiheit, das Angebot an individuellen sozialen Aktivitäten, Gruppenaktivitäten und Aktivitäten ausserhalb der Einrichtung und die Ausarbeitung eines individuellen Betreuungskonzeptes.

Die Trennung zwischen Pflegeleistungen und anderen Leistungen ist aus Sicht des Kantons Waadt in praktischer Hinsicht aufgrund der Finanzierung nach KVG ziemlich klar. Die Trennung der Bereiche Hilfe und Betreuung ist allerdings weniger deutlich. Der KVG-Rahmen wird als einschränkend angesehen, da Grauzonen bestehen, in denen eine Begleitperson Pflege leistet, indem sie zum Beispiel soziale Aktivitäten durchführt, da diese der Pflege und der Krankheitsprävention dienen. Ein Teil solcher Aktivitäten wird als Pflege angesehen und ein Teil nicht, wobei manchmal minimale Nuancen über die Zuteilung entscheiden.

Diese Aufteilung ist insofern entscheidend, da der Kanton für die Finanzierung von allem, was nicht zur Pflege gehört, zuständig ist (wobei der Kanton die Kosten der Betreuungsleistungen allerdings nicht vollständig übernimmt). Die Finanzierung der Betreuung wird von den befragten Expertinnen als eine wichtige Herausforderung angesehen. Angesichts der künftigen Bedarfsentwicklung rechnen sie mit Finanzierungsproblemen.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Die gesamte Alterspolitik im Kanton Waadt wird vom Kanton gesteuert, der dafür verantwortlich ist, im gesamten Kanton ein faires und gleichberechtigtes Angebot bereitzustellen, die Ressourcen zuzuteilen und die Angebote auszubauen. Die Gemeinden können zusätzliche Initiativen ergreifen, haben aber keine operativen Steuerungskompetenzen und es gibt keinen Bereich, der eindeutig an

die Gemeinden delegiert wurde. Es gibt jedoch eine Vertretung der Gemeindeverbände in der Association vaudoise d'aide et soins à domicile (AVASAD) und in den «Réseaux Santé».

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Die Leistungen, die in diesem Projekt unter dem Begriff Betreuung zusammengefasst werden, sind im Kanton Waadt hauptsächlich im Gesetz «Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)» sowie im Ausführungsreglement zum Gesetz über die Ergänzungsleistungen aufgeführt. Letzteres wird zudem ergänzt mit einem detaillierten Leistungskatalog der aufzeigt, für welche Leistungen eine Rückerstattung über Ergänzungsleistungen möglich ist.

Die im LAPRAMS genannten Leistungen werden nach den verschiedenen Bereichen differenziert. Für den Verbleib zu Hause werden insbesondere Hilfe, Unterstützung, Begleitung und psychosoziale Betreuung, Massnahmen zur Unterstützung des Umfelds, Massnahmen zur Förderung des Zugangs zu Verkehrsmitteln, Information und Sozialberatung, Massnahmen zur Förderung der sozialen Integration und der Selbsthilfe sowie fachliche Beratung genannt. In den intermediären Strukturen (temporäre Aufnahmezentren, betreutes Wohnen) handelt es sich um Leistungen für Hotellerie und Betreuung, Transporte, Animation und psychosoziale Leistungen. Im stationären Bereich sind die erwähnten Leistungen für Hotellerie und Betreuung, psychosoziale Leistungen und soziale Unterstützung (Betreuung, Unterstützung, Zuhören, Information, Beratung und Vermittlung an andere Organisationen). Für die Ergänzungsleistungen wird im Leistungskatalog detailliert aufgeführt, für welche Leistungen und unter welchen Bedingungen eine Erstattung möglich ist.

Was die Finanzierung dieser Leistungen betrifft, so gibt es einen ausgleichenden Finanzierungsmechanismus namens «participation à la cohésion sociale». Die Gemeinden tragen ein Drittel und der Kanton zwei Drittel zu den im LAPRAMS enthaltenen Leistungen sowie zu den Subventionen für Organisationen der Altershilfe bei.

Im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause wird die Verantwortung für die Umsetzung der Politik der Hilfe und Pflege zu Hause der «Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)», dem öffentlichen Spitex-Verein, übertragen. Seine Leistungen müssen das gesamte Kantonsgebiet abdecken und er ist verpflichtet, die Betreuung von Personen mit entsprechendem Bedarf zu übernehmen. Das Gesetz über die öffentliche Spitex legt die Finanzierungsgrundsätze detailliert fest. Die AVASAD hat einen mehrjährigen Leistungsvertrag mit zwei Teilen. Der Teil, welcher Hilfe und Betreuung umfasst, fällt in den Zuständigkeitsbereich der Generaldirektion für sozialen Zusammenhalt, während die Generaldirektion für Gesundheit für den Pflgeteil zuständig ist. Die kantonale Subvention deckt den grössten Teil der Kosten der AVASAD, einschliesslich der Leistungen für Haushaltshilfe, Überwachung, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Hilfsmittel, Transport und Mahlzeitendienst. Aufgrund der Subventionen, sind diese Leistungen, für die die Empfänger (vorbehaltlich verschiedener finanzieller Hilfen) selbst aufkommen müssen, zu niedrigeren Preisen erhältlich. Die privaten Spitex-Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen werden von der öffentlichen Hand nur über die Restfinanzierung der Pflege finanziert. Einige private Spitex-Organisationen bieten Hilfe- und Begleitleistungen an, die von den Bezügerinnen und Bezüger selbst bezahlt werden. Im Kanton Waadt gibt es 49 sozialmedizinische Zentren der AVASAD, rund 50 private Spitex-Organisationen und etwa 350 selbstständige Pflegefachpersonen.

Die Finanzierung im Bereich der Pflegeheime wird im «Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES) und seiner Ausführungsverordnung geregelt. In diesem Bereich vergibt der Kanton Subvention an Heime oder Stiftungen, wenn diese als gemeinnützig anerkannt sind. Im Budget der Pflegeheime werden die

verschiedenen Finanzierungsposten detailliert aufgeführt. Abgesehen von diesen Subventionen kommen die Bewohnerinnen und Bewohner über den Beitrag «forfait socio-hôtelier » für die Betreuung auf.

Die Finanzierung von Betreuungsleistungen über Ergänzungsleistungen ist im LAPRAMS und sowie im Ausführungsreglement zum Gesetz über die Ergänzungsleistungen geregelt. Die Finanzierung der Betreuungsleistungen ist vorbehaltlich dieser Möglichkeiten von den Begünstigten zu tragen.

Hinsichtlich Anforderungen und Qualitätssicherung enthält das Gesundheitsgesetz die Kriterien, die erfüllt sein müssen, um eine Genehmigung zur Ausübung der Tätigkeit zu erhalten. Das LAPRAMS und seine Ausführungsverordnung legen die Kriterien fest, die für den Erhalt von Subventionen in den verschiedenen Bereichen einzuhalten sind, sowie die Kriterien für die Überwachung durch das zuständige Departement. Schliesslich legen das Reglement über die Spitex-Organisationen und das Gesetz über die Planung und Finanzierung von gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen weitere Anforderungen für ihre jeweiligen Bereiche fest.

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

■ Im Bereich des betreuten Wohnens informiert der Kanton die Begünstigten über das bestehende Angebot und bietet Akteuren, die betreutes Wohnen bauen und eine Anerkennung erhalten möchten, die die Einhaltung von Kriterien voraussetzt, seine Unterstützung an. Es können Finanzhilfen für die sichere Betreuung, die soziale Begleitung und die Animation gewährt werden. Der Bau von betreuten Wohnungen ist jedoch eine Privatinitiative. Im Kanton gibt es derzeit 1500 betreute Wohnungen. Der Kanton kann auch nicht-medizinische Heime finanzieren, indem er einen Teil der Leistungen für Hotellerie und Betreuung übernimmt, sowie Zentren für die vorübergehende Aufnahme.

■ Im Bereich der Pflegeheime kann der Kanton Aufträge vergeben und unter bestimmten Bedingungen (Anerkennung des öffentlichen Interesses) einen Teil der Leistungen für Hotellerie und Betreuung übernehmen. Derzeit gibt es 156 Pflegeheime im Kanton.

■ Der Kanton unterstützt Bénévolat-Vaud finanziell, um die Koordination und Vernetzung der freiwilligen Betreuungsangebote zu fördern, sowie für die Unterstützung von 40 lokalen Freiwilligen-Gruppen. Der Kanton unterstützt auch die Entraide familiale vaudoise, die 30 lokale Vereinigungen umfasst, die in der Betreuung zu Hause durch Freiwillige tätig sind, sowie andere Vereinigungen, die sich teilweise ebenfalls auf Freiwillige stützen, wie Pro Senectute Vaud, Caritas Vaud und das Rote Kreuz Vaud.

■ Der Kanton Waadt hat vor über 10 Jahren ein kantonales Programm zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen entwickelt und finanziert verschiedene Organisationen für unterschiedliche Leistungen: Information und Sensibilisierung (Espace Proches, AVASAD), Bedarfsabklärung (sozialmedizinische Zentren, private Spitexorganisationen), Entlastung zu Hause (Alzheimer Vaud, Proxy und Pro Infirmis), psychologische Hilfe, Unterstützung durch Selbsthilfegruppen, Ausbildung für betreuende Angehörige und Freiwillige.

■ Was die Sozialberatung und die Information über das Angebot betrifft, finanziert der Kanton Waadt allgemeine Beratungsleistungen, insbesondere durch den Sozialdienst von Pro Senectute, sowie spezialisierte Sozialberatungsleistungen, beispielsweise für Menschen mit Migrationshintergrund (HEKS) oder im Bereich der Palliativpflege (Palliative Vaud). Im Bereich der Koordination müssen die regionalen Informations- und Orientierungsbüros der verschiedenen Réseaux Santé die

Informations-, Begleitungs- und Bewertungsaufgaben übernehmen, die für eine gute sozialmedizinische Orientierung der Personen erforderlich sind. Die Réseaux Santé können auch andere Leistungen im Bereich der Koordination und des «case managements» entwickeln.

■ Der Kanton Waadt beteiligt sich auch an der Finanzierung von Initiativen, die auf das soziale Umfeld ausgerichtet sind, wie die von Pro Senectute entwickelten Quartiers solidaires, die Initiative Cause Commune in Chavannes-près-Renens oder auch die Aktivitäten des Mouvement des Aînés Vaud oder von der Vereinigung zur Verteidigung der Rechte der Rentnerinnen und Rentner.

2.4.5 Kanton Bern

Definition

Eine Definition des Begriffs Betreuung oder Betreuung im Alter gibt es nicht per se im Kanton Bern. Mit Hilfe des KVG wird die Abgrenzung zur Pflege festgelegt. In der Praxis sei jedoch auch nur diese Abgrenzung relevant. In den gesetzlichen Grundlagen wird jedoch jeweils von Pflege und Betreuung gesprochen.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Laut Gesetz über die sozialen Leistungsangebote (SLG) und dem Sozialhilfegesetz sorgt die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern für die erforderlichen Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf (Art. 25 SLG, Art. 76 Sozialhilfegesetz). Dies umfasst insbesondere die Bereiche Beratungs- und Informationsangebote für Betroffene sowie deren Angehörige, Gesundheitsförderung und Prävention, Pflege, Betreuung und Hilfe zu Hause (Spitex), Tagesstätten und Pflegeheime.

Innerhalb der kantonalen Verwaltung ist das Amt für Integration und Soziales und das Gesundheitsamt für das Thema Betreuung im Alter zuständig. Als Arbeitsinstrument wird innerhalb der kantonalen Verwaltung mittels eines «Aktionsplan Alter» festgehalten, welche Dimensionen / Themen von welchen kantonalen Stellen bearbeitet werden und welche externen Partner involviert sind. Dabei ist auch die Abgrenzung von Pflege und Betreuung ein Thema, welches angesprochen wird.

Den Gemeinden werden in den kantonalen Gesetzen keine Aufgaben direkt übertragen. Sie können weitere soziale Leistungsangebote bereitstellen (Art. 71ff SLG), müssen jedoch deren Finanzierung selbst übernehmen. Dies bedeutet, dass sich die Gemeinden mit der Finanzierung, bzw. Bereitstellung, von Angeboten im freiwilligen Bereich befinden, auch wenn sie aus Sicht des Kantons grundsätzlich ebenfalls gefordert wären.

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Für die Erbringung der Leistungen vergibt der Kanton Bern Leistungsverträge und gewährt Beiträge an die von ihm beauftragten Leistungserbringer. Es bestehen Leistungsverträge mit verschiedenen in der Altersbetreuung tätigen Organisationen (Pro Senectute, SRK, Spitex-Organisationen, Alzheimer Bern). Die Qualitätssicherung wird im Rahmen der Leistungsverträge geregelt.

Hinsichtlich der Pflegekosten übernimmt der Kanton die Kosten, welche nicht von den Krankenversicherern und den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern nach Artikel 25a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) gedeckt werden und der Regierungsrat kann Pauschalen und Normkosten festlegen und die Kostenbeteiligung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger regeln. Im stationären Bereich legt der Kanton eine Höchstgrenze für den Aufenthalt in Heimen (Hotellerie, Betreuung, Infrastruktur) fest. Diese liegt 2023 bei 168.20 CHF pro Tag (Hotellerie 120.90 CHF, Betreuung 15.55 CHF, Infrastruktur 31.75 CHF).

Im Bereich der Ergänzungsleistungen können bezüglich Betreuung über die Krankheits- und Behindernungskosten gewisse Kosten für Hilfe und Betreuung zu Hause, Hilfe und Betreuung im Haushalt, Transporte und Hilfsmittel vergütet werden.

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

- Der Kanton Bern stellt selbst keine Angebote zur Verfügung.
- Mit Pro Senectute verfügt der Kanton Bern über einen Leistungsvertrag zu administrativer Hilfe.
- Mit dem SRK besteht ein Leistungsvertrag für Besuchsdienst, Alltagsgestaltung mit dem Fokus auf die Entlastung von betreuenden Angehörigen.
- Es besteht ein Leistungsauftrag mit den Spitex-Organisationen.
- Ein weiterer Leistungsauftrag besteht mit Alzheimer Bern für deren Angebote.

2.4.6 Stadt Bern

Definition

Bei der Stadt Bern existiert keine konzeptionelle Definition von dem Begriff Betreuung. Von 2019 bis 2023 hat die Stadt Bern das Pilotprojekt «Betreuungsgutsprachen»²⁷ umgesetzt und das Angebot im August 2023 in die Regelversorgung überführt. Über diese Betreuungsgutsprachen können AHV-Rentnerinnen und -Rentner mit Wohnsitz in der Stadt Bern und wenig finanziellen Mitteln, welche Betreuungsleistungen benötigen, um im eigenen Zuhause wohnen zu können, Beiträge beantragen. Es werden Leistungen aus den Bereichen von 6 Dienstleistungen finanziert: Notrufsysteme, Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste / Mittagstische, Besuchs- und Begleitedienst / Administration, Wohnungsanpassungen & Hilfsmittel und betreute Wohnformen. Durch die Festlegung dieser Leistungen hat sich im Rahmen des Pilotprojektes in der Praxis eine Definition von Betreuung ergeben.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Im Kanton Bern ist grundsätzlich der Kanton für die Bereitstellung der Angebote zuständig. Im Zuständigkeitsbereich der Stadt Bern ist das Pilotprojekt bzw. das Angebot der Betreuungsgutsprachen.

Grundzüge der städtischen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Für das Pilotprojekt der Betreuungsgutsprachen wurde auf städtischer Ebene festgelegt, für welche Dienstleistungen Gutschriften beantragt werden können und welche Anspruchsvoraussetzungen bestehen. Für jede der 6 möglichen Dienstleistungen²⁸ wurde ein Faktenblatt erstellt, welches im Detail aufzeigt welche Leistungen dazu gehören und Vorschläge beinhaltet, über welche Leistungserbringer diese bezogen werden können. Grundsätzlich sind die Betroffenen frei in der Wahl der Leistungserbringer. Einzig beim Mahlzeitendienst wird festgelegt, welche Dienste und Mittagstische finanziert werden, da es sich um gesunde Mahlzeiten handeln muss.

Die Anspruchsvoraussetzung für die Betreuungsgutsprachen sind klar geregelt: Die Betroffenen dürfen nicht in einem Alters- und Pflegeheim wohnen, müssen Wohnsitz in Bern haben, AHV beziehen und es sind Grenzen bezüglich des steuerbaren Einkommens und des Vermögens festgelegt²⁹.

²⁷ <https://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/alter/finanzen-und-recht/betreuungsgutsprachen-1>

²⁸ Notrufsysteme, Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste / Mittagstische, Besuchs- und Begleitedienst / Administration, Wohnungsanpassungen & Hilfsmittel und betreute Wohnformen

²⁹ Maximales steuerbares Einkommen: Einzelperson 38'500 CHF, Paare 57'100 CHF.

Maximales Vermögen: Einzelperson 30'000 CHF, Paare 50'000 CHF.

Im Rahmen des Projektes der Betreuungsgutsprachen bestehen nur hinsichtlich des Mahlzeiten-dienstes Vorschriften zum in Anspruch genommenen Angebot und damit dessen Qualitätssicherung. Bei den weiteren Dienstleistungen werden in den Faktenblättern primär jene Anbieter aufgeführt, die einen Leistungsauftrag vom Kanton Bern haben.

Für jeden der Bereiche, in denen Beiträge beantragt werden können, werden jeweilige Maximalbeiträge festgelegt. Die Finanzierung der Betreuungsgutsprachen erfolgt über die Stadt Bern.

Von der Stadt Bern selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

- Die Stadt Bern stellt selbst keine Angebote zur Verfügung.
- Im Bereich der Betreuung vergibt die Stadt Bern einen Leistungsvertrag an die Vereinigung Berner Gemeinwesenarbeit VBG für Nachbarschaftshilfe.

2.4.7 Kanton St. Gallen

Definition

Der Kanton St. Gallen verfügt über keine klare, schriftlich festgehaltene Definition von Betreuung. Der Themenbereich «Betreuung», wie ihn diese Studie definiert, wird aber im neuen Leitbild Alter angesprochen. Die implizite Definition von Betreuung ergibt sich aus dem Leitbild und aus dem praktischen Alltag, wenn es um einzelne Angebote geht. In der Praxis wird eher von «Prävention, Beratung und Betreuung» und Hilfsmitteln gesprochen.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Pflege, Hilfe und Betreuung ist im Kanton St. Gallen laut Sozialhilfegesetz und dem Gesetz über die Pflegefinanzierung eine Aufgabe der Gemeinden. So müssen die Gemeinden laut den gesetzlichen Grundlagen für ein bedarfsgerechtes Angebot an Plätzen in stationären Einrichtungen zur Betreuung und Pflege von Betagten sorgen (Art. 28 Sozialhilfegesetz) und das Angebot der Hilfe und Pflege zu Hause sicherstellen (Art. 12 Gesetz über die Pflegefinanzierung). Insgesamt wird im Kanton aber Pflege, Hilfe und Betreuung als gemeinsame Aufgabe mit gewisser Aufgabenteilung verstanden. So ist der Kanton für die Planung der stationären Plätze zuständig, während die Umsetzung bei den Gemeinden liegt. Die Zulassung von Tages- und Nachtstrukturen, wie auch die Anerkennung von Angeboten für betreutes Wohnen, liegt beim Kanton. Insbesondere werden auch Gefässe wie das Netzwerk Altersverantwortliche genutzt, in denen Kanton und Gemeinden gemeinsam vertreten sind. Auch das neue Altersleitbild des Kantons wurde in Zusammenarbeit mit den Gemeinden erarbeitet.

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Die Gemeinden, welche für die Bereitstellung der Angebote zuständig sind, verfügen alle über eine Leistungsvereinbarung mit Pro Senectute für den Bereich Sozialberatung und soziale Teilhabe/Kurse/Bildung. Ausserdem hat ein Grossteil der Gemeinden mit Pro Senectute auch eine Leistungsvereinbarung für den Bereich Hilfe und Beratung zu Hause abgeschlossen.

Die Finanzierung von nicht-pflegerischen Leistungen liegt laut dem Gesetz über die Pflegefinanzierung bei den Betroffenen. Die politische Gemeinde richtet aber auf Grundlage von Leistungsvereinbarungen Beiträge für nicht-pflegerische Leistungen an Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause aus (Art. 17 PFG).

Im EL-Bereich regelt die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten welche Kosten für Hilfe und Betreuung (inkl. Hilfsmittel) über die EL vergütet werden. Für EL-Beziehende, welche Angebote eines anerkannten betreuten Wohnens in Anspruch nehmen, wird ein anrechenbarer Mietzins vergütet. Dazu wird das monatliche Mietzinsmaxima in der Berechnung der Ergänzungsleistungen erhöht, bei alleinstehenden Personen um 600 CHF und bei Ehepaaren um 800 CHF. Beim Aufenthalt in stationären Einrichtungen kann eine Tagespauschale für Pension und Betreuung angerechnet werden (höchstens 180 CHF).

Hinsichtlich der Qualitätssicherung bestehen im stationären und teilstationären Bereich Richtlinien zu Qualitätsanforderungen für Pflege und Betreuung. Bei Pflegeeinrichtungen wird alle 2 Jahre ein Audit durchgeführt, wobei dies bei privaten Einrichtungen der Kanton durchführt und bei öffentlichen Einrichtungen die Gemeinden. Analog zu Anerkennung liegt auch die Aufsicht über das betreute Wohnen bei dem Kanton.

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

- Der Kanton St. Gallen stellt selbst keine Angebote zur Verfügung.
- Im Bereich der Betreuung vergibt der Kanton St. Gallen keine Leistungsverträge.

2.4.8 Kanton Basel-Landschaft

Definition

Im Kanton Basel-Landschaft existiert keine allgemeingültige Definition von «Betreuung im Alter» oder «Betreuung» allgemein. Der Begriff ist zwar im Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG, 941) namensgebend, wird dort jedoch nicht genauer festgelegt. Implizit werden in der Praxis unter Betreuung im Alter alle unterstützenden Massnahmen verstanden, die nicht der Pflege (gemäss KLV §7) zugehören.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Im Grundsatz sind die Gemeinden für die Altersbetreuung und -pflege zuständig. Sie sind gemäss Gesetz verpflichtet, sich «zur Planung und Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Angeboten zur Betreuung und Pflege» in Versorgungsregionen zusammenzuschliessen. Es bestehen 10 Versorgungsregionen im Kanton.

Auf kantonaler Ebene ist der Bereich «Alter» im Amt für Gesundheit grundsätzlich zuständig für Fragen der Betreuung im Alter. Das Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote befasst sich ergänzend mit der Assistenz für (ältere) behinderte Menschen. Beim Thema der Finanzierung von Betreuung im Alter ist die Sozialversicherungsanstalt mit der Rückerstattung von Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der EL involviert.

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Der Kanton regelt die Grundzüge der Betreuung im Alter in einem Rahmengesetz, dem bereits erwähnten Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG, 941). Ausserdem vergibt er in einzelnen Fällen Leistungsverträge und fördert innovative Projekte.

Neben der erwähnten Zuständigkeit der Gemeinden und Verpflichtung zur Bildung von Versorgungsregionen legt das Altersbetreuungs- und Pflegegesetz weitere Aufgaben der Gemeinden fest. Sie haben die Aufgabe, ein Versorgungskonzept zu erstellen (APG §20), das nicht nur Pflege sondern auch Betreuung umfasst, mit dem Ziel, ein bedarfsgerechtes stationäres, intermediäres oder ambulantes Pflege- und Betreuungsangebot sicher zu stellen. Explizit erwähnt werden die Bereiche

betreutes Wohnen, Palliative-Care und Demenz. Sie sind verpflichtet, den Zugang der älteren Bevölkerung zu einem für sie geeigneten Angebot zu garantieren (APG §23). Damit gemeint sind Hauswirtschaftsleistungen, Betreuungsangebote, Mahlzeitendienste sowie Tages- und Nachtangebote. Um diesen Zugang zu garantieren, schliessen die Gemeinden vielfach Leistungsverträge mit Spitex-Organisationen ab, welche preisgünstige Leistungen umfassen. Gemäss APG §28 können die Gemeinden Beiträge an betreuende Angehörige leisten.

Innerhalb der Versorgungsregion besteht die Pflicht, eine Informations- und Beratungsstelle zu Fragen der Betreuung und Pflege im Alter einzurichten (APG §15). Die Informations- und Beratungsstellen sollen die Einwohnerinnen und Einwohner generell zu Fragen der Pflege und Betreuung im Alter informieren und geeignete Angebote vermitteln. Ausserdem erfolgt eine Beratung und Bedarfsabklärung durch eine Pflegefachperson vor einem Ersteintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung mit dem Ziel unnötige/verfrühte Heimeintritte zu vermeiden.

Wo eine Finanzierung/Subventionierung von Betreuungsangeboten erfolgen soll, liegt die Zuständigkeit generell bei den Gemeinden. Diese leisten in unterschiedlichem Mass Beiträge an bspw. Hauswirtschaftsleistungen, Tages- und Nachtangebote sowie betreuende Angehörige. Die Finanzierung der Betreuung im stationären Setting liegt bei den Bewohnerinnen und Bewohner.

Für EL-Bezüger/-innen werden Krankheits- und Behinderungskosten gemäss den Minimal-Vorgaben des ELG übernommen. Die Rückvergütung reiner Betreuungsleistungen ohne Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Eine Abklärung, ob die Leistungen angemessen sind, wird durch die Spitex vorgenommen. Die Restfinanzierung von stationärer Langzeitpflege, d.h. wo die Tarife der Alters- und Pflegeheime (APH) die kantonale Obergrenze übersteigen und/oder die EL-Kosten im Heim höher liegen als der EL-Betrag für zuhause lebende Personen obliegt im Kt. BL den Gemeinden.

In Bezug auf Anforderungen und Qualitätssicherung existiert für APH und Spitex-Organisationen eine Bewilligungspflicht und die Gemeinden bzw. Versorgungsregionen üben die Aufsicht über diese aus. Das APG regelt auch die Bildung von Qualitätskommissionen der Gemeinden/Versorgungsregionen für den ambulanten und den stationären Bereich. Diese Kommissionen definieren Qualitätsverfahren, Grundanforderungen an die Qualität sowie Qualitätskontrollstellen für die Leistungserbringer (APG §11).

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

- Der Kanton führt eine Informationsplattform www.altersfragen.bl.ch
- Das Beratungsangebot der Alzheimer-Vereinigung wird vom Kanton finanziert und steht den Betroffenen kostenlos zur Verfügung.
- Der Kanton finanzierte die letzten 4 Jahre innovative Projekte im Bereich der Alterspflege und -betreuung (u.a. INSPIRE-Projekt der Uni Basel) und deren Evaluation.

2.4.9 Kanton Tessin

Definition

Im Kanton Tessin gibt es keine genaue oder einheitliche Definition des Begriffs Betreuung. Die befragten kantonalen Expertinnen erachten aus praktischer Sicht eine Definition und eine klare Abgrenzung der drei in der Grafik dargestellten Bereiche Hilfe - Betreuung - Pflege nicht unbedingt als notwendig. Der Kanton finanziert Leistungen in allen 3 Bereichen Pflege, Betreuung und Hilfe und denkt dabei ganzheitlicher. Um Pflegeleistungen von anderen Leistungen zu unterscheiden, ist

die Definition des KVG bzw. der KLV massgebend. Für andere Leistungen gibt es keine Differenzierung. Beispielsweise berechnet der Kanton in Pflegeheimen, neben den Kosten der Versicherungen für die Pflege, für die Restkosten die übrigen Gesamtkosten gemeinsam und unterscheidet nicht zwischen Beiträgen für Hotellerie, Begleitung und weiteren Angeboten. Die Praxis basiert daher hauptsächlich auf der Finanzierungslogik und es gibt keine grundsätzlichen Überlegungen zur Definition.

Aufgaben- und Kompetenzverteilung

Im Kanton Tessin ist der Kanton für die Organisation, die Planung der Betreuung und die Entwicklung der Angebote zuständig. Die wichtigste Aufgabe der Gemeinden liegt in der Finanzierung. Insbesondere sind 80% der Restfinanzierung von den Gemeinden und 20% vom Kanton zu tragen. Sie finanzieren auch andere Projekte auf ihrem Gebiet. Darüber hinaus werden die öffentlichen Spitex-Organisationen von Gemeindeverbänden aus der gleichen Region verwaltet. Die Gemeinden haben auch eine beratende Funktion für den Kanton bei der Ausarbeitung der öffentlichen Politik über eine Konferenz der Gemeindevertreter/-innen. Darüber hinaus betreiben einige Gemeinden Tagesstätten.

Grundzüge der kantonalen Regelung von Angeboten/Leistungen und Finanzierung

Der Kanton Tessin unterscheidet zwei bzw. drei Bereiche in der Betreuung älterer Menschen. Auf der einen Seite steht der Bereich der stationären Unterbringung mit den Pflegeheimen, der durch die Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) und das dazugehörige Ausführungsreglement geregelt wird. In diesem Bereich gibt es keine in den Rechtsgrundlagen definierten Hilfe- oder Betreuungsleistungen, da die Finanzierung gesamtheitlich erfolgt. Die Pflegeheime schliessen Leistungsverträge mit dem Kanton ab. Die Pflegeheime stellen zusätzlich das Angebot an betreutem Wohnen bereit. Dieses ist im Tessin weiterhin klein (118 Plätze gemäss der kantonalen Planung 2021-2030).

Der Bereich der häuslichen Pflege und Betreuung wird durch das Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) und seine Durchführungsverordnung geregelt. Dieses Gesetz definiert Grobkategorien von Leistungen: Neben Pflegeleistungen sind dies insbesondere Leistungen der Haushaltshilfe, die hygienische, gesundheitliche und soziale Beratung, die Information und Organisation der benötigten und verfügbaren Ressourcen sowie die Gesundheitsförderung und -prävention (Art. 3). In den Leistungsverträgen mit den Spitex-Anbietern werden die Leistungen genauer spezifiziert. Bei gemeinnützigen Spitex-Organisationen umfassen diese Leistungsverträge sowohl Pflege als auch Hilfeleistungen und Koordination des Angebots. Der Kanton definiert zudem eine Unterkategorie im Bereich der häuslichen Pflege, nämlich die Unterstützungsdienste (servizi d'appoggio) für die häusliche Pflege, die Leistungen bezeichnen, die nicht direkt in der Wohnung der Begünstigten erbracht werden, aber dazu beitragen, deren Verbleib in der Wohnung zu fördern. Dazu gehören nicht-medizinische Tagesstätten sowie therapeutische Tagesstätten insbesondere für Menschen mit Demenz, Begleit- und Beratungsdienste für Menschen mit chronischen Krankheiten, Abhängigkeiten oder Behinderungen sowie Fahr- und Mahlzeitendienste. Für diese Unterstützungsangebote gibt es keine Leistungsverträge, sondern eine globale Subvention, die an die Anbieter, d. h. meist Vereine oder Stiftungen, gezahlt wird.

Die Bewohnerinnen und Bewohner in den Pflegeheimen tragen neben den 23 Franken pro Tag, die sie für die KVG-Pflege bezahlen, abhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten zu den Gesamtkosten bei («contributo globale») der sich auf alle Kosten ausserhalb des KVG-Bereich

bezieht). Abgesehen von diesen Beiträgen und denen der Versicherer finanziert der Kanton den Rest.

Bei der Hilfe und Pflege zu Hause bezahlen die Empfänger/-innen die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen der Hilfe zu Hause. Wenn sie die entsprechenden Kriterien erfüllen, können sie die Rückerstattung über die Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen der Ergänzungsleistungen beantragen.

Bei den Diensten zur Unterstützung der häuslichen Pflege, wie z. B. Tageszentren, wird das Angebot überwiegend vom Kanton finanziert und die Leistungsempfänger zahlen nur einen geringen Beitrag.

Schliesslich hat der Kanton Tessin ein System von Finanzhilfen, die sogenannten aiuti diretti, die direkt an die Begünstigten ausbezahlt werden, für Personen, die Hilfe von betreuenden Angehörigen oder die Organisation von individuellen Unterstützungs- und Wohnlösungen benötigen, um ihren Verbleib zu Hause zu fördern. Es handelt sich dabei um einen Pauschalbetrag, der nach dem Unterstützungsbedarf (grado di dipendenza) der Person berechnet wird, damit die Person ihren Verbleib zu Hause organisieren kann. Es gibt keine festgelegten Leistungen.

Die Qualitätssicherung wird im Rahmen der Leistungsverträge geregelt. Die Leistungserbringer müssen eine Reihe von Kriterien erfüllen, um eine Betriebsbewilligung nach dem Gesundheitsgesetz zu erhalten (Infrastruktur, Organisation, Ausbildung, Sicherheit der Patientinnen und Patienten usw.). Die Aufsicht erfolgt dann nach bestimmten Kriterien je nach Bereich (stationär oder zu Hause). Schliesslich werden weitere Kriterien festgelegt, um die Restfinanzierung zu erhalten. Nach Ansicht der befragten Expertinnen sind diese Kriterien derzeit noch nicht allzu ausgefeilt, aber im Rahmen der Planung 2021-2023 wurde vorgesehen, mehr in die Qualitätssicherung und -überwachung zu investieren.

Vom Kanton selbst zur Verfügung gestellte Leistungen und Angebote

- Der Kanton verfügt über keine eigenen Angebote, finanziert aber über Leistungsverträge (Pflegeheime, Spitex) oder Subventionen (Unterstützungsdienste etc.) Angebote.
- Gemeindeverbände verwalten die öffentlichen Spitexdienste in ihrer Region. Auch private Spitexdienste und selbstständige Pflegefachpersonen verfügen über Leistungsverträge. Einige Gemeinden betreiben zudem Tagesstätten, wobei es sich hierbei hauptsächlich um Stiftungen handelt.
- Der Kanton verfügt über einen kantonalen Fonds, aus dem er Beiträge an Stiftungen vergibt, um Angebote für betreuende Angehörige zu finanzieren. Auch über die aiuti diretti können Leistungen von betreuenden Angehörigen finanziert werden.
- Information und Kommunikation über die verfügbaren Angebote läuft hauptsächlich über die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter von Pro Senectute. Auch der Kanton und die Gemeinden informieren über ihre Dienstleistungen und Angebote.
- Was die auf das soziale Umfeld ausgerichteten Angebote betrifft, so werden in diesen Bereichen Projekte über Verbände entwickelt, die bereits Finanzierungen für andere Angebote erhalten. Dabei handelt es sich insbesondere um Tagesstätten, die diese Art von Projekten entwickeln.

2.4.10 Fazit zu der Situation in ausgewählten Kantonen und Städten

In den Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern der ausgewählten Kantone und Städte hat sich gezeigt, dass die Kantone und Städte keine expliziten, schriftlich festgehaltenen Definitionen des Begriffes «Betreuung» verwenden. In den Grundlagen und im Sprachgebrauch wird neben dem

Begriff «Betreuung» auch übergreifend von «Betreuung und Pflege», «Prävention, Beratung und Betreuung» und Hilfsmitteln gesprochen. Im Französischen wird der Begriff «accompagnement» gegenüber «prise en charge» bevorzugt.³⁰ Werden einzelne Leistungen aus dem Bereich Betreuung in rechtlichen und strategischen Grundlagen erwähnt oder spezifische Angebote oder Finanzierungsmöglichkeiten für Betreuungsangebote bereitgestellt, ist dies an ein implizites Verständnis von Betreuung geknüpft. Ausschlaggebend ist primär die Abgrenzung zur Pflege nach KVG.

Die Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen Kanton und Gemeinden bezüglich Betreuung ist unterschiedlich ausgestaltet. In den Kantonen ZH, FR, SG und BL sind hauptsächlich die Gemeinden zuständig, wobei der Kanton teilweise auch gewisse allgemeinere Aufgaben übernimmt. In den Kantonen VD und BE ist wiederum der Kanton zuständig für die Angebote im Bereich Betreuung, während die Gemeinden die Möglichkeit haben, zusätzlich eigene Projekte und Initiativen umzusetzen. Im Kanton TI ist hauptsächlich der Kanton zuständig, während sich die Gemeinden vor allem an der Finanzierung beteiligen.³¹

Die Regelung von Angeboten und Leistungen umfasst je nach Kanton unterschiedliche Aspekte wie zum Beispiel die Pflegeheimplanung, die Vergabe von Leistungsverträgen oder die Bildung von Versorgungsregionen (Zusammenschluss von Gemeinden) zur Sicherstellung des Pflege- und Betreuungsangebots. Weiter leisten ein Teil der Kantone und Städte spezielle Beiträge für gewisse Leistungen, z.B. die probeweise eingeführten Beiträge an ambulante Betreuung in der Stadt Zürich.

Die kantonalen Finanzierungsregelungen bezeichnen Zuständigkeiten und beteiligte Kostenträger und legen fest, welche Leistungen im Rahmen der EL (Krankheits- und Behinderungskosten) gegebenenfalls über andere Beiträge übernommen werden. Die Kosten für Betreuungsleistungen liegen im Regelfall bei den betroffenen Personen. Je nach Kanton/Gemeinde beteiligt sich die öffentliche Hand an den Kosten bzw. werden die Angebote für die Betroffenen vergünstigt angeboten. Beim Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen bestehen teilweise Vorgaben, welche Tarife den Bewohnerinnen und Bewohnern für Betreuungsleistungen verrechnet werden können. Analog zur Bundesebene (vgl. Abschnitt 2.2.2) laufen auch auf kantonaler und kommunaler Ebene teilweise Bestrebungen, die Finanzierung von Betreuungsleistungen über die EL auszubauen.

Die Qualitätssicherung erfolgt einerseits im Rahmen der Zulassungsbewilligung und der Aufsicht von Leistungserbringern (Heime und Spitexorganisationen), andererseits in den Leistungsverträgen mit Anbietern. Bei speziellen Finanzierungsoptionen wie Betreuungsgutsprachen (Stadt Bern) oder kantonale Subventionen (Waadt) an Leistungen zu Hause können Vorgaben bestehen, wer die entsprechenden Leistungen erbringt.

Entsprechend der Aufgaben- und Kompetenzverteilung zwischen der kantonalen und kommunalen Ebene stellen nicht alle der ausgewählten Kantone und Städte selbst Leistungen zur Verfügung. Von den Kantonen werden vor allem Aufgaben im Bereich der Querschnittsangebote wie Beratung und Informationen übernommen oder auch Angebote für betreuende Angehörige zur Verfügung gestellt (z.T. über Leistungsverträge). Bei den beiden Städten Zürich und Bern zeigen sich grosse Unterschiede: Die Stadt Zürich verfügt über viele eigene Angebote, während die Stadt Bern keine eigenen Angebote zur Verfügung stellt, sondern einen Leistungsauftrag für Nachbarschaftshilfe

³⁰ Im Vertiefungsworkshop hat sich gezeigt, dass «accompagnement» in der Westschweiz generell gegenüber «prise en charge» bevorzugt wird. Die Begrifflichkeit in diesem Themenfeld bleibt jedoch eine Herausforderung (vgl. Abschnitt 6).

³¹ Eine Übersicht über die Aufgabenteilung von Kantonen und Gemeinden in der Altershilfe gibt Stettler et al. (2020). Generell kann davon ausgegangen werden, dass sich die Organisationsstrukturen in der Altershilfe mit denjenigen im Bereich der Betreuung im Alter decken.

vergift und über die Betreuungsgutsprachen eine Subjektfinanzierung von Betreuungsleistungen vornimmt.

3 Betreuungsbedarf und Bedarfsdeckung

Gemäss aktuellen Bevölkerungsszenarien wird der Anteil der Personen über 65 Jahre von aktuell knapp einem Fünftel (18,7%) bis im Jahr 2040 auf einen Viertel (24,4%) ansteigen (Pellegrini et al., 2022).³² Die Alterung der Bevölkerung ist keine neue Entwicklung, jedoch wird die ältere Bevölkerung zwischen 2020 und 2040 durchschnittlich stärker zunehmen als im vergangenen Jahrzehnt. Auch wenn die Menschen zunehmend länger gesund bleiben, ist dennoch eine deutliche Erhöhung des Bedarfs an Langzeitpflege und Betreuung im Alter zu erwarten. Die Prognosen des Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Pellegrini et al., 2022) gehen von einem besonders deutlichen Bedarfsanstieg bei Pflegeheimen aus (Zuwachs bei den Bewohner/innen um +69%). Auch in der ambulanten Versorgung wird der Bedarf rund um die Hälfte zunehmen (Klient/innen mit Spitex-Pflegeleistungen: +52%, Klient/innen mit betreuerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen: +54%).

Besonders ausgeprägt ist die prognostizierte Bevölkerungszunahme in den hohen Altersklassen: Die Bevölkerung 80+ wird sich bis 2040 nahezu verdoppeln und bis ins Jahr 2050 kontinuierlich anwachsen. Bei den «jungen Alten» (65–79-Jährige) wird ab 2035 eine stagnierende / rückläufige Bevölkerungsentwicklung erwartet (Pellegrini et al., 2022). Die demografische Alterung der Bevölkerung wird aufgrund der Verschiebung der Babyboomer-Jahrgänge über die Prognosejahre also zunehmend weniger von Personen im dritten, «aktiven» Lebensalter geprägt, sondern immer mehr von Menschen im vierten, «fragilen» Lebensalter (Gasser et al., 2015).

Der Wechsel vom dritten ins vierte Lebensalter verläuft oft fliegend und individuell unterschiedlich. Dabei spielen Faktoren wie der Gesundheitszustand, das Bildungs- und Einkommensniveau, der Beziehungsstand, das Geschlecht und das Auftreten kritischer Lebensereignisse (z.B. Verlust nahestehender Menschen) eine Rolle. So erleben wohlhabende und gut ausgebildete Personen häufiger und länger ein gesundes Rentenalter als einkommensschwache und bildungsferne Menschen (Höpflinger et al., 2019). Vielfach steigen die Risiken gesundheitlicher und funktionaler Einschränkungen zwischen dem 80. und 85. Lebensjahr an (Gasser et al., 2015; Höpflinger, 2020; Knöpfel et al., 2020b). Hochaltrigkeit geht zwar nicht immer mit Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedarf einher, gegenüber der Altersgruppe 65–79 sind Personen ab 80 Jahren jedoch deutlich häufiger von Einschränkungen bei instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL: 56 vs. 25%) und Unterstützungsbedarf in grundlegenden Alltagsaktivitäten (ADL: 16 vs. 6%) betroffen (BFS, 2023). Auch die Prävalenzraten von Hör- und Sehbeeinträchtigungen³³ und Demenzerkrankungen steigen mit dem Alter deutlich an. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in der Altersgruppe der 70–79-Jährigen rund 5,4% von Demenz betroffen sind, bei den 80–89-Jährigen sind es knapp 16% und bei Personen ab 90 Jahren 40% (BASS, 2021).

Neben diesen Entwicklungen gehen die interviewten Fachpersonen von Organisationen, Kantonen und Gemeinden auch davon aus, dass es immer mehr alleinstehende ältere Menschen geben wird, die so lange wie möglich zu Hause bleiben wollen. So dürfte der Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich stärker ansteigen als im stationären Bereich, auch weil technische Entwicklungen, insbesondere bei den Überwachungsmöglichkeiten, einen längeren Verbleib zu Hause ermöglichen (in absoluten Zahlen: + 101'000 Klient/innen in der ambulanten Pflege und + 47'000 Klient/innen mit

³² Angaben beruhen auf dem mittleren Szenario zur Bevölkerungsentwicklung des BFS, welches von einer Fortsetzung der beobachteten Entwicklung der letzten Jahre ausgeht (Pellegrini et al., 2022, S. 29).

³³ Sensorische Beeinträchtigungen sind wiederum mit erhöhten Risiken für funktionale Einschränkungen, psychische Einschränkungen und Gedächtnisprobleme verbunden (Höpflinger et al., 2022).

ambulanten Betreuungs- oder hauswirtschaftlichen Leistungen gegenüber knapp 60'000 zusätzlichen Pflegeheimbewohnenden, vgl. Pellegrini et al, 2022). Darüber hinaus sind mehrere Fachpersonen der Ansicht, dass die neue Generation älterer Menschen höhere Qualitätsansprüche stellen wird, da sie in einer Dienstleistungsgesellschaft gelebt hat, während frühere Generationen hier eher zurückhaltend waren. Als weiterer gesellschaftlicher Trend wird beobachtet, dass Menschen nicht mehr um jeden Preis lange leben wollen, sondern Wert legen auf Lebensqualität und das Sterben zu Hause, was einen grösseren Bedarf an (ambulanter) Palliative Care mit sich bringt.

Im folgenden Abschnitt 3.1 wird der Frage nachgegangen, welche Überlegungen in die übergeordnete Bedarfsplanung im Bereich der Altersbetreuung einfließen und anschliessend in Abschnitt 3.2, inwiefern sich der aktuelle und künftige Betreuungsbedarf in der älteren Bevölkerung differenzierter erfassen lässt. Abschnitt 3.3 fokussiert auf die Art und Weise, wie der individuelle Betreuungsbedarf ermittelt wird. Ausgehend davon wird diskutiert, inwiefern das bestehende Angebot an Hilfe und Betreuung in quantitativer und qualitativer Hinsicht dem Bedarf entspricht und wo die involvierten Akteure dabei die wesentlichen Herausforderungen sehen (Abschnitt 3.4).

3.1 Bedarfsplanung

Meier et al. (2020) haben anhand repräsentativer Daten zur älteren Bevölkerung in der Schweiz (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe SHARE) Analysen durchgeführt, um den Betreuungsbedarf für ältere Menschen in Privathaushalten zu schätzen. Zu den untersuchten individuellen Merkmalen, welche potenziell mit einem Unterstützungsbedarf verbunden sind, gehören motorische Einschränkungen (Mobilität, Kraft, Beweglichkeit), funktionale Einschränkungen (instrumentelle Alltagsaktivitäten IADL), sensorische Beeinträchtigungen (Sehen, Hören), Hinweise auf Gebrechlichkeit / Fragilisierung (Schwindel, Erschöpfung, Sturz / Angst vor Stürzen, Schmerzen) sowie Merkmale der sozialen Einbettung (Einsamkeit und Alleine leben). Auf dieser Basis schätzen Meier et al. (2020), dass rund 42% der Personen ab 63 Jahren mindestens eine Hilfe- oder Betreuungsleistung benötigen, damit sie zu Hause bedarfsgerecht betreut sind. Bei Alleinlebenden ist der geschätzte Unterstützungsbedarf (60%) deutlich höher als bei Nichtalleinlebenden (34%), vor allem dann, wenn die Betroffenen sich einsam fühlen.

In der Studie von Meier et al. (2020) nicht explizit berücksichtigt wird der Bedarf an Hilfe und Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen. Gerade in diesen Situationen ist jedoch von einem substanziellen (und häufig über lange Zeiträume andauernden) Bedarf auszugehen. Nebst direkten Betreuungsleistungen für Betroffene – primär in Form von Anleitung und Überwachung, welche eine hohe (je nach Krankheitsstadium auch lückenlose) Präsenz erfordern – werden auch Unterstützungs- und Entlastungsangebote für betreuende Angehörige benötigt, welche selber oft im fortgeschrittenen Alter sind (zwei Drittel der Betroffenen sind über 60 Jahre alt) (Ecoplan, 2019; Stutz et al., 2019). Von einem intensiven Betreuungsbedarf ist auch im Kontext der Palliative Care auszugehen. Analog zu Situationen von Menschen mit Demenz bezieht sich der Bedarf sowohl auf die psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung sowie die Überwachung der Betroffenen als auch auf die Unterstützung und Entlastung der betreuenden Angehörigen (Stutz et al., 2019; Bundesrat, 2020).

Bei der Bedarfsplanung verweisen die Kantone und Gemeinden auf Leitbilder, Konzepte oder Programme im Bereich der Alterspolitik. In der Regel basieren diese Dokumente hauptsächlich auf den Prognosen und Szenarien der Bevölkerungsentwicklung des Obsan, und die Planung erfolgt in Bezug auf die drei Strukturtypen (zu Hause, intermediäre Strukturen, Pflegeheime). In einigen Kanto-

nen deckt die Planung nur den stationären Bereich ab, während in anderen alle drei Typen abgedeckt werden. Dabei verfolgt die Planung meist einen quantitativen Ansatz (Anzahl Plätze, Kapazitäten der ambulanten / intermediären Leistungserbringer) und ist weniger qualitativ auf die Art der benötigten Betreuungsleistungen ausgerichtet. So ist es selten, dass die Kantone oder Gemeinden selbst weitere Daten erheben. Einige Kantone und Gemeinden erwähnen, dass sie bei der Bedarfsplanung mit den Anbietern zusammenarbeiten, da diese über die Statistiken für ihren Bereich verfügen. Auf kantonaler Ebene existieren ausserdem Strategien für spezifische Situationen und Themenfelder (Demenz, Palliative Care, betreuende Angehörige, Prävention und Gesundheitsförderung, Sucht). Auch hier variiert die Situation stark zwischen den Kantonen: Einige haben keine spezifische Strategie, andere haben eine Strategie für fast alle Arten von Situationen.

3.2 Allgemeiner Betreuungsbedarf und Situationen mit spezifischem Betreuungsbedarf

Ein Ziel dieser Studie ist es, den aktuellen Betreuungsbedarf älterer Personen zu beschreiben und dabei die unterschiedlichen Situationen in Bezug auf die Art des Bedarfs, das Setting und die Ressourcen zu berücksichtigen. In diesem Kapitel wird dies anhand eines Phasenmodells des Betreuungsbedarfs im Alter dargestellt, welches durch sechs spezifischere Situationen ergänzt wird. Das Modell beruht einerseits, wo vorhanden, auf empirischen Grundlagen und bezieht andererseits die verfügbaren Überlegungen und Modellierungen zum Betreuungsbedarf in der Fach- und Praxisliteratur ein. Es handelt sich nicht um eine belastbare Typologie oder eine zur Bestimmung von Kosten oder Zeitaufwand von Betreuung ausreichende Grundlage. Hingegen liegt damit eine als heuristisch zu verstehende Diskussionsgrundlage und ein Vorschlag zur konzeptionellen Strukturierung von Betreuungsbedarf im Alter vor.

3.2.1 Verwendete Grundlagen

In den letzten Jahren haben sich mehrere Studien mit dem einen oder anderen Aspekt einer Strukturierung des Betreuungsbedarfs in Kategorien oder Typen befasst. Die erste Studie, die wir zur Beschreibung des Betreuungsbedarfs herangezogen haben, ist die Studie von Meier et al. (2020). Diese Studie, die auf den SHARE-Survey Daten³⁴ basiert, hat 20 Profile (11 alleinlebende und 9 nicht alleinlebende Personen) mit Betreuungsbedarf anhand der Clustermethode definiert, wobei Einschränkungen bei den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL), den grundlegenden Alltagsaktivitäten (ADL), sensorische Einschränkungen (Sehen, Hören), Gebrechlichkeit / Fragilisierung (Schwindel, Erschöpfung, Stürze / Angst vor Stürzen, Schmerzen) und Einsamkeit berücksichtigt wurden.

Bei der Erstellung unseres Modells haben wir nur die neun Profile von nicht alleinlebenden Personen aus der Studie von Meier et al. berücksichtigt, weil bei den Clustern von alleinlebenden Personen mit der Variable «Erhält Hilfe im Haushalt» ein Faktor der Versorgung einbezogen wurde, das Modell aber den Bedarf ungeachtet der Versorgungssituation abbilden soll. Die Beschränkung auf die Profile von nicht alleinlebenden Personen erachten wir inhaltlich nicht als problematisch, da sich die meisten Profile fast identisch in der Gruppe der alleinlebenden Personen wiederfinden lassen. Ob eine Person nicht auf Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld zählen kann, berücksichtigen wir später als Situation mit spezifischem Betreuungsbedarf.

³⁴ Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, <https://share-eric.eu/>

Die gewählten Profile sind zwar aus statistischer Sicht relevant, aber sie reichen nicht aus, um ein vollständiges Bild des Betreuungsbedarfs in der älteren Bevölkerung zu erstellen, da sie nur den Betreuungsbedarf zu Hause betreffen. Daher haben wir die 9 Profile der Studie von Meier et al. (2020) um die im «Wegweiser» beschriebenen 6 Phasen des Alterns gemäss Knöpfel et al. (2020) ergänzt. Dies ermöglicht es, den Betreuungsbedarf in eine prozesshafte Perspektive einzuordnen, die von der ersten Phase, in welcher der Betreuungsbedarf vor allem auf präventiver Ebene liegt, bis zur Phase 6 reicht, in der sich die Person am Lebensende befindet. Die Integration des 6-Phasen-Modells ermöglicht es auch, die Beschreibung um die Berücksichtigung des Betreuungsbedarfs in einer stationären Situation zu ergänzen (Phase 4 bis 6 nach dem Modell).

Als dritte Quelle wurde die Studie von Imhof und Mahrer-Imhof (2018) zum betreuten Wohnen beigezogen. Darin werden vier Stufen des betreuten Wohnens definiert (siehe Tabelle 1), die sich an den gebotenen Leistungen orientieren und von Stufe D (Sicherheit, Freizeitaktivitäten, Hilfe bei der Hausarbeit) bis Stufe A (24-Stunden-Betreuung, vergleichbar mit einem Pflegeheim) reichen. Diese Quelle ermöglichte eine detailliertere Differenzierung der Bedürfnisse in den prästationären und stationären Phasen.

Tabelle 1: Vier Stufen des betreuten Wohnens gemäss Imhof & Mahrer-Imhof (2018)

| Leistungen / Stufe | D | C | B | A |
|---|---|---|---|---|
| Wäsche, Haushalt | X | X | X | X |
| Finanzielle, administrative Aufgaben | X | X | X | X |
| Unterstützung beim Kochen/Einkauf, Mahlzeitdienst, Restaurant | X | X | X | X |
| Massnahmen gegen soziale Isolation / Einsamkeit | X | X | X | X |
| Freizeitangebote, Teilnahme an gesellschaftlichen Leben | X | X | X | X |
| Sicherheit durch Telefon/Notrufknopf (24-h-Erreichbarkeit) | X | X | X | X |
| Essen, Ernährung (inkl. Diät) | | X | X | X |
| Körperpflege, Sich-kleiden, Mobilisation | | X | X | X |
| Therapien, präventiv-fördernde Massnahmen | | X | X | X |
| Sicherheit durch Telefon/Notrufknopf (24-h-Erreichbarkeit) | X | X | X | X |
| Sicherheit durch Fachperson externe Dienste (Spitex etc.) | X | X | | |
| Sicherheit durch Im-Haus-24-h-Präsenz einer Fachperson | | | X | X |
| Sicherheit durch regelmässige Kontrollen | | | X | X |
| Massnahmen gegen soziale Isolation / Einsamkeit | X | X | X | X |
| Freizeitangebote, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben des Wohnorts | X | X | X | X |
| Spezialisierte Angebote, z.B. bei Demenz, Diabetes, Palliativpflege, psychische Leiden, Sucht | | | | X |

Quelle: Imhof & Mahrer-Imhof (2018, S. 20)

Die Kombination dieser drei Quellen ermöglichte es, den Betreuungsbedarf allgemein zu beschreiben und ihn nach verschiedenen Ebenen und Phasen zu differenzieren. Die Situationen mit spezifischem Betreuungsbedarf wurden separat betrachtet, aber wir haben dennoch versucht, sie dem Grundmodell zuzuordnen.

Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei diesem Modell um einen ersten Forschungsschritt handelt, der auf der Kombination von drei verschiedenen Quellen beruht, aber nicht empirisch konsolidiert wurde. Wir sind jedoch der Ansicht, dass das Modell als Grundlage für weitere vertiefende Studien dienen könnte, um eine umfassende Beschreibung des Betreuungsbedarfs der älteren Bevölkerung in der Schweiz zu erfassen. In den folgenden Kapiteln werden die Ebenen des 6-Phasen-Modells sowie die spezifischeren Situationen dargestellt.

3.2.2 Phasen des Betreuungsbedarfs

Auf der Grundlage der Kombination der oben genannten Quellen haben wir ein Phasenmodell des Betreuungsbedarfs entwickelt, welches den Betreuungsbedarf aufgrund von (zunehmenden) Einschränkungen – motorische Funktionseinschränkungen, IADL, ADL, kognitive Einschränkungen, Gebrechlichkeit – beschreibt und aufzeigt, welche Betreuungsleistungen je nach Unterstützungsbedarf benötigt würde, welche Akteure diese Leistungen erbringen und wie die Bedarfsabklärung erfolgt (vgl. **Tabelle 2**). Dabei ist zu beachten, dass es sich um ein allgemeines Modell handelt, das die Realität in vereinfachter Form beschreibt. Jede konkrete Situation ist anders und der Bedarf folgt nicht unbedingt einem linearen Verlauf, d.h. je nach Situation können bestimmte Phasen übersprungen werden, es kann Rückschritte geben, ein Hin und Her zwischen den Phasen usw.

Es gibt auch viele Umfeld- und Risikofaktoren, die den Betreuungsbedarf und seine Entwicklung beeinflussen können. Ein Beispiel ist das soziale Umfeld: Wenn eine Person allein wohnt und kein oder nur ein wenig tragfähiges soziales Umfeld hat, kann sich der Betreuungsbedarf unter Umständen schneller in die nächsten Phasen entwickeln. Ebenso muss diese Person tendenziell bereits in frühen Phasen auf formelle Leistungserbringer (z.B. Spitex) zurückgreifen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Zugänglichkeit des Angebots: Wenn die Person Probleme beim Zugang zum Angebot hat (z.B. sprachliche Hürden, Entfernung, fehlende Bekanntheit des Angebots, finanzielle Situation), kann sich ihr Zustand schneller verschlechtern. Unser Modell geht zunächst (aus forschungspraktischen Gründen) davon aus, dass Angehörige Unterstützung leisten und keine grossen Zugangshindernisse zu Unterstützungsangeboten bestehen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu erwähnen, dass Angehörige zwar meist eine positive Ressource für die betreuungsbedürftigen Personen sind, es aber auch vorkommt, dass das Vorhandensein von Angehörigen die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen verzögert oder erschwert. Betroffene wollen manchmal sinnvolle externe Hilfe nicht annehmen, weil sie Angehörige haben, die sie unterstützen. Oft werden deshalb auch zu Beginn der altersbedingten Einschränkungen kaum Informationen über externe Unterstützungsangebote eingeholt, was in Situationen eines sich rasch erhöhenden Unterstützungsbedarfs selbstbestimmte Entscheidungen erschweren und zu unnötigen Heimeintritten führen kann.

Tabelle 2: Überblick über die Phasen des Betreuungsbedarfs

| Phase | Motorische / physische Funktionseinschränkungen | Einschränkungen IADL | Einschränkungen ADL | Kognitive Einschränkungen | Gebrechlichkeit | Beschreibung des Profils | Betreuungsbedarf | Betreuungsleistungen | modellhafte Leistungserbringer |
|-------|---|----------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|--|--|--|--|
| I | Leicht | Nein | Nein | Nein | Nein | <ul style="list-style-type: none"> Erste leichte motorische Funktionseinschränkungen: Die Person kann Schwierigkeiten haben, schwere Dinge zu tragen aber sie hat keine Schwierigkeiten, sich zu bewegen. Keine Einschränkung bei den IADL und ADL | <p>Der Betreuungsbedarf liegt in der Regel auf der präventiven Ebene: Stärkung der Selbstständigkeit, Kompetenzentwicklung, soziale Kontakte und Interaktionen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> soziokulturelle Aktivitäten, Gruppenaktivitäten Besuche, Begleitsdienst sportliche Aktivitäten | <ul style="list-style-type: none"> betreuende Angehörige und soziales Umfeld informelle Freiwilligenhilfe |
| II | Leicht / Moderat | Nein | Nein | Nein | Ja | <ul style="list-style-type: none"> Leichte bis moderate motorische Funktionseinschränkungen: Der Person fällt es möglicherweise schwer, lange zu stehen oder bestimmte Bewegungen auszuführen (sich bücken, die Arme heben). Gewisse Gebrechlichkeit: die Person ist (punktuell) von Stürzen, Erschöpfung, Ohnmacht betroffen; sie hat evtl. Angst davor. Noch keine Einschränkung bei den IADL und ADL | <p>Der präventive Aspekt ist immer noch wichtig. Die Person benötigt üblicherweise eine regelmässige Begleitung und mehr Unterstützung bei der Alltagsgestaltung. Eventuell punktueller Bedarf an Haushaltshilfe.</p> | <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> mehr Unterstützung bei den alltäglichen Aktivitäten evtl. Haushaltshilfe | <ul style="list-style-type: none"> betreuende Angehörige und soziales Umfeld informelle Freiwilligenhilfe evtl. Spitex-Hauswirtschaft Entlastungsdienste |
| III | Moderat / stark | Moderat | Nein | Nein | Ja | <ul style="list-style-type: none"> Moderate bis starke motorische Funktionseinschränkungen: Der Person fällt es möglicherweise schwer, Treppen zu steigen bzw. hinunterzugehen oder längere Strecken zu gehen. Moderate Einschränkungen bei den IADL: Sie kann noch manchmal kochen, waschen und mit Geld umgehen. Sie hat aber Schwierigkeiten, Hausarbeiten zu leisten, Lebensmittel zu kaufen und/oder ÖV zu nutzen. Gewisse Gebrechlichkeit Noch keine Einschränkung bei den ADL | <p>Die Hilfe im Haushalt (Einkaufen, Putzen, Reparaturen usw.) und die Begleitung bei Verpflichtungen und Aktivitäten ausserhalb des Hauses (Arzttermine usw.) werden in der Regel wichtiger.</p> | <p>(+)</p> <ul style="list-style-type: none"> Haushaltshilfe Begleitsdienst Fahrdienst Entlastung der Angehörigen | <ul style="list-style-type: none"> betreuende Angehörige und soziales Umfeld organisierte Freiwilligenhilfe Organisationen der Altershilfe Spitex-Hauswirtschaft Entlastungsdienste |

| Phase | Motorische / physische Funktions-einschränkungen | Einschränkungen IADL | Einschränkungen ADL | Kognitive Einschränkungen | Gebrechlichkeit | Beschreibung des Profils | Betreuungsbedarf | Betreuungsleistungen | modellhafte Leistungserbringer |
|-------|--|----------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|--|---|--|---|
| IV | Moderat / stark | Moderat | Nein | Ja | Ja | <ul style="list-style-type: none"> Leichte kognitive Einschränkungen: Gedächtnisprobleme, die sich nicht unbedingt auf Entscheidungen im Alltag auswirken Die Person kann einen erhöhten Sicherheitsbedarf haben, sich einsamer fühlen und eine geeignetere Wohnung brauchen. | Der Fokus liegt normalerweise stärker auf Sicherheit, sozialer Teilhabe, Alltagsgestaltung, evtl. Mahlzeitdiensten, administrativer Hilfe auf Anfrage | (+) <ul style="list-style-type: none"> soziale Kontakte und Aktivitäten Sicherheitschecks, Notrufknopf Mahlzeitdienste auf Anfrage administrative Hilfe auf Anfrage | <ul style="list-style-type: none"> betreuende Angehörige und soziales Umfeld organisierte Freiwilligenhilfe Organisationen der Altershilfe Spitex-Hauswirtschaft Entlastungsdienste Tagesstätten Betreutes Wohnen Stufe D |
| V | Stark | Stark | Leicht / Moderat | Ja | Ja | <ul style="list-style-type: none"> Starke motorische Funktionseinschränkungen sowie bei den IADL: Die Person kann kaum noch selbstständig Hausarbeit leisten, hat weniger Kontakt zur Aussenwelt und braucht viel Unterstützung im Alltag (Wäsche, sich im Haus bewegen, usw.). Leichte bis moderate Einschränkungen bei den ADL: Sie kann noch aufstehen, ins Bett gehen und selbst essen, hat aber Schwierigkeiten, ihr Essen zuzubereiten, zu duschen und sich anzuziehen Leicht stärkere kognitive Einschränkungen Gebrechlichkeit, evtl. Einsamkeit | Der Betreuungsbedarf liegt in der Regel auf den lebensnotwendigen Bedürfnissen wie Essen, Trinken, Waschen und Anziehen, sowie administrative und behördliche Aufgaben erledigen. Es kann einen gewisse Bedarf auf Beratung und Koordination der Unterstützung und der Leistungen geben. | (+) <ul style="list-style-type: none"> regelmässige Hilfe und Betreuungsleistungen (Wäsche, Kochen, Essen, sich Kleiden, Mobilisation, usw.) Betreuung in der Pflege Beratung und Koordination Fachperson auf Pikett (-) <ul style="list-style-type: none"> sportliche Aktivitäten | <ul style="list-style-type: none"> betreuende Angehörige und soziales Umfeld organisierte Freiwilligenhilfe Organisationen der Altershilfe Spitex-Hauswirtschaft Entlastungsdienste Tagesstätten Betreutes Wohnen Stufe C |
| VI | Stark | Stark | Moderat/ stark | Ja | Ja | <ul style="list-style-type: none"> Die Person hat in der Regel starke kognitive Einschränkungen. Sie braucht eine 24h-Betreuung und muss entweder eine Fachperson zu Hause haben, in einem betreuten Wohnen mit 24-h-Präsenz einer Fachperson leben oder in eine stationäre Einrichtung umziehen. Sie befindet sich an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. | Der Betreuungsbedarf besteht üblicherweise auf pflegerisch-betreuerischer Unterstützung, Aktivierung, Therapien und verlangt eine systematische Beurteilung der vorhandenen Ressourcen und der Gesundheitsrisiken. | (+) <ul style="list-style-type: none"> 24h-Präsenz und Betreuung Aktivierung, Therapien regelmässige Kontrolle systematische Beurteilung der Ressourcen Koordination mit anderen Leistungserbringern, Anbindung an Langzeitpflege (-) <ul style="list-style-type: none"> Haushaltshilfe (falls nicht mehr zu Hause) soziokulturelle Aktivitäten | <ul style="list-style-type: none"> betreuende Angehörige und soziales Umfeld organisierte Freiwilligenhilfe Organisationen der Altershilfe Spitex-Hauswirtschaft Entlastungsdienste Tagesstätten Betreutes Wohnen Stufe B stationäre Einrichtungen (Heime): Fachpersonen Gesundheit, Betreuung, Aktivierung |

| Phase | Motorische / physische Funktionseinschränkungen | Einschränkungen IADL | Einschränkungen ADL | Kognitive Einschränkungen | Gebrechlichkeit | Beschreibung des Profils | Betreuungsbedarf | Betreuungsleistungen | modellhafte Leistungserbringer |
|-------|---|----------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|--|---|---|---|
| VII | Stark | Stark | Stark | Ja | Ja | <ul style="list-style-type: none"> Die Person kann normalerweise nicht mehr zu Hause wohnen und befindet sich in einer komplexen gesundheitlichen Situation, die eine kontinuierliche interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert. Sie leidet wahrscheinlich an Problemen, die eine besondere Betreuung erfordern (Demenz usw.) | Der Betreuungsbedarf wird in der Regel stark pflegeorientiert und erfordert in der Regel hoch qualifizierte Fachkräfte. Er kann spezialisierte Angebote erfordern. | (+) <ul style="list-style-type: none"> spezialisierte Betreuungsleistungen (-) <ul style="list-style-type: none"> Mahlzeitdienste und andere Hilfe-Dienstleistungen administrative Hilfe Entlastung der Angehörigen Begleitsdienst Alltagsaktivitäten Fahrdienst | <ul style="list-style-type: none"> Angehörige und evtl. Freiwillige für Besuche, Präsenz Betreutes Wohnen Stufe A oder stationäre Einrichtungen (Heime): Fachpersonen Gesundheit, Betreuung, Aktivierung |
| VIII | Stark | Stark | Stark | Ja | Ja | Es handelt sich normalerweise um die letzte Lebensphase einer Person. | Der Bedarf besteht gewöhnlich an informeller Unterstützung, Präsenz, Zuhören und evtl. spiritueller Begleitung. Aktivierung, Alltagsgestaltung, usw. sind meist nicht mehr so wichtig. | (+) <ul style="list-style-type: none"> Palliative-Care (-) <ul style="list-style-type: none"> Beratung und Koordination Beurteilung der Ressourcen | <ul style="list-style-type: none"> Angehörige und evtl. Freiwillige für Besuche, Präsenz Betreutes Wohnen Stufe A oder stationäre Einrichtungen (Heime): Fachpersonen Gesundheit, Betreuung, Aktivierung Palliative-Care-Fachpersonen Ärztinnen und Ärzte |

In der Spalte Betreuungsleistungen sind die Leistungen nach dem **(+)** die Leistungen, die zu den bereits oben aufgelisteten Leistungen hinzukommen. Diejenigen nach dem **(-)** sind die Leistungen, die die Person im Vergleich zu vorher nicht mehr benötigt.
Darstellung BASS

Der Beginn des Betreuungsbedarfs (Phase I) wird bei Knöpfel et al. (2020) als erste Phase des Alterns bezeichnet. In dieser Phase beginnt die Person, leichte motorische Funktionseinschränkungen (z.B. schwere Dinge zu tragen) zu haben, hat aber noch keine Einschränkungen in den IADL oder ADL und weist noch keine Gebrechlichkeit auf. In dieser Phase liegt der Betreuungsbedarf vor allem auf der präventiven Ebene: Es geht darum, die Autonomie dieser Person zu stärken, ihr zu helfen, ihre Kompetenzen sowie ihre sozialen Aktivitäten und Interaktionen zu erhalten und zu entwickeln. Der grösste Teil der Betreuung wird hier von den Angehörigen und dem sozialen Umfeld sowie eventuell von informellen Freiwilligen übernommen. Der Bedarf wird noch nicht formell eingeschätzt und die Betreuungsleistungen sind eher informeller Natur mit soziokulturellen, Gruppen- oder sportlichen Aktivitäten, Besuchen und Begleitung in bestimmten Situationen.

In Phase II sind die motorischen Funktionseinschränkungen gering bis moderat (z.B. Schwierigkeiten, sich zu bücken, die Arme zu heben) und eine gewisse Gebrechlichkeit ist spürbar: Die Person ist (punktuell) von Stürzen, Erschöpfung, Ohnmacht betroffen bzw. sie hat Angst davor. Die Person hat jedoch noch keine Einschränkungen in den IADL oder ADL. In dieser Phase ist der präventive Aspekt umso wichtiger. Die Person benötigt eine regelmässige Begleitung und mehr Unterstützung bei der Alltagsgestaltung. Eventuell benötigt sie Hilfe bei bestimmten Haushaltsaufgaben. In dieser Phase sind es immer noch die Angehörigen, das soziale Umfeld und informelle Netzwerke im Sozialraum (Freiwillige), die einen Grossteil der Betreuung übernehmen, wobei je nach Situation und Verfügbarkeit der Angehörigen eventuell auch Entlastungsdienste oder die Spitex-Hauswirtschaft einbezogen werden.

In Phase III sind die motorischen Funktionseinschränkungen grösser (z.B. Schwierigkeiten, lange Strecken zu gehen oder Treppen zu steigen) und die Person hat moderate Einschränkungen bei den IADL: Sie kann z.B. noch manchmal kochen, waschen und mit Geld umgehen, hat aber Schwierigkeiten mit Putzen, Einkaufen oder der Benutzung des ÖV. Der wichtigste Aspekt des Betreuungsbedarfs wird dann die Hilfe im Haushalt sowie die Begleitung bei Verpflichtungen und Aktivitäten ausserhalb des Hauses (Arzttermine etc.). Angehörige spielen immer noch die Hauptrolle, aber es wird mehr auf organisierte Freiwilligenhilfe, Organisationen der Altershilfe oder Spitex-Organisationen zurückgegriffen. Es ist möglich, dass eine Bedarfsabklärung in dieser Phase professionell durch eine Beratungsstelle oder die Spitex erfolgt.

In Phase IV hat die Person leichte kognitive Einschränkungen (z.B. Gedächtnisprobleme) und einen erhöhten Sicherheitsbedarf, der verschiedene Ursachen haben kann: Die Person fühlt sich einsam, das Sturzrisiko ist erhöht, die Verfügbarkeit von Angehörigen nimmt ab und/oder sie benötigt eine Wohnung, die besser an ihre Einschränkungen angepasst ist. Der Schwerpunkt des Bedarfs liegt auf der Sicherheit (z. B. in Form von Sicherheits-Checks oder einem Notfallknopf), der sozialen Teilhabe, der Alltagsgestaltung, eventuell auch Mahlzeitservice oder administrative Hilfe. Zusätzlich zu den bereits in Phase III erwähnten Anbietern kann die Person Tagesstätten in Anspruch nehmen oder in eine betreute Wohnung der Stufe D (im Stufenmodell der Angebotstyp mit dem geringsten Leistungsumfang) ziehen.

In Phase V hat die Person starke motorische Funktionseinschränkungen sowie grosse Einschränkungen bei den IADL: Sie kann kaum noch selbstständig Hausarbeit leisten, hat weniger Kontakt zur Aussenwelt und braucht viel Unterstützung im Alltag sowie bei der Erledigung administrativer Aufgaben. Sie hat leichte bis moderate Einschränkungen bei den ADL, entsprechend besteht auch ein Betreuungsbedarf bei den grundlegenden Alltagstätigkeiten (Essen, Trinken, Waschen und Anziehen). Es gibt einen gewissen Bedarf auf Beratung und Koordination der Unterstützung und der

Leistungen, welche nebst Angehörigen und organisierter Freiwilligenhilfe zunehmend von Fachpersonen erbracht werden. Im betreuten Wohnen wäre eine intensivere Begleitung erforderlich (Stufe C). Da Pflegeleistungen benötigt werden, wird eine professionelle Bedarfsabklärung durchgeführt, z.B. durch Pflegepersonal der Spitex (zu Abklärungsinstrumenten siehe Abschnitt 3.3).

In Phase VI hat die Person in der Regel stärkere kognitive Einschränkungen und braucht eine 24h-Betreuung und muss entweder eine Betreuungsperson zu Hause haben, in ein betreutes Wohnen mit 24h-Präsenz einer Fachperson oder in eine stationäre Einrichtung umziehen. Sie befindet sich an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der Betreuungsbedarf besteht in pflegerisch-betreuerischer Unterstützung, Aktivierung, Therapien und verlangt eine systematische Beurteilung der vorhandenen Ressourcen, des Gesundheitszustands und des Unterstützungsbedarfs. Je nach Situation kann es für die Person besser sein, in ein Pflegeheim oder in eine betreute Wohnung mit einem breiten Angebot an Dienstleistungen zu gehen (Stufe B). Der Grossteil der Betreuung wird von Fachpersonen übernommen.

In Phase VII kann die Person in der Regel nicht mehr zu Hause wohnen und befindet sich in einer komplexen gesundheitlichen Situation, die eine kontinuierliche interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert. Sie leidet wahrscheinlich an Problemen, die eine besondere Betreuung erfordern (siehe Abschnitt 3.2.3). Der Betreuungsbedarf ist stark pflegeorientiert und wird vor allem von hoch qualifizierten Fachkräften behandelt. Er kann spezialisierte Angebote erfordern (z.B. im Bereich Demenz oder chronische Erkrankungen). Der Grossteil der Betreuung findet in einem Pflegeheim oder einer betreuten Wohnform der Stufe A statt. Die Angehörigen kommen für Besuche oder Präsenz.

In Phase VIII handelt es sich um die letzte Lebensphase einer Person. Der Bedarf besteht vor allem an informeller Unterstützung, Präsenz, Zuhören und eventuell spiritueller Begleitung. Aktivierung, Alltagsgestaltung, usw. sind nicht mehr so wichtig.

3.2.3 Situationen mit spezifischem Betreuungsbedarf

Das oben beschriebene Phasenmodell beschreibt vereinfacht und modellhaft, wie sich der Betreuungsbedarf im Verlaufe des Alterungs- und Fragilisierungsprozesses entwickeln kann. Diese Phasen werden jedoch nicht von allen älteren Menschen durchlaufen; auch nimmt der Betreuungsbedarf nicht in jedem Fall konstant zu (d.h. es werden nicht immer alle Phasen durchlaufen; Perioden mit intensiverem Unterstützungsbedarf können sich abwechseln mit Phasen, in denen weniger Betreuung benötigt wird). Zudem befinden sich Menschen je nachdem in Situationen, die einen spezifischen Betreuungsbedarf mit sich bringen. In unseren Überlegungen haben wir die folgenden sieben Situationen von spezifischem Betreuungsbedarf berücksichtigt:

- stärkere kognitive Einschränkungen (Alzheimer, Demenz, Hirnverletzungen, usw.);
- psychische Erkrankungen (Autismus, Schizophrenie, bipolare Störungen, Depressionen, Ängste usw.);
- körperliche Beeinträchtigungen, die nicht einfach mit dem Alterungsprozess zusammenhängen;
- Seh-/Hör-/Sprachbehinderungen;
- chronische Erkrankungen (NCDs³⁵ wie Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates);
- Suchterkrankungen und
- Personen ohne soziales Umfeld.

³⁵ Abkürzung für «Non communicable diseases», deutsch: nichtübertragbare Krankheiten

Es ist möglich, dass die Personen diesen spezifischen Bedarf bereits hatten, bevor sie in die Altersphase kamen. In unserem Modell würden sie daher teilweise bereits mit grösserem Unterstützungsbedarf, welcher späteren Phasen des Betreuungsbedarfs entspricht, in den Alterungsprozess eintreten. Bei anderen Personen tritt der spezifische Betreuungsbedarf in der Altersphase selber auf und kann die Entwicklung zwischen den Phasen schneller vorantreiben.

■ Bei den Personen mit stärkeren kognitiven Einschränkungen gibt es vor allem zu Beginn oft kaum (krankheitsbedingte) motorische Einschränkungen und kaum Einschränkungen in den ADL, aber Teil-Einschränkungen in den IADL. Bei Demenz/Alzheimer besteht ein hoher Sicherheitsbedarf sowie ein erhöhter Bedarf an Begleitung (24h-Präsenz). Im Alter (65+) würden die Personen mit kognitiven Einschränkungen tendenziell ab den Phasen 3 oder 4 des Modells «eintreten», mit Elementen späterer Phasen (z.B. 24h-Betreuung, spezialisierte Betreuungsleistungen).

■ Die Personen mit psychischen Erkrankungen sind in den ADL/IADL nicht grundsätzlich krankheitsbedingt eingeschränkt. Ihre Einschränkungen sind stark von der jeweiligen Erkrankung und deren Behandelbarkeit abhängig. Es besteht ein erhöhter Bedarf an regelmässigen Besuchen und Beurteilungen der Situation, um Verschlechterungen zu antizipieren. Der Betreuungsbedarf ist teilweise stark schwankend aufgrund des episodenhaften Verlaufs der Erkrankung, und die soziale Teilhabe ist krankheitsbedingt erschwert, teilweise auch durch Stigmatisierung. Sonst ist für diese Personen im Alter das Modell ab Phase 1 gültig.

■ Die Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen haben erhöhte motorische Einschränkungen und erhöhte Einschränkungen bei den ADL und IADL. Sie haben teilweise einen erhöhten Bedarf an Hilfsmitteln und Unterstützung bei deren Anwendung sowie eine behinderungsbedingt erschwerte soziale Teilhabe (erschwerte Kommunikation und Mobilität). Das Modell ist für diese Personen im Alter ab Phase 2 oder 3 relevant.

■ Personen mit Seh-/Hör-/Sprachbehinderung haben tendenziell erhöhte Einschränkungen bei den ADL und insbesondere IADL. Sie haben typischerweise einen erhöhten Bedarf an Hilfsmitteln und Unterstützung bei deren Anwendung, sowie an Anpassungen des Wohnumfeldes bei Sehbehinderungen. Die soziale Teilhabe ist für sie oft behinderungsbedingt erschwert (erschwerte Kommunikation). Das Modell ist für diese Personen im Alter ab Phasen 1 oder 2 relevant.

■ Personen mit chronischen Erkrankungen können je nach Krankheitsverlauf erhöhte Einschränkungen bei den ADL und insbesondere bei den IADL ausweisen. Sie haben typischerweise erhöhten Bedarf an Unterstützung beim Krankheitsmanagement im Alltag. Das Modell ist für diese Personen im Alter ab Phasen 1 oder 2 relevant.

■ Suchtkranke haben je nach Schweregrad der Suchtproblematik Einschränkungen bei IADL. Sie haben teilweise eine suchtbedingt erschwerte soziale Teilhabe (Stigmatisierung, ggf. Illegalität) und teilweise einen erhöhten Bedarf an Unterstützung im Alltag. Das Modell ist für diese Personen im Alter ab Phase 1 gültig.

■ Personen ohne soziales Umfeld fühlen sich häufiger einsam und erhalten keine Hilfe von Angehörigen. Sie sollten daher schneller formale Leistungen in Anspruch nehmen, aber der Zugang ist für sie oft komplizierter. Der spezifische Betreuungsbedarf liegt bei ihnen vor allem in regelmässigen Besuchen, Information und Vernetzung, sozialer Interaktion und Prävention. Das Modell ist für diese Personen im Alter ab Phase 1 gültig, aber die Entwicklung zwischen den Phasen kann schneller voranschreiten, wenn sie keine externen Leistungen in Anspruch nehmen.

Für die Situationen mit speziellem Betreuungsbedarf gelten zudem die folgenden allgemeinen Hinweise:

- Die Betroffenen (und ihre Angehörigen) haben einen Bedarf an spezialisierten Beratungs- und Betreuungsleistungen, da je nach Problematik und Krankheit spezifisches Fachwissen erforderlich ist. Dieses sollte teilweise in den «regulären» Diensten vorhanden sein, teilweise braucht es spezialisiertes Personal.
- Früherkennung (korrekte Diagnosen) ist zentral, um den Behandlungs- und Betreuungsbedarf rechtzeitig und spezifisch zu ermitteln.
- Teilweise führen die Problematiken zu erhöhten Zugangsschwellen zu den regulären Hilfs- und Betreuungsangeboten.
- Die Anforderungen an die Betroffenen im Bereich der Selbstsorge sind typischerweise insgesamt erhöht (Zeitbedarf, Wissen/Kompetenzen, Selbstmanagement).

3.3 Individuelle Bedarfsabklärung

Wie eingangs geschildert sind Alterungs- und Fragilisierungsprozesse von vielfältigen individuellen Faktoren (Herkunft, Bildungsstand, Geschlecht, materielle Verhältnisse, Beziehungsstand, soziale Einbettung) abhängig. Sowohl der Unterstützungsbedarf als auch die Inanspruchnahme von Hilfe und Betreuung werden ausserdem von Kontextfaktoren wie der Wohnsituation (Bauweise und Lage der Wohnung, d.h. Barrierefreiheit, Anbindung an Einkaufsmöglichkeiten und ÖV) sowie strukturellen Rahmenbedingungen (u.a. Regelung der Existenzsicherung im Alter; Verfügbarkeit, Ausgestaltung und Finanzierung benötigter Unterstützungsleistungen) beeinflusst (u.a. Gasser et al., 2015; Heinzmann et al., 2020; Knöpfel et al., 2020b).

Für die Ermittlung des individuellen Bedarfs an Unterstützung, Betreuung und Pflege existieren zahlreiche Instrumente und Konzepte. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Defizit-/Ressourcenorientierung (werden primär Einschränkungen erfasst oder auch vorhandene Ressourcen), ihrer thematischen Bandbreite (werden nebst Gesundheitszustand und Funktionsniveau auch psychosoziale Faktoren, die soziale und materielle Einbettung, die Wohnsituation erhoben), ihres Verwendungskontexts (Abklärungen durch Spitex oder Pflegeheime; Prüfen der Anspruchsberechtigung auf bestimmte Leistungen wie z.B. Hilflosenentschädigung, Betreuungsgutschriften; Standortbestimmung im Rahmen von Beratungsgesprächen, etc.) und ihres konkreten Bezugs zu den drei Formen der Unterstützung im Alter (Hilfe, Betreuung, Pflege). Im Folgenden werden verschiedene Instrumente, die in der Schweiz bisher zur Anwendung kommen, entlang dieser Ebenen knapp beschrieben.

Hilflosenentschädigung zur AHV

Die Anspruchsberechtigung für eine Hilflosenentschädigung (HE) wird anhand eines schriftlichen Fragebogens zu Einschränkungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen und dem Bedarf an persönlicher Überwachung überprüft. Der Grad der Hilflosigkeit (leicht, mittel, schwer) bemisst sich nach der Anzahl der Bereiche, in denen Unterstützung benötigt wird. Der Fokus liegt auf grundlegenden Alltagsaktivitäten (ADL) wie Körperpflege, Aufstehen/Absitzen, Nahrungsaufnahme oder Verrichten der Notdurft; einzige Ausnahme ist die Frage nach Unterstützungsbedarf bei der Fortbewegung / Pflege gesellschaftlicher Kontakte in- und ausserhalb der Wohnung³⁶. Nicht direkt erhoben werden kognitive Einschränkungen sowie psychosoziale Faktoren wie Vereinsamung, erhöhtes Sicherheitsbedürfnis etc., welche ebenfalls mit Unterstützungsbedarf verknüpft sein können (Bannwart et al., 2022). Daraus resultiert eine höhere Zugangshürde zur Hilflosenentschädigung für Menschen mit

³⁶ Vgl. Anmeldeformular zur Hilflosenentschädigung AHV, Version 07/22.

Demenz (Ecoplan, 2019). Die monatlich ausgerichteten Beiträge der HE können von den Bezüger/innen frei eingesetzt werden (sind also nicht an spezifische Leistungen gebunden). Da die HE an einen «dauerhaften» Hilfe- und/oder Überwachungsbedarf gebunden ist, entsteht der Anspruch aktuell erst nach einer Karenzfrist von einem Jahr (nach Inkrafttreten der Reform AHV 21 am 1.1.2024 nach 6 Monaten).

Bedarfsabklärung durch Pflegeheime und Spitex

Von Spitex-Organisationen, freiberuflichen Pflegefachpersonen und Pflegeheimen werden standardisierte Instrumente für die Bedarfsermittlung verwendet. Diese dienen primär als Grundlage für die Abrechnung von Pflegeleistungen (im Pflegeheim nach den 12 Pflegebedarfsstufen gemäss Art. 7a KLV, ambulant nach Leistungsart gemäss Art. 7 KLV). Im Heimbereich kommen in der Schweiz drei Instrumente zur Anwendung (BESA³⁷, RAI-NH³⁸ und PLAISIR³⁹), in der Spitex fast flächendeckend interRAI HC⁴⁰. Für den Teilbereich hauswirtschaftliche Leistungen verfügt Spitex Schweiz über ein eigenes Abklärungsinstrument (Spitex Schweiz, 2019).⁴¹

Im Heimbereich sind die Abklärungsinstrumente grundsätzlich auf die benötigten Pflegeleistungen gemäss KLV ausgerichtet und es ist keine positive Begriffs- oder Leistungsdefinition von Betreuung hinterlegt. Mit BESA, RAI-NH und PLAISIR werden zwar gewisse Informationen erhoben, welche für die Ermittlung des Betreuungsbedarfs relevant sein können, wie am Beispiel von BESA nachfolgend gezeigt wird. Es wird jedoch keine differenzierte Einstufung des Betreuungsbedarfs vorgenommen. Die Betreuungstaxe wird (je nach Vorgabe der Kantone) entweder unabhängig von der Pflegestufe in Rechnung gestellt oder es wird von einem linearen Anstieg des Betreuungsbedarfs parallel zum Pflegebedarf ausgegangen.⁴²

BESA erhebt den Anspruch, eine möglichst ganzheitliche Situationsanalyse zu erstellen, indem auch die Ressourcen (im Sinne vorhandener Fähigkeiten), Erwartungen und Wünsche der Betroffenen erfasst werden (Canonica et al., 2023). Nebst Aspekten der funktionalen Gesundheit (IADL, ADL) sind auch Gesundheitsverhalten, Schmerzen, Lebensprinzipien, Alltagsgestaltung oder Rollenbeziehungen (familiäre Einbettung, soziale Interaktionen) Bestandteil der Situationsanalyse. Das ressourcenorientierte Vorgehen und der Einbezug der Betroffenen bei der Festlegung von Zielen wird von Canonica et al. (2023) als positive Grundlage für die Abklärung des Unterstützungsbedarfs angesehen. In Österreich wird gemäss Informationen von BESA QSys im Rahmen eines Pilotprojekts geprüft, inwiefern die in BESA erfassten Abklärungsbereiche mit einem Katalog an betreuenden Leistungen verknüpft werden können, um den Betreuungsbedarf der Bewohner/innen differenzierter zu erfassen. Für die Erhebung des Betreuungsbedarfs im Sinne des in Abschnitt 2.1 skizzierten Begriffsverständnisses wäre nach Einschätzung von Fachpersonen eine Erweiterung der Instrumente (u.a. durch eine stärkere Berücksichtigung der emotionalen, psychischen und sozialen Ebene sowie der Bedürfnisse der Betroffenen nach Hilfe und Betreuung) angezeigt (Knöpfel et al., 2020a; Canonica et al., 2023).

³⁷ Bewohner/innen-Einstufungs- und Abrechnungssystem

³⁸ Resident Assessment Instrument – Nursing Home

³⁹ Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis

⁴⁰ Resident Assessment Instrument Home Care («inter» steht für die Internationalität der Instrumente und der Forschungs-Community)

⁴¹ Weiterführende Informationen sind auf www.spitex-bedarfsabklaerung.ch zugänglich.

⁴² Im Gegensatz dazu dient die pflegerische Bedarfsabklärung nicht nur der Bestimmung der benötigten Leistungen, sondern es werden auch Pflegeziele vereinbart bzw. ein Pflegeplan erstellt.

Im ambulanten Bereich versteht sich interRAI HC als pflegerisches Assessment der Ressourcen und Defizite von den Betroffenen und deren Umfeld. Im Fokus stehen die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Person. Ziel ist eine ganzheitliche Situationsanalyse, um zu erfassen, was jemand noch selber kann und wo es Unterstützung braucht. Zu den 20 Abklärungsbereichen gehören u.a. die körperliche Funktionsfähigkeit, der Gesundheitszustand, die kognitiven Fähigkeiten, das psychosoziale Wohlbefinden, der soziale Kontext / informelle Unterstützung oder die Wohnumgebung (Canonica et al., 2023). Das Abklärungsformular für hauswirtschaftliche Leistungen der Spitex (Spitex Schweiz, 2019) erhebt in Ergänzung zu interRAI HC die aktuelle Situation im Haushalt der Klient/innen und den Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung (u.a. in den Bereichen Reinigung, Wäsche, Einkauf, Verpflegung). Ziel der Abklärung ist grundsätzlich, dass die Unterstützungsbedürftigen möglichst ihre Autonomie bewahren oder zurückerhalten können. Dabei wird auch die vorhandene informelle Unterstützung erfasst und Bezugspersonen werden nach Möglichkeit in die Abklärung einbezogen.

Instrumente von Gemeinden und Kantonen

Die Stadt Bern hat im Rahmen eines Pilotprojekts Betreuungsgutschriften an ältere, fragile Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen vergeben, um den Verbleib in der eigenen Wohnung oder in einer betreuten Wohnform zu unterstützen (Stadt Bern, 2018). Die Bedarfsermittlung erfolgte mit einem Instrument, das ursprünglich im Rahmen des Programms «Zwäg ins Alter» (ZiA) von Pro Senectute Kanton Bern entwickelt und im Pilotprojekt leicht ergänzt wurde. Das Instrument verwendet validierte geriatrische und psychologische Screeninginstrumente zu folgenden Bereichen: gesundheitlicher Allgemeinzustand, Sturzbiografie, Lebensqualität, Selbständigkeit bei den IADL, Ernährungszustand, kognitive Leistungsfähigkeit, depressive Symptomatik und soziale Situation. Die Abklärungen fanden im Rahmen von Hausbesuchen statt, auf diese Weise konnten im persönlichen Gespräch auch noch Einschätzungen der lebensweltlichen und strukturellen Kontexte eingeholt werden (Soom Ammann & Blaser, 2022).

Der Kanton Freiburg entwickelt ein Instrument, das auf dem Pflegeassessment-Instrument RAI basiert, aber zusätzliche Faktoren berücksichtigt, wie das soziale Umfeld, die Wohnsituation und die Situation der Angehörigen, um den Betreuungsaspekt besser abzudecken. Im Projekt Inspire (Kanton Basel-Landschaft) gibt es Grundlagen für ein geriatrisches Assessment, aber das Instrument ist noch nicht verfügbar. Schliesslich entwickelt die Stadt Zürich derzeit ein Instrument bei der EL-Abklärung für Betreuung.

Bedarfsermittlung im Rahmen künftiger Finanzierungsmodelle

In der politischen Diskussion besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass ein Ausbau der Finanzierung von Betreuungsleistungen (im Rahmen der EL oder anderweitig) an eine Bedarfsabklärung geknüpft sein muss, deren Form noch zu definieren ist. Vielfach wird dabei für eine ganzheitliche Abklärung plädiert, welche nebst der (funktionalen) Gesundheit auch das psychische Wohlbefinden und die soziale Situation einbezieht (Bannwart et al., 2022; SODK & Ecoplan, 2022; Nagel & Spescha, 2022).

In einem Diskussionspapier der Paul Schiller Stiftung (Nagel & Spescha, 2022) wird ein Abklärungsprozess skizziert, der ausgehend von einer detaillierten Bestandsaufnahme der Lebenssituation (subjektives Wohlbefinden, Ressourcen, funktionale Gesundheit, wirtschaftliche Situation, soziale Einbettung und vorhandene Unterstützung, räumliches Wohnumfeld) den Bedarf bzw. die Be-

dürfnisse in den Handlungsfeldern der Betreuung eruiert. Das noch zu entwickelnde Abklärungsinstrument könnte auf bestehenden Materialien aufbauen, u.a. aus dem Behindertenbereich (Abklärungshilfen für den Assistenzbeitrag der IV; Individueller Hilfsplan IHP⁴³).

Soll die Abklärung des Betreuungsbedarfs mit dem Prüfen des Anspruchs auf Unterstützungsleistungen (finanzielle Hilfen, Sachleistungen, Zeitkontingente etc.) verknüpft werden, stellen sich ausserdem Fragen zu den Prozessen und Zuständigkeiten (Zeitpunkt / Frequenz / Ort der Abklärungen, Zugang, Finanzierung und Umsetzung der Abklärung, Anforderungen an die Abklärungsstelle bzgl. Unabhängigkeit, fachliche Expertise etc.). Konkrete Vorschläge dazu sind im Modell von Nagel & Spescha (2022) enthalten. Da unterstützende Interventionen insbesondere zu einem frühen Zeitpunkt des Fragilisierungsprozesses präventiv wirken und den Verbleib im eigenen Wohnumfeld unterstützen können, wird beispielsweise empfohlen, im Rahmen von Anträgen auf Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigungen systematisch eine Abklärung für möglichen Betreuungsbedarf vorzunehmen sowie ab dem Alter von ca. 80 Jahren Abklärungen flächendeckend aktiv anzubieten. Zuvor (ab dem 65. Lebensjahr) könnten Abklärungen auf Wunsch stattfinden.

3.4 Bedarfsdeckung und damit verbundene Herausforderungen

Fachpersonen gehen davon aus, dass für eine optimale Betreuung in der stationären Langzeitpflege (gute Betreuung im Sinne des «Wegweisers») mehr Zeit investiert werden müsste (Kägi et al., 2021). Sowohl die Quantifizierung des Mehrbedarfs bzw. dessen Differenzierung nach Alter und Pflegeintensitätsstufe als auch die Erfassung der aktuell geleisteten Betreuung variieren beträchtlich zwischen den Institutionen. Im Durchschnitt wird jedoch ein Mehrbedarf an Betreuung im Umfang von rund einer Stunde pro Tag und betroffene Person als realistisch eingestuft. Was die Art des Mehrbedarfs betrifft, deuten die Ergebnisse von Kägi et al. (2021) darauf hin, dass das Pflegepersonal aufgrund des Zeitdrucks die Betreuung in Pflegesituationen nicht so erbringen kann, wie es dies in der Situation als angemessen empfinden würden. Ein hoher Bedarf wird auch beim Handlungsfeld «Sinngestaltende Alltagsgestaltung» gesehen.

Auch im ambulanten Bereich wird von einem ungedeckten Unterstützungsbedarf ausgegangen – sowohl bei Personen, die bereits professionelle Hilfe und Betreuung in Anspruch nehmen, als auch bei Personen, welche aufgrund von Einschränkungen bei den IADL ein subjektives Bedürfnis nach Unterstützung haben, diese aber weder durch informelle noch professionelle Dienste erhalten. Die von Kägi et al. (2021) ermittelten Werte bewegen sich zwischen 95'000 und 270'000 Personen ab 65 Jahren mit einem bisher ungedeckten Unterstützungsbedarf. Bei Personen, die bereits Spitex-Leistungen beziehen, wird der ungedeckte Mehrbedarf auf durchschnittlich eine halbe Stunde pro Tag und Klientin bzw. Klient geschätzt, was rund einer Verdoppelung der heutigen Leistungen im Bereich Hilfe und Betreuung entspricht. Der Mehrbedarf wird von Fachpersonen analog zum stationären Bereich primär im Bereich der sinngebenden Alltagsgestaltung, aber auch bei der Selbstsorge und der sozialen Teilhabe verortet (Kägi et al., 2021).

Ungedeckten Betreuungsbedarf gibt es also sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Die Herausforderungen und der Handlungsbedarf sind jedoch je nach Setting unterschiedlich. In Pflegeheimen stehen die sinngebende Alltagsgestaltung und die beziehungs- und interaktionsbasierte Betreuung (bzw. deren Umsetzung angesichts der bestehenden betrieblichen Rahmenbedin-

⁴³ Für eine detaillierte Beschreibung und Analyse von Instrumenten zur Bedarfsabklärung bei zu Hause wohnenden Menschen mit Behinderungen siehe Canonica et al. (2023).

gungen) im Vordergrund. Für ältere Menschen, die zu Hause wohnen, stellen die Nicht-Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, der Bedarf nach Koordination und Vermittlung des Betreuungsangebots (sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene) und die Finanzierung der Betreuung zentrale Herausforderungen dar. Auch die Betreuung von Menschen mit einem spezifischen Betreuungsbedarf (z. B. Demenz) ist unabhängig vom Setting eine Herausforderung. Im Folgenden fokussieren wir uns auf diese vier Punkte.

Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen

Die befragten Expertinnen und Experten der Kantone, Gemeinden und im Altersbereich tätigen Organisationen sind mehrheitlich der Ansicht, dass das Leistungsangebot der verschiedenen Anbieter (Hilfe und Pflege im Alter, Pflegeheime, betreutes Wohnen usw.) gut und ausreichend ist, um den Bedarf zu decken. Mehrere Fachpersonen sehen jedoch ein Problem bei Personen, die eigentlich einen Betreuungsbedarf haben, aber (noch) nicht auf die Angebote zurückgreifen. Diese Fälle sind noch problematischer, wenn die Personen keine betreuenden Angehörigen oder kein soziales Umfeld haben.

Die Nicht-Inanspruchnahme hat verschiedene Gründe: Erstens haben Betreuungsleistungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen einen gewissen Preis, den sie sich nicht leisten wollen oder können. Manche Personen und ihre Angehörigen wissen auch nicht, dass sie Betreuungsleistungen als krankheits- und behinderungsbedingte Kosten über die EL abrechnen könnten, selbst wenn knapp kein Anspruch auf monatliche EL-Zahlungen besteht, oder sie schämen sich dafür, eine solche finanzielle Unterstützung in Anspruch zu nehmen (zu Ausmass und Gründen für den Nichtbezug von Ergänzungsleistungen vgl. auch Hümbelin et al., 2021). Auch die vorausgesetzte eigene Vorfinanzierung und die Unsicherheit, ob die EL die Kosten schlussendlich übernehmen, können ein Hindernis darstellen.

Nebst finanziellen Zugangshürden benennen Fachpersonen auch spezifische Gruppen, welche aus verschiedenen Gründen (z.B. sprachliche Probleme, Lebenssituation, fehlende Kenntnisse des Angebots oder Schwierigkeiten, entsprechende Informationen zu finden und zu verstehen) einen erschwerten Zugang zu Betreuungsangeboten haben: sozial isolierte Menschen, fremdsprachige Personen, Personen mit niedrigerem Bildungsniveau, Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder Menschen, die zwar Betreuung, aber noch keine Pflege benötigen. Diese Zugangsprobleme werden manchmal durch die Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern, insbesondere öffentlichen und privaten, verstärkt. Es fehlt zudem nach Ansicht einiger Fachpersonen noch an niederschweligen Angeboten, insbesondere im Bereich des betreuten Wohnens.

Zusätzlich zu diesen Faktoren spielen Scham, Stigmatisierung, Verleugnung des Unterstützungsbedarfs und kulturelle Faktoren auch eine Rolle in der fehlenden Inanspruchnahme externer Leistungen. Es fällt vielen schwer, Hilfe oder Betreuung in Anspruch zu nehmen. Die Betroffenen selber wollen ihre Unterstützungsbedürftigkeit oft nicht wahrhaben, oder sie (wie auch ihre Angehörigen) sind sich des Umfangs und Ausmasses von Veränderungen lange nicht bewusst, weil die altersbedingten Einschränkungen in kleinen Schritten zunehmen. Daher werden zu Beginn des Fragilisierungsprozesses kaum Informationen über Unterstützungsangebote eingeholt (vgl. Kaspar et al., 2019). Auch kommt es vor, dass Betroffene externe Unterstützung verweigern, weil ja betreuende Angehörige da sind. Oder die Angehörigen erachten so lange als selbstverständlich, alles zu übernehmen, bis die Situation aufgrund ihrer Überlastung eskaliert. Entsprechend können Angehörige sowohl ein Förderfaktor oder auch eine Barriere für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen sein.

Die fehlende oder zu späte Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen verhindert die Früherkennung und Prävention von gesundheitlichen und psychosozialen Problemen. Dies kann zu einer schnelleren Verschlechterung des Gesundheitszustands und zur Inanspruchnahme ungeeigneter oder suboptimaler Leistungen führen.

Um dieser Herausforderung zu begegnen, müssten Angebote nach Ansicht der befragten Fachpersonen aufsuchender ausgestaltet sein, durch niederschwellige Anlaufstellen im sozialen Nahraum, durch Hausbesuche oder in Form von regelmässigen Kontaktaufnahmen durch Personen im sozialen Umfeld um sicherzustellen, dass es der Person gut geht.

Koordination und Vermittlung des Angebots

Eine häufig genannte Herausforderung ist die Fragmentierung des Angebots, die es schwierig macht, durch das Leistungssystem zu navigieren und die benötigten Leistungen optimal in Anspruch zu nehmen. Aus Sicht der Fachpersonen besteht daher die Notwendigkeit, die Koordination und Organisation des Angebots und damit auch den Zugang zu diesem zu verbessern. Für einige liegt dies in der Verantwortung des Kantons oder der Gemeinde, aber es kann auch weitere Stellen geben, die die Vermittlungsrolle übernehmen (z.B. Association Réseau Orientation Santé Social A-ROSS im Kanton Neuenburg). Die Situation in diesem Bereich ist zwischen den Sprachregionen oder Stadt/Land unterschiedlich ausgestaltet und entwickelt. In städtischen Gemeinden ist dies eher eine der Aufgaben der Verwaltung. In ländlichen Gemeinden gibt es weniger Anlaufstellen oder Vermittlungsdienste.

Die Konkurrenzsituation zwischen den Akteuren, z.B. zwischen öffentlichen und privaten Spitexdiensten, zwischen Pflegeheimen mit gleichem Angebot, zwischen Pflegeheimen und Spitex oder auch zwischen Organisationen der Altershilfe, kann zu Doppelspurigkeiten im Leistungssystem und damit zu Verwirrung bei den Betroffenen führen. Aus Sicht von Fachpersonen wäre eine Komplementarität und Koordination des Angebots anstelle reiner Konkurrenz anzustreben, um eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Gewisse Wahlmöglichkeiten jedoch sollen bestehen bleiben. Aufgrund der bestehenden Finanzierungsmodalitäten (u.a. mangelnde Entschädigung von Koordinationsleistungen) hätten Leistungserbringer jedoch heute kaum Anreize, stärker zusammenzuarbeiten. Die Fachpersonen erwähnen auch die Notwendigkeit, an den Übergängen zwischen der Betreuung zuhause, intermediären Strukturen, Spital- und Reha-Aufenthalten, betreutem Wohnen und Langzeitaufenthalten zu arbeiten.

Finanzierung der Betreuung

Die Finanzierung von Betreuungsleistungen war in den Gesprächen ein wichtiges Thema. Diese Herausforderung setzt sich aus verschiedenen Dimensionen zusammen. Neben den oben erwähnten finanziellen Zugangsbarrieren für die Betroffenen erschwert auch die fragmentierte (Teil-)Finanzierung von Betreuungsleistungen die Inanspruchnahme von Betreuung. In diesem Zusammenhang werden verschiedentlich auch die tieferen Vergütungsmöglichkeiten im AHV-Bereich im Vergleich zu den Leistungen der IV problematisiert (siehe auch Textkasten «Betreuung von Menschen mit Behinderungen» auf S. 11).

Spezifische Finanzierungsprobleme bestehen im Bereich der Demenzerkrankungen. Nebst den bekannten Herausforderungen (Trennung zwischen Betreuungs- und Pflegeleistungen bzw. gesetzliche Zuordnung der Tätigkeiten als KVG-/nicht-KVG-Leistung; fehlende Vergütungsmöglichkeiten für Anleitung und Überwachung) werden von Fachpersonen auch Lücken bei der Vergütung von Entlastungsangeboten für Angehörige genannt.

Schliesslich, da Betreuung im ambulanten Bereich in vielen Kantonen keine gesetzlich verankerte, verpflichtende Aufgabe ist, werden Leistungen in den kantonalen und kommunalen Budgets oft gestrichen, wenn das Geld knapp ist. Der Auf- und Ausbau von Strukturen und Finanzierungslösungen für die Betreuung im Alter hat daher oft «Projektcharakter» und die Kontinuität ist nicht gewährleistet.

Demenz und weitere spezialisierte Angebote

Demenz ist eine weit verbreitete Erkrankung, die jedoch nicht ausreichend erkannt wird. Sie betrifft zwischen 60% und 70% der Menschen in Pflegeheimen, wird aber nicht immer bei der Beurteilung der Situation berücksichtigt. Im Bereich Demenz wird davon ausgegangen, dass die Hälfte der Demenzfälle keine Diagnostik hat, was bedeutet, dass die Betroffenen unter Umständen keine adäquate Betreuung erhalten. Auch im ambulanten Bereich besteht die Herausforderung, die (Früh-)Erkennung zu verbessern. Handlungsbedarf gibt es auch bei der Schulung und Unterstützung des Fachpersonals wie der Angehörigen für den Umgang mit Betroffenen (z.B. zu Aspekten wie Kommunikation, Erhalten vorhandener Fähigkeiten, Umgang mit herausforderndem Verhalten).

Für Personen mit Demenz wird schliesslich auch eine Angebotslücke bei spezialisierten Strukturen gesehen (Plätze in Demenzstationen von Pflegeheimen, medizinisch betreute Tagesstrukturen). Zudem sei der erhöhte Bedarf an Präsenz und Begleitung (Rund-um-die-Uhr) bei Demenz, aber auch in palliativen Settings nicht gedeckt.

Für mehrere der oben erwähnten Situationen mit spezifischem Betreuungsbedarf (vgl. Abschnitt 3.2.3) benennen Fachpersonen insgesamt einen Mangel an Früherkennung. Dies kann dazu führen, dass Leistungen in Anspruch genommen werden, welche für die Betroffenen nicht geeignet sind (z.B. Eintritte in Pflegeheime bei psychischen Problemen). Eine weitere Herausforderung bestehe in der Schulung des Personals: Fachkräfte in allgemeinen Dienstleistungsbetrieben wie Spitex oder Pflegeheimen seien oft nicht ausreichend geschult, um spezifische Probleme zu erkennen.

Knappe Personalressourcen und Rolle der Care-Migration

Schliesslich weisen Fachpersonen darauf hin, dass die Einflussfaktoren wie der Fachkräftemangel in der Pflege, die Aufwertung der Arbeit von betreuenden Angehörigen und die Kooperation der professionellen Strukturen mit ihnen sowie die Ausweitung der Freiwilligenarbeit ebenfalls massgeblich darüber entscheiden, wie gut der Betreuungsbedarf gedeckt werden kann.

Eine der Lösungen, die manchmal genannt werden, um den zuvor identifizierten Herausforderungen zu begegnen, ist die Care-Migration. Dies spielt nach Einschätzung der Fachpersonen insbesondere im Kontext von Personalmangel und in Fällen, in denen eine Person eine 24-Stunden-Betreuung benötigt, eine gewisse Rolle. Im Allgemeinen scheint es sich jedoch eher um eine Nischenlösung zu handeln, die auf bestimmte individuelle Situationen zugeschnitten sein kann, sich aber nicht für alle Bedarfstypen eignet. Darüber hinaus erwähnen viele Fachpersonen die verschiedenen Probleme, die mit entsprechenden Betreuungsarrangements verbunden sind: die Arbeitsbedingungen, die Sprachbarrieren in der Kommunikation mit der betroffenen Person (besonders problematische bei Demenz oder psychischen Erkrankungen) sowie der Preis bei fairer Entlohnung (nur wohlhabende Personen können sich das leisten).

Die meisten Fachpersonen aus den Kantonen und Gemeinden räumen ein, dass sie nur wenige Informationen zu diesem Thema haben oder dass die Thematik in ihrem Kanton bzw. ihrer Gemeinde keine grosse Bedeutung hat. Nur der Kanton Tessin hat diesen Aspekt in sein Betreuungssystem und in seine Bedarfsplanung aufgenommen. Der Einsatz von Care-Migrant/-innen (im Tessin

badanti genannt) wird dort über einen Verein geregelt, der die Personen zu einheitlichen Mindeststandards beschäftigt.

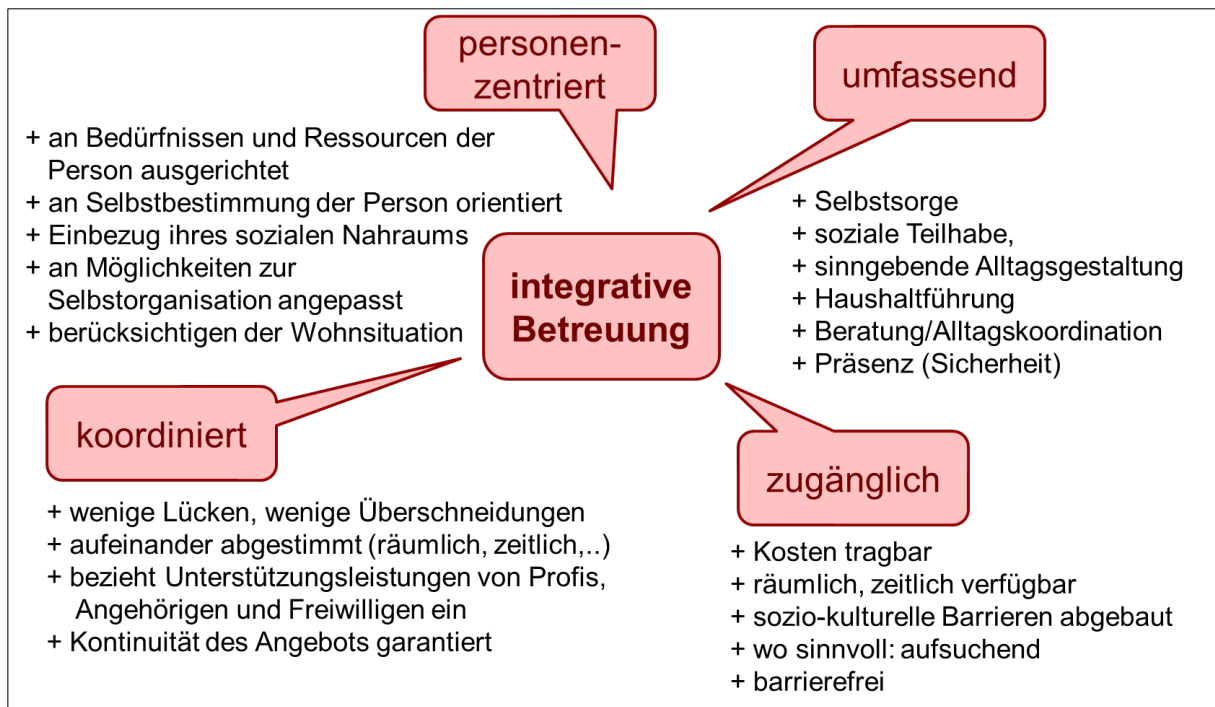
4 Integrative Betreuung im Alter

4.1 Konzepte

4.1.1 Konzepte einer «integrativen» Betreuung

Unter dem Begriff «integrative Betreuung» fassen wir hier Konzepte und Ansätze zusammen, die Betreuung im Alter weitgehend als eigenständigen Bereich der Sorge für und Versorgung von älteren Menschen verstehen. «Integrativ» meint dabei einerseits, dass die Arrangements von Betreuung sich konsequent an den Bedürfnissen und der Situation der alternden Menschen (und ihrer Angehörigen) orientieren, dabei deren Selbständigkeit und Selbstbestimmung möglichst wahren und auf ihren Ressourcen und Kompetenzen aufbauen. Andererseits wird mit «integrativ» der Aspekt eines umfassenden und koordinierten Angebots der Betreuung angesprochen. Schliesslich wird mit «integrativ» auch der Aspekt der Zugänglichkeit angesprochen, d.h. dass alle älteren Menschen Zugang zu einer angemessenen Betreuung erhalten sollen (vgl. **Abbildung 3**).

Abbildung 3: Dimensionen von integrativer Betreuung



Darstellung BASS

Der erste Aspekt orientiert sich an den Ansätzen der Patienten- oder Personenzentriertheit, die hauptsächlich im Gesundheitsbereich (World Health Organization, 2016) und im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention (United Nations, 2006) mittlerweile auch in der Schweiz zunehmend Beachtung finden (CURAVIVA Schweiz, 2020). In individualistischer Sichtweise wird Personenzentriertheit von einem Expertenpanel der US-amerikanischen geriatrischen Gesellschaft wie folgt auf den Punkt gebracht:

«“Person-centered care” means that individuals’ values and preferences are elicited and, once expressed, guide all aspects of their health care, supporting their realistic health and

life goals. Person-centered care is achieved through a dynamic relationship among individuals, others who are important to them, and all relevant providers. This collaboration informs decision-making to the extent that the individual desires.» (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016, p16)

Personenzentrierte Ansätze – und damit auch als integrativ verstandene Betreuung – weisen aber auch über die Orientierung am Individuum hinaus auf den Einbezug des persönlichen Umfelds der älteren Menschen, oft verstanden als Wohnumfeld, aber auch als soziales Umfeld, das sich über die Nachbarschaft hinaus erstreckt. Angesprochen sind hier insbesondere Angehörige, die von Betreuungsarrangements betroffen und oft daran beteiligt sind. Aber auch das nachbarschaftliche Umfeld, das Quartier, die Gemeinde (neuerdings und in Zukunft evtl. auch eine Community auf social media) und die damit verbundenen Möglichkeiten und Hindernisse für das Leben der älteren Menschen werden in einer «integrativen» Sichtweise einbezogen.

Der zweite und dritte Aspekt, ein umfassendes und koordiniertes Angebot, nimmt stärker im professionellen Umfeld von angeleiteten Freiwilligen oder Fachpersonen erbrachte Hilfe (Dienstleistungen und zur Verfügung gestellte Hilfsmittel) und Betreuung im engeren Sinne (sorgende Beziehung, fürsorgliches und förderndes Handeln) in den Blick. Ein umfassendes Betreuungsangebot bezieht alle wesentlichen Ebenen der Versorgung mit ein. Sie orientiert sich bspw. an den Handlungsfeldern des «Wegweisers» (vgl. Kapitel 2.1). Ein koordiniertes Angebot verhindert unsinnige Doppelspurigkeiten und Lücken, stimmt die einzelnen Angebote räumlich und zeitlich aufeinander ab und bezieht Unterstützungsleistungen von professioneller Seite, von Angehörigen und Freiwilligen mit ein. Ein solches umfassendes und koordiniertes Angebot bedingt ein Steuerungs- oder Kooperationsregime auf kantonaler, regionaler oder kommunaler Ebene, das den Bedarf im Blick hat und die verschiedenen Interessen der Anbieter und die damit verbundene Konkurrenz zu einem gewissen Grad «zurückbindet». ⁴⁴

Der vierte Aspekt spricht die Zugänglichkeit an, d.h. den Anspruch, dass alle älteren Personen, die Unterstützung benötigen, ein bedarfsgerechtes Angebot in Anspruch nehmen können und dies möglichst ohne Hemmungen auch tun. Damit sind einerseits sogenannte «Zugangsbarrieren» angesprochen, die eine Inanspruchnahme bestehender Angebote erschweren oder verhindern. Als zentrale «Barrieren» werden hier hohe Kosten, die räumliche und zeitliche Verfügbarkeit von Angeboten (bspw. Angebote in der Peripherie von Bergkantonen, Nacht- und Wochenendangebote), fehlende Informationen und sozio-kulturelle Barrieren (bspw. Sprache, Desintegration etc.) angesprochen. Für die Entfaltung der präventiven Wirkung von Betreuung ist eine frühzeitige Inanspruchnahme wichtig, die jedoch bei fehlender Finanzierung oft mit dem «Aufbrauchen» des Vermögens der älteren Personen verbunden sein kann, was viele Personen davon abhält, Betreuungsangebote «rechtzeitig» in Anspruch zu nehmen.

Neben solchen externen Zugangshürden existieren aber auch bei den älteren Personen selbst und ihren Angehörigen teilweise Hemmungen, Angebote in Anspruch zu nehmen (Scham, Anpassungsschwierigkeiten bezüglich des eigenen Älterwerdens, Angst vor Autonomieverlust, Verpflichtungsgefühle der Angehörigen etc.). Zur Erleichterung der Zugänglichkeit können niederschwellige Angebote und aufsuchende Beratung und Begleitung beitragen.

⁴⁴ Vgl. dazu und zur Rolle der Kantone in der Steuerung von integrierter Versorgung: GDK, 2019 (insbesondere S. 14ff.).

4.1.2 Praxiskonzepte im Themenfeld «integrative Betreuung»

Das Themenfeld «integrative Betreuung» im Alter wurde in den letzten Jahren in der Schweiz verschiedentlich bearbeitet, wenn auch meistens nicht unter der hier verwendeten Bezeichnung.

Die in diesem Bericht schon mehrfach erwähnten Arbeiten im Auftrag der Paul Schiller-Stiftung formulieren als normativ «gute Betreuung» eine umfangreiche Grundlage für ein integratives Verständnis von Betreuung. Der «Wegweiser» versteht Betreuung als gemeinschaftliche Aufgabe, welche die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Angehörigen, Nachbarschaftshilfen, Altersorganisationen sowie auch Fachpersonen und Dienstleistern erfordert. Auf den ambulanten Bereich fokussiert und stärker umsetzungsorientiert ist das Programm «Socius» der Age Stiftung, welches in zwei Programmrunden den Aufbau von integrierten und koordinierten Hilfesystemen auf Gemeindeebene fördert. Am Programm teilnehmen konnten «Gemeinden oder Regionen [...], die ihre Altersangebote in einem Gesamtkonzept zusammenfügen und für ältere Menschen und ihre Angehörigen einfacher zugänglich machen wollen. Wünschbar ist, dass private und öffentliche Akteure sowie zivilgesellschaftliche Kräfte (Nachbarschaft, Angehörige, Freiwillige) in der Versorgungskette mitwirken» (Age-Stiftung, 2019, S. 2). Dabei legt Socius in der zweiten Programmrunde (2019–2023) einen starken Fokus auf die Koordination und Kooperation der beteiligten Akteure. So soll gemäss der Programmausschreibung das Bewusstsein gestärkt werden, «dass Leistungsanbieter jeglicher Art zusammenarbeiten sollen, um die Situation der älteren Bevölkerung zu Hause zu verbessern. Das erfordert nicht nur Koordination im Einzelfall, sondern auch verbindliche Strukturen über den Einzelfall hinaus. Die Strukturen und Gefässe sollen die Kooperation fördern und den Akteuren ermöglichen, Fragestellungen gemeinsam zu bearbeiten» (Age-Stiftung, 2019).

Der Branchenverband der Alters- und Pflegeheime, CURAVIVA, befasst sich in verschiedenen Dokumenten mit einem Perspektivenwechsel im Feld «Wohnen und Pflege» von einer institutionellen Optik auf eine stärkere Personenzentriertheit hin (CURAVIVA Schweiz, 2020; Gruber, 2020; CURAVIVA Schweiz, 2021). Unter dem Begriff «integrierte und sozialraumorientierte Versorgung» soll das Alter stärker als eigenständige Lebensphase betrachtet werden, die Bedürfnisse und Ressourcen der älteren Menschen vermehrt ins Zentrum gestellt werden und die personenzentrierte Praxis soll sich am Sozialraum orientieren. Dies bedeutet auch, dass die Alters- und Pflegeheime gegenüber dem ambulanten Bereich und den umliegenden Gemeinden und Quartieren durchlässiger werden sollen: Angestrebt wird ein Miteinander aller beteiligten Organisationen, deren Hauptziel es ist, gemeinsam zu einer hohen Lebensqualität von Menschen mit Betreuungsbedarf beizutragen. In diesem Zusammenhang kann auch das Engagement von CURAVIVA Schweiz im Bereich des betreuten Wohnens gesehen werden. Zurzeit werden Anstrengungen unternommen, dieses Versorgungsmodell bei den Schweizer APH zu verbreiten, unter anderem mit einem von Gesundheitsförderung Schweiz geförderten Verbreitungsprojekt.⁴⁵

Bei den öffentlichen Spitex-Organisationen wird der nicht KVG-finanzierte Bereich, die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen, im Grundlagenpapier von 2016 (vgl. 2.3.3) wie folgt, relativ weitgehend im Sinne integrativer Ansätze konzipiert:

«Unter „Hilfe und Pflege zu Hause“ verstehen wir die Unterstützung der Klienten und Klientinnen und ihres Umfeldes im Alltag, damit diese ein selbstbestimmtes Leben führen können. Dabei stehen die Klienten und Klientinnen im Zentrum unserer Aktivitäten. Die Hilfe und Pflege umfasst Pflege ebenso wie die Prävention, Unterstützung, Beratung und Begleitung

⁴⁵ <https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-wopm>

in der Alltagsbewältigung und Haushaltswirtschaft. Als Einheit wirken sie präventiv und bilden einen wesentlichen Pfeiler der Grundversorgung des Gesundheits- und Sozialsystems.»

Das Dokument verweist auch darauf, dass die Finanzierung in diesem Leistungsbereich ungenügend sei und durch die öffentliche Hand getragen werden sollte.

In den Interviews mit den Organisationen der Altershilfe Pro Senectute, SRK und Alzheimer Schweiz werden ebenfalls verschiedene Aspekte einer integrativen Betreuung thematisiert. Personenzentriertheit und eine Koordination der Angebote vor Ort werden als wesentliche Themen der Versorgung der älteren Bevölkerung angesehen und in der Praxis angestrebt. Konkrete, umfassende Konzepte wurden bisher nicht ausgearbeitet. Alzheimer Schweiz konnte im Rahmen der Demenzstrategie des Bundes das Thema der Verbesserung der Koordination der Angebote aufzeigen und Best-Practice-Beispiele für Koordinationsmodelle beisteuern. Bei Pro Senectute wurden auf kantonaler Ebene einzelne Praxismodelle entwickelt (carenet+ im Kanton Zurich und Drehscheibe 65+ im Kanton Luzern). Und die SRK-Kantonalsektion Thurgau hat einen Auftrag des Kantons für eine Beratungs- und Anlaufstelle mit Elementen von Case Management, Abklärung und Begleitung, sowie der Vermittlung von geeigneten Angeboten.

Der Handlungsbedarf scheint also vermehrt erkannt zu werden und von verschiedener Seite wurden bereits Bestrebungen in Richtung einer integrativen Altersbetreuung initiiert. Festzuhalten ist gleichzeitig, dass keiner der vorgestellten Ansätze sämtliche Elemente der in Abschnitt 4.1.1 skizzierten Definition von integrativer Betreuung umfasst.

4.2 Umsetzung integrativer Betreuungsansätze

4.2.1 Praxisbeispiele

Am nationalen Workshop «integrative Betreuung», der im Frühling 2023 in Bern stattfand, haben Vertreterinnen und Vertreter von zehn Praxisbeispielen teilgenommen, in denen Elemente integrativer Betreuung umgesetzt werden. Angefragt wurden Praxisbeispiele aus verschiedenen Kantonen, die folgende Elemente von integrativer Betreuung umsetzen:

- Beratung, Abklärung, Information und Vermittlung (Dimension «umfassend»)
- Fallbegleitung / Case Management (Dimension «personenzentriert»)
- kommunale/regionale Koordination (Dimension «koordiniert»)
- Gemeinwesenarbeit / Caring Communities⁴⁶ (Dimension «zugänglich»)
- Wohnassistenz / Wohnbegleitung / betreutes Wohnen (Dimension «umfassend»)

In **Tabelle 3** sind die 10 am Vertiefungsworkshop beteiligten Praxismodelle mit Angabe ihrer Elemente integrativer Betreuung im Überblick dargestellt.

⁴⁶ Caring Communities (dt. sorgende Gemeinschaften) sind integrierte, lokale Verbundlösungen zugunsten fragiler Menschen, z.B. der älteren Bevölkerung. In Caring Communities werden die Leistungen verschiedener Akteure (Freiwillige, NPO, Professionelle, Staat) zielführend vernetzt und koordiniert (caringcommunities.ch).

Tabelle 3: Praxisbeispiele am Workshop «integrative Betreuung»

| Praxisbeispiele | Anbieter / Trägerschaft | Kanton | Elemente integrativer Betreuung | | | | |
|---|---|--------|---|------------------------------------|----------------------------------|--|---|
| | | | Beratung, Abklärung, Information, Vermittlung | kommunale / regionale Koordination | Fallbegleitung / Case Management | Gemeinwesenarbeit / Caring Communities | Wohnsistenz / Wohnbegleitung / betreutes Wohnen |
| IBBS – Informations-, Beratungs- und Bedarfsabklärungsstelle Laufen | Pro Senectute beider Basel im Auftrag der Versorgungsregion Laufental | BL | x | x | | (x) ¹⁾ | |
| Gesundheitsversorgungssubregion Plessur | Gesundheitsversorgungssubregion Plessur (4 Gemeinden) | GR | | x | | (x) ²⁾ | |
| Cham ein Ort zum Sein und Bleiben / Altern in Cham – Vision 2040 | Gemeinde Cham | ZG | | x | | | x |
| CareNet+ | Pro Senectute ZH / Gemeinden im Bezirk Affoltern | ZH | | | | x | |
| Ambulante Pflege und Betreuung aus der Hand eines APH | Stiftung Lindenhof, Oftringen | AG | x | x | | | x |
| Wohnen mit Dienstleistungen (WmDL) und SECURO | Spitex Kriens | LU | | | | | x |
| Regionale Drehscheiben 65plus | Pro Senectute LU | LU | x | x | | | |
| Réseau Santé et Social de la Gruyère | Réseau Santé et Social de la Gruyère (alle Gemeinden der Region) | FR | x | x | | | |
| Dispositif d'accompagnement et de coordination des parcours complexes (DAC) ³⁾ | Réseaux de santé vaudois | VD | | | | x | |
| Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) | Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) ⁴⁾ | NE | x | x | | | |

Anmerkungen:

1) Koordination der Freiwilligenarbeit («Fürenand Laufental»)

2) In Konzeptphase

3) Das DAC ist auf alle Altersstufen ausgerichtet, nicht nur auf die ältere Bevölkerung

4) Zur AROSS gehören: Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), associations faitières des établissements médico sociaux (EMS), Neuchâtel Organise le Maintien à Domicile (NOMAD)

Quelle: Workshop integrative Betreuung Mai 2023, Darstellung BASS

4.2.2 Diskussion und Einschätzung von 3 Praxisbeispielen im Workshop

Im Workshop wurden in drei Diskussionsgruppen je ein Praxisbeispiel vertieft diskutiert. Ausgehend vom Erfahrungshintergrund der Teilnehmenden wurden drei Diskussionsgruppen mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten gebildet. Eine Gruppe befasste sich mit der integrativen Ausrichtung von Angeboten auf Gemeindeebene. Bei einer weiteren war die regionale Integration der Angebote Kernthema. Und bei der dritten Gruppe stand die integrative und koordinierte Betreuung in komplexen Gesundheitssituationen im Zentrum. In allen Gruppen wurde auf die Elemente von «integrativer Betreuung» eingegangen, es wurden Umsetzungsschwierigkeiten benannt und der Beitrag der Praxisbeispiele zu einer zukunftsfähigen Betreuung eingeschätzt. In den folgenden Abschnitten werden die drei vertieft diskutierten Praxisbeispiele ausführlicher dargestellt.

Wohnen mit Dienstleistungen (WmDL) und SECURO – Spitex Kriens

Projektbeschreibung

Die Spitex Kriens bietet auf Gemeindeebene unter Mitwirkung von weiteren Akteuren (Heime Kriens AG und Stadt Kriens) zwei Angebote an, bzw. baut sie auf. Das Angebot Wohnen mit Dienstleistungen (WmDL) wird in zwei Häusern mit insgesamt 87 hindernisfreien Wohnungen angeboten. Das

Herzstück des Angebotes ist die Wohnassistenz (aktuell 2 Fachpersonen mit pflegerischem bzw. sozialpädagogischem Hintergrund). Die Wohnassistenz ist im Haus präsent oder telefonisch erreichbar. Sie bietet den Bewohnenden Unterstützung in alltäglichen Belangen, berät sie und koordiniert für sie verschiedene Leistungen. Gleichzeitig organisiert die Wohnassistenz auch gemeinsame Aktivitäten im Haus und Quartier und fördert den Aufbau sozialer Beziehungen zwischen den Bewohnenden. Zum Wohnen mit Dienstleistungen gehört ausserdem ein Notrufsystem mit Notfallknopf und die Wohnungen verfügen über Türsensoren (diese melden, wenn eine Wohnungstür 24 h nicht geöffnet wird). Zusätzlich gibt es in beiden Häusern jeweils einen Stützpunkt der Spitex mit einem Schalter. Die Heime Kriens AG übernimmt den Nachtdienst und die Krienser Infostelle Gesundheit führt die Abklärungen für mögliche Bewohnende durch. Durch die Zusammenarbeit mit Wohngenossenschaften und über Spenden konnte sichergestellt werden, dass die Mietpreise für die breite Bevölkerung finanzierbar sind (auch mit EL).

Das zweite Angebot SECURO befindet sich im Aufbau. Das Ziel des Projektes ist es, dass ein Angebot ähnlich wie das Wohnen mit Dienstleistungen in (voraussichtlich) allen Wohnungen in Kriens bei Bedarf bezogen werden kann. Das Angebot soll wiederum eine Wohnassistenz und die Option für einen 24 h Notruf beinhalten. Die Wohnassistenz soll dabei ebenfalls die Vernetzung im Haus, der Überbauung oder im Quartier fördern.

Das Ziel dieser Angebote ist es, die älteren Personen in ihrer Selbstständigkeit, der Koordination und Organisation von verschiedenen Leistungen und im Alltag zu unterstützen und die Vernetzung untereinander und im Quartier zu stärken. Gleichzeitig arbeiten mehrere Fachstellen und Leistungserbringer direkt zusammen.

Stärken und Schwächen, Umsetzungsschwierigkeiten

Die bisherigen Erfahrungen des Wohnens mit Dienstleistungen zeigen, dass die beiden Wohnassistentinnen sich in ihrer Rolle etabliert haben und ein grosses Vertrauen bei den Bewohnerinnen und Bewohner aufbauen konnten. Zudem ist das gesamte Angebot über die Zeit hinweg organisch gewachsen, was von den Betreibern als wichtiger Erfolgsfaktor angesehen wird. Auch der Einbezug der Umgebung im Sinne des Gemeinwesens/Sozialraums und die direkte Zusammenarbeit von verschiedenen Organisationen zeichnen dieses Praxisbeispiel aus.

Im Alltag zeigt sich, dass die Anbieter oft mit der Situation konfrontiert sind, Hilfeleistungen für Menschen zu erbringen, die der Meinung sind, dass sie keine Hilfe brauchen. Mit der Wohnassistenz (und dem bestehenden Vertrauensverhältnis zu den Bewohnenden) gelingt es eher, dass benötigte Unterstützung formuliert und in Anspruch genommen wird. Als Herausforderung in der Umsetzung hat sich gezeigt, dass bei der Migrationsbevölkerung ein noch etwas grösserer Beratungsbedarf besteht. Eine weitere Herausforderung bestand in der Finanzierung und Finanzierbarkeit. Mit der Zusammenarbeit mit Genossenschaften und Spenden konnte dies bislang gelöst werden. Auch die politische Unterstützung für das Angebot sei hilfreich.

Beitrag des Modells an zukunftsfähige Betreuung im Alter

Das Modell des Wohnens mit Dienstleistungen in Kriens verbindet verschiedene Angebote, wodurch sich für die Bewohnerinnen und Bewohner die Ansprechpersonen reduzieren und auch die direkte Zusammenarbeit und Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern gestärkt wird. Gleichzeitig wird die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit gefördert. Durch die Vernetzung der Bewohnenden untereinander können über die bessere soziale Integration positive Wirkungen

erzielt werden. Zudem ist mit der Präsenz der Spitex in der Gegend die Niederschwelligkeit und Zugänglichkeit des Angebots gegeben. Ein weiterer wichtiger Aspekt liegt darin, dass die finanzielle Tragbarkeit des Angebots auch für Personen mit geringen finanziellen Mitteln erreicht werden konnte. Mit dem zweiten Projekt SECURO wird nun versucht, das Angebot «ausser Haus», bzw. für alle Wohnungen in Kriens anzubieten.

Réseau Santé et Social des Bezirks Gruyère

Projektbeschreibung

Das Réseau Santé et Social des Bezirks Gruyère im Kanton FR umfasst einerseits regionale Massnahmen zur institutionellen Integration der Akteure und Leistungserbringer im Altersbereich. Gleichzeitig wird das Ziel verfolgt, die Unterstützung im Alter personenzentriert und partizipativ an den Bedürfnissen und Wünschen älterer Menschen auszurichten.

Auf institutioneller Ebene wird eine grössere Durchlässigkeit der Settings bzw. der Aufbau einer «kollaborativen Logik» angestrebt. Pflegeheime sollen künftig zu «Kompetenzzentren für ältere Menschen» weiterentwickelt werden und jeweils eine Zweigstelle der regionalen Spitex-Organisation, medizinisch-therapeutische Praxen, ein Büro der kommunalen Seniorenkommissionen⁴⁷ sowie Mehrzweckräume für lokale Vereine beherbergen. Auch sollen Massnahmen umgesetzt werden, um die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken (z.B. Installation von Kühlschränken in Pflegezimmern, damit diese auf Wunsch selber ihr Frühstück bereiten oder Gäste bewirten können). Gleichzeitig sollen Pflegeheime künftig auch Dienstleistungen für zu Hause wohnende ältere Menschen anbieten (z.B. Mahlzeiten- oder Wäschereidienste, soziale Aktivitäten). Die Entwicklung dieser Angebote wird von der Region⁴⁸ mit einem jährlichen Förderbeitrag unterstützt. Parallel dazu läuft ein Prozess zur Zusammenlegung der Pflegeheime und der Spitex-Organisation. Ziel ist es, dass sich alle beteiligten Akteure nicht wie bisher nur für ihren Leistungsbereich verantwortlich fühlen, sondern als Bestandteil eines Gesamtsystems der Alterspolitik sehen.

Bei der Implementierung des personenzentrierten Ansatzes der Unterstützung, Betreuung und Pflege zu Hause spielt die Spitex eine Vorreiterrolle. Zum einen erfolgt die Bedarfsanalyse nicht mehr mit standardisierten Abklärungsinstrumenten, welche mitunter als unflexibel und aufwändig empfunden wurden (vgl. Abschnitt 3.3). Stattdessen wird im Dialog mit den Klientinnen und Klienten erfasst, was die Situation der Betroffenen ist und wo sie Unterstützung benötigen. Gleichzeitig ermöglichen organisatorische Veränderungen (kleine Teams, weniger Turnus) eine kontinuierliche Betreuung durch dieselben Fachpersonen und den Aufbau einer stabilen Beziehung zu den Klientinnen und Klienten.

Stärken und Schwächen, Umsetzungsschwierigkeiten

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass der Paradigmenwechsel sowohl auf der Systemebene (weg von der institutionellen Logik hin zur Kooperation am gemeinsamen Projekt «Alterspolitik») als auch auf Ebene der Leistungserbringung (partizipativer Ansatz in der Spitex) kontinuierliches Engagement und viel Energie der Beteiligten erfordern. Veränderungen in der Arbeitskultur und der professionellen Haltung der Beteiligten können jedoch durchaus gelingen: In der Spitex-Organisation u.a. dank einer Charta, welche als Kompass für das professionelle Handeln dient (Bedürfnisse und Autonomie des Menschen steht im Zentrum) sowie regelmässigen Schulungen für das Personal.

⁴⁷ Jede der beteiligten 25 Gemeinden hat eine Seniorenkommission.

⁴⁸ Alle Gemeinden des Bezirks Gruyère beteiligen sich an der Finanzierung des Projekts.

Der Verzicht auf standardisierte Assessments und die organisatorischen Veränderungen bewähren sich sowohl aus fachlicher Sicht (mehr Flexibilität, stärkere Vertrauensbasis und dadurch bessere Voraussetzung für wirksame und bedarfsgerechte Betreuungsarrangements) als auch für die Klientinnen und Klienten selber (fühlen sich gehört). Die Implementierung des neuen Ansatzes verbessert überdies die Zufriedenheit des Fachpersonals und wirkt sich positiv auf die Rekrutierung bzw. den Personalerhalt aus.

Das Finanzierungsmodell mit den Beiträgen der öffentlichen Hand (Kanton, Gemeinden) für die Umsetzung der Alterspolitik⁴⁹ ermöglicht nach Ansicht der Projektbeteiligten positive Impulse bei Entwicklung einer integrativen Betreuung. Auf übergeordneter Ebene begünstigt die bestehende Finanzierungslogik jedoch weiterhin die Konkurrenz zwischen den Akteuren.

Beitrag des Modells an zukunftsfähige Betreuung im Alter

Das Praxisbeispiel von Gruyère ist mit Blick auf die Weiterentwicklung der Betreuung im Alter insbesondere aufgrund der konsequent personenzentrierten Haltung interessant, welche die gesamte Ausrichtung des Modells bestimmt. «Integrativ» ist das Modell nicht nur bzgl. der angestrebten Kollaboration der beteiligten Akteure, sondern auch hinsichtlich des Begriffs «Alter»: über die drei Unterstützungsformen Unterstützung, Betreuung und Pflege hinaus wird eine ganzheitliche Alterspolitik einschliesslich präventiver Ansätze angestrebt. Angesichts der Einbettung dieses Modells in ein kleinräumiges, ländliches Setting stellt sich jedoch die Frage nach der Übertragbarkeit auf andere Kontexte.

CareNet+

Projektbeschreibung

Mit dem Projekt CareNet+ sollen die verschiedenen Leistungserbringer aus dem Sozial- und Gesundheitswesen wie auch die Kostenträger bei komplexeren Fällen anhand des individuellen Bedarfs der Betroffenen koordiniert werden. CareNet+ wird im Bezirk Affoltern (13 Gemeinden) angeboten und von Pro Senectute Kanton Zürich betrieben. Das Angebot wurde von 2016 bis 2021 in einem Pilotprojekt erprobt und befindet sich seither in der Betriebsphase. Es richtet sich an ältere Menschen (ab 60 Jahren) mit Unterstützungsbedarf in mehreren Bereichen und ihre Angehörigen, an professionelle und freiwillige Leistungserbringer in der Altersversorgung, Kostenträger und an gesetzliche Vollzugsorgane (Sozialdienste, Gemeinden). Welche dieser Akteure involviert sind, ist je nach Fall unterschiedlich, in der Regel sind jedoch alle Akteursgruppen vertreten. Es ist auch möglich, weitere Personen einzubeziehen. Durch die bessere Koordination sollen Ressourcen gezielt eingesetzt werden können, die Versorgung für die Betroffenen verbessert und gleichzeitig die Kosten stabilisiert oder gesenkt werden.

Der Fokus des Projektes liegt auf dem Case Management für die Betroffenen. Dies beinhaltet Informationen und Beratung für alle involvierten Akteure (Betroffene bis Kostenträger), ein ganzheitliches Assessment der Situation der älteren Personen, das Erarbeiten von Handlungsplänen, die Triage und Koordination der Leistungserbringer, die Sicherstellung der Finanzierung und das Fallmonitoring. Das Case Management soll nicht nur für die Betroffenen Entlastung schaffen, sondern auch die weiteren involvierten Akteure wie Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden in ihrer

⁴⁹ Die Alterspolitik von Kanton, Regionen und Gemeinden orientiert sich am Konzept Senior+. Dieses zielt u.a. auf die aktive Partizipation von Seniorinnen und Senioren an der Gesellschaft und soll alten Menschen ermöglichen, so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu führen (vgl. Abschnitt 2.4.3).

Arbeit unterstützen und auch deren Zusammenarbeit stärken. Von CareNet+ werden nur Koordinationsleistungen übernommen, die nicht bereits durch andere Akteure erbracht werden.

Stärken und Schwächen, Umsetzungsschwierigkeiten

Der Case-Management-Ansatz hat sich bisher sehr bewährt. Betont wird dabei auch die Wichtigkeit der Netzwerkpflege mit den verschiedenen involvierten Akteuren. Als besondere Stärke wird die Systematik des Ansatzes bewertet, insbesondere, dass auch die Finanzierer von Anfang an einbezogen und die Spitex ins Angebot integriert wurde. Als weitere Stärke wird der aufsuchende Charakter des Ansatzes gewertet. Aus dem Pilotprojekt hat sich gezeigt, dass die Betroffenen wie auch ihre Angehörigen sich entlastet fühlen und sich der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand der Betroffenen verbessert.

Die Reichweite des Projektes ist jedoch noch sehr klein (ca 4–7 begleitete Fälle pro Jahr). Dabei stellt sich unter anderem die Frage, ob dies mit den Kosten für die Koordination zusammenhängt. Die Fallpauschale für die Auftragsklärung und Assessment beträgt 1'600 Franken und für die umfassende Fallkoordination 6'300 Franken, wobei die Eigenbeteiligung der Kundinnen und Kunden individuell geprüft wird. Hinsichtlich der Zielgruppe stellt sich die Frage, ob die Altersgruppe (ab 60 Jahren) zu weit gefasst ist, weil ein erhöhter Unterstützungsbedarf häufig erst in den Altersgruppen ab 75 oder 80 Jahren auftritt. Gerade im Hinblick auf das Thema Betreuung hat sich gezeigt, dass der Pflegebedarf für die Aufnahme ins Projekt das ausschlaggebende Kriterium ist und der Betreuungsbedarf weniger stark gewichtet wird.

Weiter hat sich in der Umsetzung die Frage gestellt, ob die Durchführung durch Pro Senectute ZH für das Projekt eher Vor- oder Nachteile bringt. Auf der einen Seite bringt Pro Senectute eine grosse Bekanntheit mit, gleichzeitig gibt es bei Finanzierungsträgern aber auch Kritik an den hohen Kosten des Angebotes für ein NPO und die Pro Senectute kann nicht ihre eigenen Angebote vermitteln.

Kosteneinsparungen sind ein wichtiges Ziel des Projektes, welche jedoch bislang nicht klar belegt werden konnten (unter anderem wegen einer fehlenden Vergleichsgruppe aufgrund der tiefen Fallzahlen). Insgesamt ist das Angebot von CareNet+ stark von der Mitwirkung aller relevanten Akteure abhängig. Zu Beginn des Projekts war entsprechend viel Überzeugungsarbeit nötig und die kontinuierliche Pflege des Netzwerkes ist notwendig und aufwändig.

Beitrag des Modells an zukunftsfähige Betreuung im Alter

CareNet+ bietet ein Angebot, das durch die Koordination der Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden für die Betroffenen eine personenzentrierte, umfassende und koordinierte Versorgung gewährleistet. Dadurch lässt sich eine durchgehende Versorgung mit geklärten Zuständigkeiten erreichen. Dies trägt neben der Entlastung aller Akteure dazu bei, Lücken in der Versorgung zu identifizieren, Doppelspurigkeiten im Einzelfall zu vermeiden und Synergien zu nutzen. Durch die Beschränkung auf Personen in komplexen Situationen mit Unterstützungsbedarf in mehreren Bereichen liegt der Fokus des Angebots jedoch stärker auf dem Thema der Pflege als Betreuung.

Im Bezirk Affoltern wird das Projekt regional umgesetzt (in 13 Gemeinden). Eine gewisse Grösse ist notwendig, damit die Strukturen rentabel sind, gleichzeitig bleibt es jedoch durch die wenigen Fälle überschaubar. Ob sich das Angebot auf eine andere Region übertragen lassen würde, ist unklar, da sich in der Umsetzung die lokalen Angebote und das Vorhandensein von für das Projekt motivierten Akteuren als zentral erwiesen hat.

4.2.3 Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten aus Sicht der Workshopteilnehmenden

Am Workshop wurden die teilnehmenden Akteure nach den aus ihrer Sicht grössten Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Betreuung allgemein und insbesondere auch in der Umsetzung von Betreuungsmodellen mit integrativen Elementen gefragt.

Herausforderungen

Eine der grössten Herausforderung wird in der Finanzierung der Betreuung gesehen, wobei dies verschiedene Aspekte betrifft. Nebst der übergeordneten Frage der Betreuungsfinanzierung, für die eine Lösung auf Bundes- oder Kantonebene aussteht, wird spezifisch die Tragbarkeit der Angebote für die Betroffenen, innerhalb und ausserhalb des EL-Bereiches als Herausforderung genannt. Weiter stellt sich insbesondere bei Modellen, die auf das Element der Koordination fokussieren, die Frage, wie diese Koordinationsleistungen angesichts von Finanzierungssystemen, die sich an den gegenüber den einzelnen Personen erbrachten Leistungen orientieren, finanziert werden können. Ähnliches gilt auch für Informations- und Beratungsleistungen, die nicht die Pflege betreffen. Die aktuelle Fragmentierung der Finanzierung zwischen Bund, Kantonen und teilweise Gemeinden, zwischen Gesundheits- und Betreuungsbereich und zwischen Subjekt- und Objektfinanzierung bringe mit sich, dass integrative Ansätze immer auch verschiedene Finanzierungen für eine Person kombinieren müssen, was auch für Fachpersonen eine enorme Herausforderung bedeute. Die Fragmentierung der Finanzierung begünstige auch die Konkurrenz zwischen den Akteuren der verschiedenen Bereiche.

Eine zweite grosse Herausforderung wird im Zugang zu den Angeboten und dem Erreichen der Zielgruppe gesehen. Einerseits sollen die Angebote niederschwellig und unabhängig von der sozialen oder finanziellen Situation zugänglich sein. Gleichzeitig müsse aber auch aktiv darauf geachtet werden, dass die Zielgruppe und insbesondere vulnerable Gruppen erreicht werden.

Das Thema der Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren und das gegenseitige Wissen über die Angebote von anderen Leistungserbringern wird als zentrale Herausforderung verstanden. Die bisherige Praxis zeige, dass für eine tragfähige, längerfristige Zusammenarbeit eine gewisse Verbindlichkeit wichtig ist. Um dies zu erreichen wird vorgeschlagen, den Aspekt der Koordination in den Leistungsverträgen des BSV noch verbindlicher als Kooperationspflicht aufzunehmen. Auch Modelle wie die Schwyzer Loyalitäts-Charta⁵⁰ für die beteiligten Anbieter könnte an anderen Orten umgesetzt werden. Schliesslich werden bezüglich der Koordination die unterschiedlichen Logiken von Gesundheits- und Sozialwesen als Schwierigkeit gesehen. Dies nicht nur hinsichtlich der unterschiedlichen Finanzierung, sondern auch der Unterschiedlichkeit der Berufskulturen: Hier könne ein Potential freigesetzt werden, wenn künftig vermehrt gemeinsame Lösungen und Angebote gestärkt und die Vielfalt der Methoden aus beiden Bereichen genutzt würden.

Auch die Rolle der Politik wurde wiederholt angesprochen. Das Feld der Betreuung werde insgesamt zu wenig klar und einheitlich gesteuert, und es fehle an geklärten Rollen und damit verbundenen Zuständigkeiten für die Akteure der Versorgung. Das bestehende «Milizsystem» mit viel Freiwilligenarbeit und Akteuren der Zivilgesellschaft stosse an seine Grenzen, und die öffentliche Hand

⁵⁰ In der Schwyzer Loyalitäts-Charta vereinbaren die Schwyzer Kantonalverbände von Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz, der Spitex und Curaviva gemeinsame Grundsätze.

sei gefordert, gesamtgesellschaftliche Lösungen zu etablieren. Mit Blick auf neue Betreuungsmodelle brauche es auch einen politischen Willen, um innovative Modelle umzusetzen. Dafür sollen entsprechende Regelungen genügend offen, d.h. bspw. wirkungsorientiert formuliert werden, um pragmatische Lösungsansätze zu ermöglichen und sicherzustellen, dass neue Lösungen an unterschiedliche bestehende Strukturen anschlussfähig sind.

Weiter wurde der Fachkräftemangel in der Pflege als Herausforderung genannt, der sich mit einer integrativen Betreuung, die auch verstärkt Fachpersonen aus dem Sozialbereich in die Altersversorgung einbeziehe, möglicherweise entschärfen lasse.

Verbesserungsmöglichkeiten

Im Aufbau von Caring Communities und sozialraumorientierten Ansätzen wird Potential gesehen, um den Bereich der Betreuung zu verbessern. Sozialraumorientierten lokalen Ansätzen und auch aufsuchender Arbeit wird das Potential zugeschrieben, dass Personen angesprochen werden können, welche bisher nur schwer erreicht werden. Auch von einer konsequenten Förderung und Weiterentwicklung von personenzentrierten und partizipativen Ansätzen werden positive Effekte auf die Zugänglichkeit erwartet. Ein Einbezug und die Mitwirkung der Betroffenen bei der Entwicklung von Betreuungsangeboten wie auch in individuellen Betreuungsarrangements unterstützt die Selbstorganisation der Betroffenen und vermindert die Asymmetrie zwischen Betroffenen (als Nehmenden) und Fachpersonen (als Gebenden). Mit einem Zusammenwirken auf Augenhöhe soll es für die Betroffenen auch einfacher werden, Hilfe anzunehmen.

Allgemein brauche es mehr Wertschätzung für die Kernelemente der Betreuung wie Zuhören, Zeit haben und gemeinsames Erledigen von Aufgaben. Dieses «Zeit haben» finde keinen Platz in den gängigen Definitionen von Betreuung, die einzelne Leistungen oder Leistungskategorien auflisten. Eine Möglichkeit, dies bei der anstehenden Regulierung von Betreuung zu vermeiden, wäre eine breite Definition von Betreuung und ein Fokus auf der Wirkung, die mit Betreuung erzielt werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch angeregt, einheitliche, valide Kriterien für Wirkungsnachweise zu entwickeln, die es erlauben, die Wirkungen verschiedener Modelle und Ansätze von Betreuung vergleichen zu können.

Auf Ebene der rechtlichen Grundlagen wird – mit Blick auf die Finanzierung von Leistungen für Demenzkranke Personen – konkret vorgeschlagen, in Art. 7 Abs. 2 Bst. c Ziff. 2 KLV die Formulierung, welche sich auf Personen mit psychischen Krankheiten bezieht, mit dem Zusatz «und kognitiv eingeschränkte Personen» zu ergänzen. Dadurch könnten Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung und der grundlegenden Alltagsbewältigung für Personen mit kognitiven Einschränkungen als KVG-finanzierte Pflegemassnahmen klassifiziert werden.

Allgemein wird in einer positiven Besetzung des Themas eine Chance gesehen. Eine Verbesserung des gesellschaftlichen Stellenwerts von Alter und Betreuung habe positive Effekte auf die älteren Menschen selbst, aktiviere deren Ressourcen und mache die involvierten Berufsfelder attraktiver. Dazu sollte ein Bild des Alters verbreitet werden, bei dem es sich nicht nur um fragile Unterstützungsbedürftige, sondern auch Personen mit Ressourcen geht. Auch die Wertschätzung für die Bedeutung von Betreuung solle erhöht und evtl. stärker auch deren präventiver Charakter betont werden.

5 Schlussfolgerungen und Verbesserungspotential

5.1 Schlussfolgerungen

Die Schlussfolgerungen fassen die wichtigsten Erkenntnisse der Studie bezüglich der Fragestellungen in drei Abschnitten zusammen:

- Übersicht über den Status quo im Bereich der Betreuung im Alter (Standortbestimmung)
- Analyse der Leistungsfähigkeit der bestehenden Organisation und der Angebote im Bereich der Betreuung im Alter hinsichtlich des Anspruchs, die Betreuung von älteren Menschen aktuell und auch künftig bedarfsgerecht sicherzustellen (Bedarfsdeckung und Herausforderungen)
- Potential von integrativen Betreuungsansätzen (Potentiale integrativer Betreuung)

5.1.1 Standortbestimmung

Die Standortbestimmung zeigt, dass Betreuung im Alter auf allen Ebenen des föderalen Systems und auch bei den Anbietern von entsprechenden Leistungen ein wichtiges Thema ist, das diskutiert wird und für das angesichts der anstehenden Aufgaben Lösungen gesucht und erprobt werden. Für Aufgaben im Bereich der Betreuung im Alter existiert ein komplexes System von Zuständigkeiten der öffentlichen Hand auf Ebene Bund, Kantone und Gemeinden, von Non-Profit- und privatwirtschaftlichen Organisationen sowie von Zivilgesellschaft, Angehörigen und Freiwilligen. Betreuungsleistungen werden nur in begrenztem Masse öffentlich mitfinanziert, wobei unterschiedliche Finanzierungsträger und -instrumente involviert sind. Vor allem zu Beginn des Fragilisierungsprozesses müssen die Betreuungskosten von den Betroffenen weitgehend selber getragen werden. Das System weist einen hohen Orientierungs- und Koordinationsbedarf auf, wozu allerdings eine einheitliche, allseits anerkannte inhaltliche Bestimmung von Betreuung fehlt. Auch die Diskussion, was ein legitimer Anspruch der älteren Bevölkerung auf gesellschaftlich bereitgestellte (und öffentlich mitfinanzierte) Betreuung im Alter sein könnte, ist nicht so weit fortgeschritten, dass sich die Betroffenen und die involvierten Akteure daran orientieren könnten.

Bundesebene

Auf Bundesebene sind inhaltliche Gestaltungsmöglichkeiten und Steuerungspotential im heutigen rechtlichen Rahmen, der die Zuständigkeit für die Betreuung im Alter den Kantonen zuschreibt (Art. 112c, Abs. 1 BV), beschränkt vorhanden. Im Bereich der Finanzierung über die Systeme der sozialen Sicherheit hat der Bund gewisse Einflussmöglichkeiten. Eine Finanzierung von Betreuung im Alter über die bestehenden Systeme der Ergänzungsleistungen (EL für ökonomisch schlechter gestellte Haushalte) und der Hilflosenentschädigungen (HE für breitere ökonomische Schichten) erfolgt bis heute jedoch nur marginal. Weiter werden über die Finanzhilfen an nationale Organisationen der Altershilfe (AHVG Art. 101^{bis}) Leistungen zugunsten der älteren Bevölkerung mitfinanziert. Allerdings können «Hilfen zu Hause» gemäss den Regeln der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung (NFA) nur finanziert werden, wenn sie von Freiwilligen geleistet werden.⁵¹ Um dem Subsidiaritätsprinzip zu folgen, werden zudem maximal 50% der Kosten vom Bund getragen und die mitfinanzierten Angebote müssen sich auf vulnerable Zielgruppen fokussieren. Die Einflussmöglichkeiten hinsichtlich Ausgestaltung und Angebotsfinanzierung der Betreuung im Alter sind also begrenzt.

⁵¹ Zwar erhalten Freiwillige keinen Lohn, der finanziert werden müsste. Es werden aber Kosten wie Organisation, Einführung, Begleitung der Freiwilligen durch Profis mitfinanziert.

Kantone

Die Kantone, die gemäss Art. 112c, Abs. 1 BV hauptsächlich für Hilfe und Pflege im Alter zuständig sind, definieren Betreuung im Alter nicht als eigenständigen Politik- oder Versorgungsbereich. Gemeinhin wird Betreuung im Rahmen der Bestimmungen zur stationären und ambulanten Langzeitpflege mitreguliert. Für die Betreuung in Heimen wird dabei hauptsächlich festgelegt, welche Beiträge der Kanton leistet und welche Kosten die älteren Personen selbst tragen müssen. Es bestehen überdies in einigen Kantonen Bestrebungen, im Bereich der «Krankheits- und Behinderungskosten» der EL oder regional vorhandener zusätzlicher Leistungen Betreuung im Alter für ökonomisch schlechter gestellte Personen aus dem Kantonsbudget zu finanzieren, was auch eine Definition erfordert. Der Kanton Zürich hat hierzu erste Bestimmungen erarbeitet.

Regelungen und Strategien zur Betreuung im Alter finden sich explizit oder implizit in Zusammenhang mit kantonalen Alterspolitiken. Die kantonalen Alterspolitiken sind in unterschiedlichem Mass, aber nur in wenigen Fällen weitgehend und umfassend ausgestaltet. Die gesetzlichen Grundlagen zur Betreuung im Alter sind nur in wenigen Kantonen in einem übergreifenden Gesetz festgehalten, sondern auf Einzelgesetze verteilt, die der je unterschiedlich historisch gewachsenen Logik von Sozial- und Gesundheitsbereich in den Kantonen folgen. Diese Fragmentierung zeigt sich auch bei den für den Altersbereich zuständigen kantonalen Stellen. Von einer übergreifenden Alterspolitik kann allenfalls dort gesprochen werden, wo in Altersstrategien und Altersberichten konkrete Versorgungsziele und -strategien festgehalten sind. Insgesamt sind aber auch die Alterspolitiken in den Kantonen nicht so ausgestaltet, dass sie für Betreuung im Alter einen Rahmen bilden würden, der ihre Ausgestaltung und die Versorgung zielgerichtet vorantreiben könnte. Am stärksten gilt dies bei denjenigen Kantonen, die Altershilfe und Betreuung an die Gemeinden oder an Gemeindeverbände delegieren. Hier sind die kantonalen Stellen, welche die Gemeinden mit Koordinationsleistungen und Fachkompetenz unterstützen könnten, (sofern vorhanden) meist relativ schwach ausgestattet. Kantone mit Gemeindezuständigkeit für das Thema der Altersbetreuung sind eher in der Deutschschweiz anzutreffen, während in der französischsprachigen Schweiz und im Kanton Tessin die Kantone tendenziell stärker regulierend eingreifen und eigentliche Versorgungssysteme – meist in Zusammenhang mit «Gesundheitsregionen» – eingerichtet haben. Auch wenn keine gesicherten Erkenntnisse darüber existieren, welche «Modelle» der kantonalen Organisation von Betreuung im Alter zu einer effektiven und effizienten Versorgung führen, ist doch davon auszugehen, dass es dafür das Engagement von Kantonen und Gemeinden braucht.

Die Versorgung mit Betreuung im Alter stützt sich in den Kantonen im stationären Bereich und im Bereich des betreuten Wohnens hauptsächlich auf gemeinnützige Alters- und Pflegeheime und im ambulanten Bereich stark auf die öffentlichen und privaten Spitexdienste. Diese folgen wie mehrfach erwähnt im Kern der Logik der KVG-Finanzierung, welche insbesondere eine Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung verlangt. Die finanzierten Betreuungsleistungen sind sehr eng gefasst, darüber hinausgehende Betreuung muss von den Betroffenen weitgehend selbst getragen werden. Im Bereich ohne «Pflegebezug» sind es neben der Spitex hauptsächlich Organisationen der Altershilfe, die Angebote für zu Hause wohnende Personen bereitstellen. Die Angebote der Organisationen der Altershilfe betreffen mehrheitlich Dienst- und Sachleistungen sowie die Entlastung betreuender Angehöriger. Eigene Angebote von Kantonen und (soweit bekannt) Gemeinden sind eher selten und betreffen oftmals Bereiche, in denen Strategien auf Bundesebene existieren (Demenz, Palliative Care, Gesundheitsförderung, NCD-Strategie). Die Kantone (und Gemeinden) steuern die Angebote mehrheitlich, indem sie Leistungsverträge abschliessen, die auch gewisse Bestimmun-

gen zur Qualitätssicherung enthalten und teilweise verrechenbare Höchsttarife für Angebote festlegen. Einzelne Kantone versuchen die Wahlfreiheit seitens der älteren Personen zu erhöhen, indem sie Gutscheinsysteme o.Ä. einführen. Verschiedentlich finanzieren die Kantone Praxis- oder Forschungsprojekte, die Betreuung im Alter betreffen, mit dem Ziel, Innovationen in der Versorgung zu erreichen.

Insgesamt sind die Regelungen und Angebotsstrukturen im Bereich der Betreuung im Alter in den Kantonen sehr unterschiedlich ausgestaltet. Einen ausgereiften Politik- und Versorgungsbereich entwickelt haben viele Kantone dafür jedoch noch kaum. Zwar existieren Leitbilder und Strategien für den Altersbereich, aber oftmals ist die Finanzierung nicht längerfristig durch eine gesetzliche Grundlage abgesichert.

Organisationen der Langzeitpflege und der Altershilfe

Die Organisationen des Langzeitpflegebereichs (APH, Spitex) und der Altershilfe sind entsprechend der föderalen Organisation der öffentlichen Hand auch dezentral organisiert. Organisationen der Altershilfe leisten einen wesentlichen Beitrag an die Versorgung der älteren Bevölkerung durch ihre kantonalen Sektionen. Eine umfassende gesamtschweizerische Übersicht über die Angebote, die nicht direkt mit der Langzeitpflege gekoppelt sind, liegt ausserhalb des Bereichs der Finanzhilfen des Bundes (AHVG 101^{bis}) nicht vor. Integrale Konzepte oder Definitionen für eine Betreuung im Alter hat bisher keine der Organisationen vorgelegt, was vermutlich auch damit in Zusammenhang steht, dass sie je nur Teilbereiche von Betreuung (ambulant, stationär, mit Pflege, ohne Pflege, nur Demenz) bearbeiten.

Bei der Leistungserbringung vor Ort stehen die Organisationen im Spannungsfeld von Konkurrenz und Kooperation untereinander. Die Effekte dieses Spannungsfeldes sind umstritten – Stichwort Doppelspurigkeit von Angeboten –, bilden aber wahrscheinlich Anreize zur Entwicklung innovativer Angebote und garantieren auch eine gewisse Wahlfreiheit für die älteren Personen, die auf Leistungen angewiesen sind.

5.1.2 Bedarfsdeckung und damit verbundene Herausforderungen

Herausforderungen bzw. ungedeckter Betreuungsbedarf wurden sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich festgestellt. Die Herausforderungen und der Handlungsbedarf sind jedoch je nach Setting unterschiedlich. In Pflegeheimen stehen Lücken bei der sinngebenden Alltagsgestaltung und der beziehungs- und interaktionsbasierten Betreuung (bzw. deren Umsetzung angesichts der bestehenden betrieblichen Rahmenbedingungen) im Vordergrund. Bei älteren Menschen, die zu Hause wohnen, stellen die Nicht-Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, der Bedarf nach Koordination und Vermittlung der Betreuungsleistungen (sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene) und die Finanzierung der Betreuung zentrale Herausforderungen dar. Über beide Settings hinweg ist festzustellen, dass der zeitliche Bedarf für eine optimale Betreuung bereits heute nicht gedeckt wird. Es ist davon auszugehen, dass das positive Potential guter Betreuung im Alter hinsichtlich der Lebensqualität der älteren Bevölkerung und hinsichtlich der Prävention einer Verschlechterung der Situation der auf Betreuung angewiesenen Personen nicht realisiert wird.

Die Nicht-Inanspruchnahme von Angeboten hat verschiedene Gründe. Die finanzielle Tragbarkeit für die Betroffenen und die Zugangsprobleme aus sozio-kulturellen und sozio-ökonomischen Gründen bilden die eine Seite des Phänomens. Auf der anderen Seite führen auch Scham, Angst vor Stigmatisierung, Verleugnung (oder aufgrund der schleichenden Zunahme altersbedingter Einschränkungen fehlende Wahrnehmung) des Unterstützungsbedarfs eine wesentliche Rolle. Dazu

kommen Verpflichtungsgefühle seitens der Angehörigen bzw. Erwartungen der Betroffenen an ihre betreuenden Angehörigen, welche das Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten und die (frühzeitige) Inanspruchnahme von externen Angeboten erschweren. Bei der Finanzierbarkeit von Betreuungsangeboten spielt aber auch die subjektive Bewertung mit: Leistet man sich etwas, das vielleicht aus momentaner Sicht nicht absolut notwendig erscheint, oder lässt man es bleiben, weil es einem zu teuer scheint – auch wenn man das Geld dafür hätte (vgl. Stutz et al. 2019)? Eine weitere Hürde sehen die kantonalen Verantwortlichen in administrativen Anforderungen wie bspw. dem Ausfüllen von komplizierten Formularen. Solche Zugangshürden sowie die Tatsache, dass vor allem in den frühen Phasen des Betreuungsbedarfs ein wesentlicher Teil der Kosten der Angebote von den älteren Personen selbst getragen werden muss, verhindern deshalb oft eine frühzeitige Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten und führt wahrscheinlich zu einem schnelleren Übergang in eine Phase mit höherem Bedarf. Fachpersonen berichten entsprechend von häufigen gesundheitlichen Überlastungsproblemen der Angehörigen sowie einer Eskalation der Situation, die schliesslich zum Heimeintritt führt, aber bei früherer Inanspruchnahme von Unterstützung vermeidbar gewesen wäre.

Die Vermittlung und Koordination von bedarfs- und situationsgerechten Betreuungsleistungen bleibt eine Herausforderung. Da die Dienste von unterschiedlichen Anbietern und Fachbereichen erbracht werden, besteht nicht unerheblicher Bedarf an Abstimmung der an der Betreuung (und Gesundheitsversorgung) beteiligten Seiten. Zusätzlich besteht eine Herausforderung auch darin, dass professionelle Angebote in Anspruch genommen werden können, dabei aber die von Freiwilligen und Angehörigen aus dem persönlichen Umfeld (inkl. Nachbarschaft) nicht «verdrängt» werden sollen. Vielmehr braucht es zur Unterstützung der nicht-professionellen Betreuenden Zeit und teilweise auch fachliche Anleitung, um das Potential des Zusammenwirkens von Laien und Fachpersonal optimal nutzen zu können. Besondere Herausforderungen bestehen bei Übergängen zwischen Settings (z.B. vom Spital oder einem Reha-Aufenthalt nach Hause oder von zu Hause in eine betreute Wohnform etc.).⁵² Es ist angesichts des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen davon auszugehen, dass sich in Zukunft die Schwierigkeiten bei der Bereitstellung eines bedarfs- und situationsgerechten Angebots an Betreuungsleistungen noch akzentuieren werden. Entsprechend wichtiger werden Modelle, in denen Angehörige, Freiwillige und Fachpersonen koordiniert zusammenarbeiten.

Die Koordination der verschiedenen Angebote auf kantonaler und kommunaler Ebene zu verbessern, bleibt auch eine ständige Aufgabe. Koordinationsstrukturen sind nicht überall gleich zweckmässig und wirkungsvoll eingerichtet. Es resultiert ein Angebot, das auf kommunaler Ebene sehr unterschiedlich ausgestaltet und entwickelt ist (sprachregionale Unterschiede, städtische / ländliche Gemeinden, vgl. dazu auch Ecoplan, 2014). Ebenfalls ein «Koordinationsproblem» stellt die fragmentierte Finanzierung für den Bereich der Altersbetreuung dar. Für Anbieter, Fachpersonen und viele Betroffene stellt es eine ständige Herausforderung dar, die verschiedenen Finanzierungsquellen zu kennen und sie gemäss den Vorschriften in Anspruch zu nehmen. Gerade für vulnerable, im Umgang mit administrativen Vorgaben nicht geübte ältere Personen ist diese Hürde nicht zu unterschätzen.

⁵² Hochbetagte Menschen mit fortgeschrittener Gebrechlichkeit und Menschen mit Demenz gehören zu den Personengruppen, welche nach Spitalaufenthalten einen erhöhten Nachsorgebedarf aufweisen. Die Analyse von Ecoplan / Serdaly & Anker (2022) zur Akut- und Übergangspflege verweist auf Finanzierungs- und Angebotslücken in der ambulanten Nachsorge, welche u.a. mit interprofessionellen Übergangsangeboten geschlossen werden könnten.

Unabhängig vom Setting bleiben die Demenzerkrankungen angesichts ihrer prognostizierten Zunahme eine grosse Herausforderung. Es fehlen spezialisierte Angebote und eine finanzierbare Lösung für den stark erhöhten Präsenzbedarf (24h-Betreuung). Vielfach werden Demenzerkrankungen erst spät erkannt, was eine adäquate Betreuung erschwert. Sowohl (nicht-spezialisierte) Fachpersonen als auch Angehörige scheinen auf den Umgang mit Betroffenen zu wenig vorbereitet. Es fehlt Wissen zur Erkrankung an sich, aber auch Fähigkeiten zur angemessenen Kommunikation mit Betroffenen, zum Erhalt vorhandener Fähigkeiten und zum «Handling» herausfordernden Verhaltens.

Die Finanzierung von Betreuung im Alter ist insgesamt nicht genügend gesichert. Da Betreuung von der öffentlichen Hand nicht als obligatorische Aufgabe definiert wird, sind Betreuungsleistungen stärker als andere dem Risiko ausgesetzt, dass sie aus den kantonalen und kommunalen Budgets gestrichen werden, wenn das Geld knapp ist. Der Auf- und Ausbau von Strukturen und Finanzierungslösungen für die Betreuung im Alter hat daher meist «Projektcharakter» und die Kontinuität ist nicht gewährleistet. Die Finanzierung von Betreuung ist im aktuellen Versorgungssystem fragmentiert, d.h. sie wird aus mehreren, verschiedenartigen Quellen (kantonal unterschiedliche EL, HE, AHV-Fonds, eher nicht langfristig gesicherte Beiträge von Kantonen und Gemeinden, Eigenleistungen der Betroffenen) gespiesen, was die Inanspruchnahme von Leistungen potentiell erschwert und sich auf die Chancengerechtigkeit auswirken kann.

5.1.3 Potentiale «integrativer Betreuung»

Angesichts der Herausforderungen, die in der Betreuung im Alter bestehen, können integrative Betreuungsmodelle potentiell hilfreiche Beiträge an eine zukunftsfähige Betreuung im Alter leisten. Folgende Aspekte konnten im Rahmen dieser Studie herausgearbeitet werden:

- Es besteht die Erwartung, dass die bessere Koordination der Angebote und der Einbezug von Freiwilligen und Angehörigen die Effizienz von Betreuungsangeboten verbessert und damit die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden können.
- Die integrativen Ansätze sind insgesamt niederschwelliger, erhöhen damit die rechtzeitige Inanspruchnahme von Unterstützung und können möglicherweise auch die Zugänglichkeit für bisher nur schwer erreichbare ältere Menschen erleichtern. Beide Effekte werden potentiell verstärkt, wenn sich die Angebotsstrukturen für die frühen Phasen des Betreuungsbedarfs an Modellen der Gemeinwesenarbeit oder von Caring Communities orientieren.
- Mit der konsequenten Orientierung am Bedarf und an den Bedürfnissen der älteren Person (und nicht an der Logik der beteiligten Organisationen und Institutionen) leistet integrative Betreuung einen Beitrag an den Erhalt von Selbständigkeit und Selbstbestimmung der älteren Personen.
- Integrative Ansätze können dazu beitragen, dass die Systemgrenzen zwischen ambulantem und stationärem Betreuungsbereich durchlässiger werden. Es besteht das Potential, dass integrative Ansätze im ambulanten Bereich eine kontinuierliche und rechtzeitige Anpassung des Betreuungsarrangements begünstigen, damit präventive Wirkungen entfalten und vorzeitige Heimeintritte mit den damit verbundenen hohen Kosten vermindert werden können.

5.2 Verbesserungspotential und Handlungsempfehlungen

Aufgrund der Erkenntnisse der Studie leiten wir folgende Handlungsempfehlungen für Adressaten der öffentlichen Hand auf allen föderalen Stufen und für die Leistungserbringer bzw. Organisationen der Altershilfe ab.

| | | |
|--------------|---|--|
| Empfehlung 1 | Lead für die Weiterentwicklung der Altersbetreuung übernehmen und gemeinsame Strategie entwickeln | Adressaten: Bund (Lead BSV) und Kantone |
|--------------|---|--|

Für die Gewährleistung einer angemessenen, integrativen und niederschweligen Betreuung im Alter scheinen Massnahmen auf allen föderalen Ebenen notwendig. In der aktuellen Situation besteht das Risiko, dass die verschiedenen Akteure aufeinander «warten» und es nicht ganz klar ist, wo der Lead für die Weiterentwicklung der Altersbetreuung in der Schweiz liegen soll. Es wird vorgeschlagen, dass das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) diesen Lead in Zusammenarbeit mit der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) stärker übernimmt und (ggf. unter Einbezug des Bundesamts für Gesundheit BAG und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK) zur Betreuung im Alter eine gemeinsame Strategie entwickelt.

Um die Strategie breit abzustützen und die Koordination zwischen den beteiligten Akteuren zu fördern, wird empfohlen, eine Plattform «Betreuung im Alter» zu schaffen, auf der nebst Bundesstellen und Kantonen auch Gemeinde- und Städteverbände sowie Organisationen der Altershilfe und der Leistungserbringer vertreten sind.

| | | |
|---------------|---|---------------------------------|
| Empfehlung 1a | Schweizweit vergleichbare rechtliche Grundlagen zur Betreuung im Alter schaffen oder weiterentwickeln | Adressaten: Bund und Kantone |
|---------------|---|---------------------------------|

Die Strategie sollte aufnehmen, dass als Basis für eine bessere Verankerung von Betreuung im Alter rechtliche Grundlagen geschaffen oder weiterentwickelt werden sollen, um schweizweit ein Angebot an Betreuung – ambulant wie stationär – sicherzustellen und ausreichend zu finanzieren. Schweizweit vergleichbare gesetzliche Grundlagen für eine angemessene Betreuung im Alter würden den Kantonen und Gemeinden den Auftrag und den Rahmen geben, Lösungen für die anstehenden Herausforderungen zu finden und umzusetzen.

| | | |
|---------------|--|---------------------------------|
| Empfehlung 1b | Schweizweit die Finanzierungsweisen klären, vereinfachen und möglichst harmonisieren | Adressaten: Bund und Kantone |
|---------------|--|---------------------------------|

Die Strategie sollte aufnehmen, dass hinsichtlich der Finanzierung von Betreuung im Alter zu klären und zu prüfen ist, welche Bereiche mittels Subjektfinanzierung gelöst werden können (z.B. Betreuungsleistungen im Rahmen der EL, der HE oder über einen Assistenzbeitrag) und wo es eine Objektfinanzierung braucht (z.B. Beiträge an Organisationen für Koordination und Vernetzung). Der Bund (BSV und BAG) und die Kantone (SODK und GDK) sollten diese Klärung gemeinsam angehen und Schritte unternehmen, schweizweit möglichst harmoni-

sierte und für Leistungsbezüger/innen und Leistungsanbietern möglichst einfache Finanzierungssysteme für Betreuung im Alter zu etablieren. Das lokal verfügbare Angebot sollte dabei ungeachtet der Finanzkraft von Kantonen und Gemeinden vergleichbar ausgestaltet werden können.

| | | |
|--------------|---|--------------------------------------|
| Empfehlung 2 | Politisches Handlungsfeld «Betreuung im Alter» als gemeinsame Aufgabe von Kanton und Gemeinden weiterentwickeln | Adressaten: Kantone und Gemeinden |
|--------------|---|--------------------------------------|

Die Kantone sollten die Weiterentwicklung des politischen Handlungsfelds «Betreuung im Alter» gemeinsam mit den Gemeinden konsequent und möglichst zeitnah vorantreiben, unter Berücksichtigung bzw. in Einklang mit den Anstrengungen zu schweizweit vergleichbaren Regelungen (vgl. Empfehlung 1, 1a und 1b).

Die erforderliche Weiterentwicklung könnte sich an folgenden Handlungsebenen orientieren, die von der GDK zur Entwicklung der integrierten Versorgung empfohlen werden (GDK, 2019):

- **Regulierung:** Definition von Betreuung im Alter sowie den gesetzlichen Auftrag von Kanton und Gemeinden festlegen.
- **Finanzen:** Die ausreichende Finanzierung klären und längerfristig sicherstellen.
- **Strukturen:** Die Verantwortlichkeiten klar festlegen und die jeweilige Aufgabenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden überprüfen.
- **Kommunikation:** Die Entwicklungsschritte kommunizieren, bspw. indem sie in Legislaturziele oder eine Altersstrategie mit Massnahmenplan aufgenommen werden.

Dabei sollte «Betreuung im Alter» in allen Kantonen als gemeinsame Aufgabe der kantonalen und der kommunalen Ebene ausgestaltet werden. Eine vollständige Delegation der Betreuung im Alter an die Gemeinden kann kommunale Strukturen teilweise überfordern. Jedoch sollten die Lösungsansätze weiterhin auch die kommunale Ebene einbeziehen, da gerade im Betreuungsbereich die lokalen Netzwerke und die Verankerung im Gemeinwesen wichtige Vorteile darstellen. Um regionale Strukturen zu stärken, braucht es dabei auch eine gute Zusammenarbeit zwischen Gemeinden und zwischen Kantonen. Bei der Weiterentwicklung von kantonalen und kommunalen Versorgungssystemen sollte ausserdem darauf geachtet werden, dass die «Anschlussfähigkeit» der neuen Modelle an die bisherige Praxis und die je nach Kanton und Gemeinde sehr heterogenen Strukturen gegeben ist.

| | | |
|--------------|--|--|
| Empfehlung 3 | Ansätze integrativer, personenzentrierter Betreuung erfahrungsbasiert weiterentwickeln | Adressaten: Bund, Kantone und Leistungserbringer/Organisationen der Altershilfe |
|--------------|--|--|

Die Ansätze integrativer, personenzentrierter Betreuung sollten erfahrungsbasiert weiterentwickelt und in der Praxis – im ambulanten wie auch im stationären Bereich – verstärkt umgesetzt werden. Der Bund und die Kantone sollten prüfen, inwiefern sie ein Programm angewandter, praxisorientierter Forschung und Entwicklung lancieren könnten, welches auch das Know-how und die Kompetenzen

zen der Leistungserbringer miteinbezieht. Ein solches Programm sollte auch Methoden und anerkannte Standards zur Überprüfung der Wirkungen von Angeboten und Angebotsstrukturen zu Betreuung im Alter entwickeln.

| | | |
|--------------|---|---|
| Empfehlung 4 | Kulturwandel im Altersbereich anstossen | Adressaten: Kantone, Gemeinden und kantonale Leistungserbringer/Organisationen der Altershilfe |
|--------------|---|---|

Die Einführung integrativer, personenzentrierter Modelle erfordert gemeinsame Anstrengungen von Kantonen, Gemeinden und Leistungserbringern und einen eigentlichen Kulturwandel weg von der Logik der Einzelinstitutionen und -organisationen. Betreuung sollte zudem als Bestandteil einer umfassenden Alterspolitik verstanden werden, welche das Bild von der älteren Bevölkerung nicht auf ihren Unterstützungsbedarf einschränkt, sondern auch deren Ressourcen betont und sie partizipativ einbindet. Kantone, Gemeinden und kantonale Leistungserbringer sollten in ihrem Kanton gemeinsam ein Konzept entwickeln, wie ein solcher Kulturwandel erreicht werden kann (bspw. Zusammenarbeits-Charta, Sensibilisierungskampagne, verbindliches gemeinsames Leitbild mit Massnahmenplan).

| | | |
|--------------|---|---|
| Empfehlung 5 | Sozialraumorientierte und niederschwellige/aufsuchende Ansätze verstärkt umsetzen | Adressaten: Leistungserbringer/Organisationen der Altershilfe, Gemeinden |
|--------------|---|---|

Betreuung im Alter sollte nicht nur auf individueller Ebene angegangen werden, sondern in sozialen Zusammenhängen gedacht werden. Ansätze der Gemeinwesenarbeit oder der Caring Communities sollten verstärkt angewandt werden. Die Leistungserbringer sollten – gemeinsam mit den Gemeinden – ihre Arbeit verstärkt in diese Richtung entwickeln und dabei anstreben, die ältere Bevölkerung früher und umfassender zu erreichen, um die Selbständigkeit und Selbstbestimmung älterer Menschen für eine möglichst lange Zeit zu erhalten. Die Entwicklung von Methoden und Instrumenten, um auch vulnerable ältere Menschen zu erreichen, sollte – unter Berücksichtigung von guter Praxis bspw. aus den Bereichen der Altersarbeit und der Gesundheitsförderung – verstärkt vorangetrieben werden.

6 Ergebnisse des Validierungworkshops

Am Austausch Anlass «Betreuung im Alter» im September 2023 wurden die Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen des provisorischen Schlussberichts mit Vertreter/innen von Kantonen, Städten, Organisationen und Bundesämtern diskutiert. Die Inhalte und Ergebnisse dieser Diskussionen sind in die Finalisierung der Studie eingeflossen und werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Definition «Betreuung im Alter»

Die in Abbildung 1 (Abschnitt 2.1) skizzierte Definition wird als hilfreicher Referenzrahmen erachtet. Zahlreichen Teilnehmenden stellt sich jedoch die Frage, wie gut die Begrifflichkeit selbst geeignet ist, um das zugrundeliegende Konzept treffend zu beschreiben. Sowohl im Deutschen («Betreuung»), aber insbesondere im Französischen würden Begriffen wie «accompagnement», «personnes âgées» (besser: personnes avancées en âge), «viellesse» (besser: séniors), «vulnérabilité» als paternalistisch oder gar pejorativ wahrgenommen. Es gelte, eine Terminologie zu finden, welche den ressourcenorientierten und an der Selbstbestimmung ausgerichteten Charakter entsprechender Angebote und Leistungen betone, gerade im Hinblick auf die Problematik der Nicht-Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen (negativ besetzte Begriffe könnten Betroffene davon abhalten, Unterstützung in Anspruch zu nehmen).

Einzelne Präziserungs- und Ergänzungsvorschläge zur Definition betreffen die Verbindung zwischen Bedarf und Unterstützungsformen (beim Bedarf ist von einem Kontinuum auszugehen, welcher teilweise auch vor einer eigentlichen Fragilisierung einsetzt; bei Einschränkungen im Bereich der ADL wird nicht nur Pflege, sondern auch Betreuung benötigt), den präventiven Nutzen von Betreuung (dieser Aspekt fehle in der Abbildung); die Wichtigkeit der Koordination (nicht nur ein betreuerisches Handlungsfeld, sondern auch für Hilfe- und Pflegeleistungen zentral) und den spezifischen Bedarf an Unterstützung mit der digitalen Kommunikation (diese ist nicht nur für die soziale Teilhabe relevant: der Digital Gap kann auch den Zugang zu Informationen und Angeboten erschweren).

Integrative Betreuung im Alter

Das Modell der integrativen Betreuung, wie es in Abbildung 3 (Abschnitt 4.1.1) vorgestellt wird, deckt aus Sicht der Teilnehmenden die wichtigen Dimensionen und Aspekte ab und zeigt auf, wo die Herausforderungen liegen. Allerdings wird mit «integrative Betreuung» ein neuer Begriff eingeführt, der im Feld weitgehend unbekannt ist. Zu diskutieren gab primär die Umsetzbarkeit des Modells. So stellt sich etwa die Frage, wie die Koordination und der Informationsaustausch in der Praxis funktioniert (Zuständigkeiten, technische Lösungen, Finanzierung), oder wie mit dem Spannungsfeld zwischen individuellem Bedürfnis und dem Bedarf (gesellschaftlich definiert, quantifizierbar / objektivierbar als Basis für die Finanzierung) umzugehen ist. Grundsätzlich wird jedoch die Ausrichtung an individuellen Bedürfnissen begrüsst.

Phasen des Betreuungsbedarfs

Im Grundsatz wird das für die Studie erarbeitete Phasenmodell (vgl. Tabelle 2 in Abschnitt 3.2.2) als gute Grundlage erachtet, welche die unterschiedlichen Ausprägungen des Betreuungsbedarfs und das Spektrum möglicher Leistungen aufzeigt. Problematisch sei jedoch, dass das Modell mitunter eine Linearität oder ein progressives Durchlaufen der verschiedenen Stufen suggeriere: Dies entspreche nicht der Realität. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft den Betreuungsbedarf aufgrund von

kognitiven und psychischen Einschränkungen: Aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung insbesondere von Demenzerkrankungen wäre es aus Sicht mehrerer Teilnehmenden wünschenswert, diese (sichtbarer)⁵³ ins Phasenmodell zu integrieren und nicht nur als Situation mit spezifischem Bedarf zu beschreiben. Mehrfach geäußert wurde auch der Wunsch, die Rolle bzw. die Verfügbarkeit betreuender Angehöriger im Modell differenzierter abzubilden. Ergänzend wurde angemerkt, dass gewisse Faktoren unabhängig von den Phasen im individuellen Fragilisierungsprozess eine Rolle spielen und den Unterstützungsbedarf – aber auch die Möglichkeiten zur Bedarfsdeckung – beeinflussen (z.B. Einsamkeit, geringe finanzielle Mittel).

Schlussfolgerungen; Handlungsbedarf und Herausforderungen

Die aus der Studie gezogenen Schlussfolgerungen (Abschnitt 5) sind bei den Teilnehmenden mehrheitlich auf Zustimmung gestossen; einzelne Ergänzungen wurden bei der Erstellung der definitiven Berichtsversion bereits integriert. In den Diskussionen über die wichtigsten Herausforderungen für die Sicherstellung der Betreuung im Alter war mehrfach von der Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels die Rede: von der Institutionslogik zur Personenzentrierung, von der Intervention zur Prävention (eine ressourcenorientierte Betreuung hat das Potenzial, nicht nur individuellen, sondern auch gesellschaftlichen Nutzen zu bringen). Ein Paradigmenwechsel wird auch bezüglich des politischen Stellenwerts des Themas Alter allgemein gefordert. Dieses sei angesichts des demografischen Wandels zu priorisieren und sei künftig als Querschnittsthema in allen Politikbereichen mitzudenken, insbesondere wenn sozialräumliche Ansätze in der Betreuung gestärkt werden sollen. Auf kommunaler Ebene werden (insbesondere in der Westschweiz) entsprechende Überlegungen bei der Wohnraumpolitik, der Raumplanung etc. bereits einbezogen.

In den Diskussionen wurden weitere Herausforderungen benannt, welche in den Schlussfolgerungen nicht stark gewichtet wurden, aus Sicht der Teilnehmenden aber im weiteren politischen Prozess zu berücksichtigen wären. Hierzu gehört zum einen die Frage, etwa die Regelung und Organisation der Koordination der Betreuung, auf individueller Ebene sowie auf Angebotsebene: Wie soll diese aussehen und umgesetzt werden? Was sind koordinative Leistungen und wie werden diese finanziert? etc. Ein weiterer Punkt betrifft das Betreuungspersonal: Angesichts des allgemeinen Fachkräftemangels stellt sich die Frage, wie das Potenzial der Freiwilligenarbeit besser genutzt werden kann. Zu überlegen ist jedoch auch, welche Berufsprofile in der Betreuung benötigt bzw. eingesetzt werden können, ggf. mit neu zu schaffenden Aus- und Weiterbildungsgängen auf verschiedenen Bildungsniveaus. Als weitere wichtige Herausforderung wird der Föderalismus gesehen, verbunden mit unterschiedlichen Niveaus von Angeboten und Engagement und hinsichtlich der Zuständigkeiten über die verschiedenen staatlichen Ebenen.

Empfehlungen

Aus den Diskussionen des Handlungsbedarfs und der Empfehlungen ging hervor, dass der Föderalismus für die Bereitstellung einer angemessenen und niederschwellig zugänglichen Betreuung im Alter eine zentrale Herausforderung darstellt. Vor diesem Hintergrund war unter den Teilnehmenden unbestritten, dass der Bund in diesem Bereich künftig eine stärkere Rolle übernehmen sollte und Leitlinien für die Betreuung im Alter vorgeben soll. Priorität wird daher der Erarbeitung einer Strategie (welche möglichst konkret Zuständigkeiten definieren soll) und der Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (z.B. in Form eines Mantelerlasses) gegeben (Empfehlungen 1 und 1a). Auch die weiteren Empfehlungen wurden mehrheitlich unterstützt. Zusätzlich wurde darauf

⁵³ Kognitive und psychische Erkrankungen sind nur indirekt im Modell enthalten (wenn sie mit Einschränkungen in den IADL oder den ADL einhergehen).

aufmerksam gemacht, dass es vielerorts schon gute Projekte gibt, und dass dem Erfahrungsaustausch unter den beteiligten Akteuren eine wichtige Rolle zukommt.

7 Literaturverzeichnis

- Age-Stiftung (2019). *Programminformation Socius 2 – wenn Älterwerden Hilfe braucht*.
- Alterspolitik im Kanton Zürich (2009). Hrsg. von der Sicherheitsdirektion Kanton Zürich.
- Alzheimer Schweiz & Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.) (2020). *Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz, Empfehlungen für Langzeiteinrichtungen*. Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2018). *Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»: Hintergrundinformationen zum Begriff «betreuende Angehörige»*. Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2021). *Faktenblatt zum Synthesebericht des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bern. Download unter www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2020). *Synthesebericht Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bern. Download unter www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige
- Bannwart, Livia; Künzi, Kilian; Jäggi, Jolanda; Gajta, Patrik (2022). *Betreutes Wohnen – Aktualisierte Grundlagen*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 1/22. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- BASS – Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2021). *Prävalenzschätzungen zu Demenzerkrankungen in der Schweiz. Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz»*. Factsheet. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BFS – Bundesamt für Statistik (2022). *Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens für die Spitex-Statistik*. Version Januar 2022. Neuchâtel.
- BFS – Bundesamt für Statistik (2023). *Gesundheit im Alter: Grad der Einschränkung in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL) und Grad der Einschränkung in den Alltagsaktivitäten (ADL), 2017*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html>
- Bundesrat (2020). *Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende*. Bericht des Bundesrates vom 18. September 2020 in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018. Bern.
- Canonica, Alan; Stalder, René; Abbas, Marina; Margot-Cattin, Pierre; Froidevaux, Gaël (2023). *Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 11/22. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- CURAVIVA Schweiz. (2020). *Faktenblatt: Vision Wohnen im Alter von CURAVIVA Schweiz*. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Wohnen im Alter. <https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Wohnen-im-Alter/PUtri/>
- CURAVIVA Schweiz. (2021). *Personenzentrierte Dienstleistungen für Menschen im Alter. Argumente und Instrumente zur Entwicklung und Verankerung im ambulanten und institutionellen Umfeld*. https://www.curaviva.ch/files/1WS7RGE/personenzentrierte_dienstleistungen_argumentarium_curaviva_schweiz_2021.pdf
- Ecoplan (2019). *Betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz. Auswertung der Ergebnisse des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

- Ecoplan / Serdaly & Ankers (2022). Akut- und Übergangspflege. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Egli, Philipp; Filippo, Martina (2021). *Betreutes und begleitetes Wohnen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen. Bundesrechtliche Hürden für zeitgemässe Versorgungsstrukturen*. Rechtsgutachten. Bern: SODK
- Gamp, Roland (2022). *Altersheime stellen Senioren systematisch mit Pillen ruhig*. Tages-Anzeiger, 12.05.2022. <https://www.tagesanzeiger.ch/senioren-in-schweizer-altersheimen-werden-systematisch-mit-pillen-ruhiggestellt-111678568702>
- Gasser, Nadja; Knöpfel, Carlo; Seifert, Kurt (2015). *Erst agil, dann fragil: Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: Ein Leitfaden*.
- Gruber, Anna (2020). *Faktenblatt «Patienten- und Personenzentrierung – Konzepte und Rezeption in der Schweiz»*. CURAVIVA Schweiz.
- Guggenbühl, Tanja ; Gajta, Patrik (2022). *Etude sur le financement des soins fournis dans les établissements accueillant des personnes handicapées (EPH) du Canton de Genève*. Rapport interne. Genève : l'Office de l'action, de l'insertion et de l'intégration sociales (OAIS), Département de la cohésion sociale du Canton de Genève.
- Heinzmann, Claudia; Pardini, Riccardo; Knöpfel, Carlo (2020). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter. Grundlagenpapier 1: Was ist Betreuung im Alter?* Basel.
- Höglinger, Dominic; Guggisberg, Jürg; Jäggi, Jolanda (2022). *Hör- und Sehbeeinträchtigungen in der Schweiz*. Obsan Bericht 01/2022. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Höpflinger, François (2020). *Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen*. Zürich: Programm Socius (Ein Engagement der Age-Stiftung).
- Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie; Spini, Dario (Hrsg.). (2019). *Wohnen in den späten Lebensjahren. Grundlagen und regionale Unterschiede. Age Report IV*. Zürich: Seismo. <https://doi.org/10.33058/seismo.30729>
- Hümbelin, Oliver; Richard, Tina; Schuwey, Claudia; Luchsinger, Larrissa; Fluder, Robert (2021). *Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und Beweggründe*. Bern: BFH.
- Imhof, Lorenz; Mahrer Imhof, Romy (2018). *Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells*. Curaviva Schweiz, Senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz.
- Kägi, Wolfram; Frey, Miriam; Huddleston, Christopher; Lamprecht, Matthias; Metzler, Raphael; Suri, Mirjam (2021). *Gute Betreuung im Alter – Kosten und Finanzierung*. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- Kanton Zürich. (2013). *Betreuung und Pflege zu Hause durch Angehörige: Analyse der aktuellen Situation und der Unterstützungsmöglichkeiten im Kanton Zürich*.
- Kanton Zürich. (2021a). *Merkblatt Betriebsbewilligung für eine Institution der spitalexternen Gesundheits- und Krankenpflege*.
- Kanton Zürich. (2021b). *Merkblatt Betriebsbewilligung für eine Pflegeinstitution*.
- Kanton Zürich. (2022). *Merkblatt Bewilligung für fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung Pflegefachperson*.

- Kaspar, Heidi; Arrer, Eleonore; Berger, Fabian; Hechinger, Mareike; Sellig, Julia; Stängle, Sabrina; Ott, Ulrich; Fringer, André (2019). *Unterstützung für betreuende Angehörige in Einstiegs-, Krisen- und Notfallsituationen. Projekt G04 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» 2017–2020*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- KGL – Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (2015). *Tätigkeitsliste der Koordinationsgruppe Langzeitpflege Schweiz (KGL). Version 1.0_2015*.
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo (2020). *Gute Betreuung im Alter – eine Orientierungshilfe*. Soziale Sicherheit CHSS, 4/2020, 21–26. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).
- Knöpfel, Carlo; Leitner, Johanna; Meuli, Nora; Pardini, Riccardo (2020a). *Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz. Eine vergleichende Studie unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs (aktualisierte Version vom 10.06.2020)*. Muttenz: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2018). *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme*. Zürich: Seismo.
- Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2020b). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter. Begriffsklärung und Leitlinien*. Herausgegeben von Age-Stiftung, Beisheim Stiftung, MBF Foundation, Migros-Kulturprozent, Paul Schiller Stiftung, Walder Stiftung. <https://www.gutaltern.ch/publikationen/studien/wegweiser-fur-gute-betreuung-im-alter/>
- Koppitz, Andrea; Dreizler, Jutta; Hediger, Hannele; Voss, J; Imhof, Lorenz (2013). *Betreuungsindex in Pflegeheimen: Entwicklung und Validierung eines neuen Instruments zur Beurteilung von Betreuungsqualität in Pflegeheimen*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46(6), 532–542. <https://doi.org/10.1007/s00391-012-0463-7>
- Landolt, Hardy (2022). *Vorschlag zur Umsetzung der Motion 18.3716 (Ergänzungsleistungen für betreutes Wohnen)*. Gutachten. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- Mäder, Beatrice; Telser, Harry; Wächter, Matthias; Zenhäusern, Patrick (2020). *Integration der Pflege in eine einheitliche Finanzierung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Meier, Flurina; Brunner, Beatrice; Lenzin, Golda; Heiniger, Sarah; Carlander, Maria; Huber, Andrea (2020). *Betreuung von Seniorinnen und Senioren zu Hause: Bedarf und Kosten*. Bern: Pro Senectute Schweiz.
- Nagel, Maja; Spescha, Eusebius (2022). *Überlegungen zu einem Modell für die Abklärung und Festlegung des Betreuungsbedarfs (Impulspapier Nr. 2 – Juni 2022)*. Zürich: Paul Schiller Stiftung.
- Neukomm, Sarah; Götzö, Monika; Baumeister, Barbara; Bock, Simon; Gisiger, Jasmin; Gisler, Fi-ona; Kaiser, Nicole; Kehl, Konstantin; Strohmeier, Rahel (2019). *Tages- und Nachtstrukturen – Einflussfaktoren der Inanspruchnahme. Schlussbericht des Forschungsmandats G5 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige»*. Bern: Bundesamts für Gesundheit BAG.
- Nonnenmacher, Lara; Pelzelmayer, Katharina; Bischofberger, Iren; Schellenberg, Eva (2021). *Manual Pflegenden Angehörige bei der Spitex anstellen*. Zürich: Careum.
- Paul Schiller Stiftung (2021). *Handlungsfelder der guten Betreuung im Alter: Betreuungsleistungen und Präventionswirkung (Impulspapier Nr. 1 – April 2021)*. https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/2142/pss_impulspapier_handlungsfelder_betreuung_im_alter_april2021.pdf
- Paul Schiller Stiftung (2022). *Finanzierung des betreuten Wohnens unabhängig von der Wohnform ermöglichen. Ein Diskussionsbeitrag zur Umsetzung der Motion 18.3716 Ergänzungsleistungen*

- für 'betreutes Wohnen'. https://www.gutaltern.ch/site/assets/files/1777/pss_umsetzungsmotio-nelbetwohnen_diskussionsbeitrag_221005-1.pdf
- Paul Schiller Stiftung (2023). *Betreuung im Alter ist ein zentraler, eigenständiger Pfeiler in der wirk-samen Unterstützung von Menschen im Alter*. <https://www.gutaltern.ch/grundlagen/definitionen/>
- Pellegrini, Sonia ; Dutoit, Laure; Pahud, Olivier; Dorn, Michael (2022). *Bedarf an Alters- und Lang-zeitpflege in der Schweiz. Prognosen bis 2040 (Obsan Bericht 03/2022)*. Neuchâtel: Schweizer-isches Gesundheitsobservatorium.
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018). *Betreuung und Be-handlung von Menschen mit Demenz. Medizin-ethische Richtlinien*. Bern.
- Schweizerischer Städteverband (2022). *Positionspapier: Hilfe und Betreuung im Alter – Für eine umfassende Alterspolitik*. <https://staedteverband.ch/de/Detail/positionspapier-hilfe-und-betreu-ung-im-alter-ndash-fur-eine-umfassende-alterspolitik>
- SODK – Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (2021). *Vision der SODK für das selbstbestimmte Wohnen von betagten Menschen und Menschen mit Behinde-rungen*. Bern.
- SODK – Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren & EcoPlan (2022). *Be-treutes und begleitetes Wohnen: Möglichkeiten eines EL-Ausbaus. SODK-Argumentarium zur Motion SGK-N 18.3716 und Hintergrundbericht*. Bern.
- Soom Ammann, Eva; Bilger, Selina (2016). Literaturrecherche zum Begriff «Betreuung» im Kontext der Betreuung von Menschen mit Demenz in Institutionen. Kurzbericht, internes Dokument. Bern: CURAVIVA Schweiz und INSOS Schweiz.
- Soom Ammann, Eva; Blaser, Regula (2022). *Betreuungsgutsprachen in der Stadt Bern Begleitfor-schung zum Pilotprojekt von Mai 2019 bis April 2022*. Bern: BFH.
- Spitex Schweiz (2019). *Handbuch Modul Hauswirtschaft 2016. Abklärungsformular Hauswirtschaft Wohnumgebung*. https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Zusatzin-strumente/2019-09-19_BERI_HB_Hauswirtschaft_Wohnumgebung.pdf
- Spitex Schweiz. (2016). *Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen in der Nonprofit-Spitex – Eine Notwendigkeit. Die Grundhaltung von Spitex Schweiz*. <https://www.spitex.ch/fi-les/DFQ9290/Hauswirtschaftliche-und-sozialbetreuerische-Leistungen.pdf>
- Spitex Schweiz. (2022). *Ergänzung zu den interRAI-Handbüchern: Handbuch zur Aufnahme der Stammdaten und der Anfrage (SDA), Handbuch Entlassung, Handbuch Spitex-Leistungskata-log (Version 1.2, März 2022; Deutschsprachige Ausgabe für die Schweiz)*. Bern.
- Stadt Bern (2018): *Finanzielle Unterstützung von Betreuung im Alter (Betreuungsgutsprachen). Pro-jektbeschreibung*. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport, Alters- und Versicherungsamt, Kompetenzzentrum Alter
- Stettler, Peter; Egger, Theres; Heusser, Caroline; Liechti, Lena (2020). *Ausgestaltung der Alters-hilfe in den Kantonen*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/20. Bern: Bun-desamt für Sozialversicherungen BSV.
- Stutz, Heidi; Liesch, Roman; Guggenbühl, Tanja; Morger, Mario; Rudin, Melania; Bannwart, Livia (2019). *Finanzielle Tragbarkeit der Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Schlussbericht des Forschungsmandats G03 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» 2017–2020*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016). *Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements*. Journal of the American Geriatrics Society, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Werner, Sarah; Kraft, Eliane; Elbel, Roman; Kreienbühl, Michèle (2021). *Intermediäre Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz 2021. Aktualisierung einer Kantonsbefragung und statistische Auswertung (Obsan Bericht 05/2021)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*.

8 Anhang

Tabelle 4: Interviews mit kantonalen/städtischen Fachpersonen

| Kanton / Stadt | Name | Institution | Position |
|----------------|-------------------------------|--|--|
| BL | Gabriele Marty | Amt für Gesundheit, Bereich Alter | Leiterin |
| BE | Esther Zürcher | Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern; Amt für Integration und Soziales, Abteilung Familie und Gesellschaft | Wissenschaftliche Mitarbeiterin für Alterspolitik |
| Stadt Bern | Evelyn Hunziker | Alters- und Versicherungsamt, Kompetenzzentrum Alter | Leiterin |
| FR | Judith Camenzind Barbieri | Direction de la santé et des affaires sociales, Service de la prévoyance sociale | Conseillère scientifique, Déléguée aux personnes âgées |
| SG | Ingo Kratisch | Amt für Soziales, Abteilung Alter | Leiter |
| TI | Chiara Gulfi | Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, Settore assistenza e cure a domicilio | Caposettore |
| | Daniele Stival | Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio | Capoufficio ed ex Caposettore strutture per anziani |
| | Eva Gschwend | Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio | Collaboratore scientifico |
| VD | Caroline Knupfer | Département de la Santé et de l'action sociale, Direction générale de la cohésion sociale | Adjointe à la politique sociale et à la formation, Responsable de la politique « Vieillir 2030 » |
| | Alcina Matos Queiros | | Responsable du Pôle Gériatrie et Psychiatrie de l'Age avancé |
| | Anne Clausen | | Responsable du Pôle prévention et solidarités |
| ZH | Sonja Schmidmeister | Kantonales Sozialamt | Rechtskonsultantin |
| | Brigitte Köppel Papa-georgiou | Kantonales Sozialamt | Abteilungsleiter/in Sozialversicherungen |
| Stadt Zürich | Caroline Moor | Departementssekretariat des Gesundheits- und Umweltdepartements der Stadt Zürich | Mitarbeiterin der Stabsabteilung «Projekte und Strategie» |

Darstellung BASS

Tabelle 5: Interviews mit Fachpersonen von in der Altersbetreuung aktiven Organisationen

| Institution | Name | Funktion |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Pro Senectute Schweiz | Sonya Kuchen | Leiterin Bereich «Dienstleistungen der PS-Organisationen für Senioren» |
| | Alexander Widmer | Leiter Bereich «Innovation und Politik» |
| Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) | Christine Rüfenacht | Co-responsable Service Santé et Aide |
| | Gisella Dufey Hinch | Fachexpertin Grundlagen und Entwicklung |
| Spitex Schweiz | Marianne Pfister | Co-Geschäftsführerin |
| CURAVIVA Schweiz | Markus Leser | Senior Consultant, bis Jan. 2023 Geschäftsführer |
| Alzheimer Schweiz | Karine Begey | Stv. Direktorin |
| FRAGILE Suisse | Julia Eugster | Leiterin Dienstleistungen; früher Leiterin begleitetes Wohnen |
| Pro Mente Sana | Stefanie Stoll | Leiterin psychosoziale und juristische Angebote |
| Verein Age plus | Annette Paltzer | Vorsitzende des Vorstandes |

Darstellung BASS

Tabelle 6: Workshop «Modelle/Praktiken integrativer Betreuung in der Schweiz», 16. Mai 2023

| Institution/Organisation | Name | Funktion / Abteilung |
|---|-------------------------------|---|
| Kantonale Ebene | | |
| Kt. SG | Ingo Kratisch | Amt für Soziales, Abteilung Alter |
| Kt. BL | Cécile Jenzer | Versorgungsregion APG Laufental |
| Kt. ZH | Judith Hartmann | Mitglied Vorstand Gesundheitskonferenzen; Fachstelle Alter Illnau-Effretikon |
| Kt. VD | Dominique Jaton | Adjointe de direction Réseau Santé Haut-Léman RSHL |
| | Cécile Blaquièrre | Coordinatrice RSHL |
| Kt. AG | Richard Züsli | Abteilung Gesundheit, Langzeitversorgung |
| Kt. FR | Bertrand Oberson | Réseau Santé et Social de la Gruyère, Chef de projets |
| | Yolande Schorderet | Cheffe du Service d'aide et de soins à domicile du district de la Gruyère |
| Kommunale Ebene | | |
| Stadt Chur | Brigitte Cadisch | Leiterin Gesundheit und Alter Stadt Chur |
| Gemeinde Cham | Christian Plüss | Leiter Gemeinwesenarbeit |
| Städteverband | Franziska Ehler | Leiterin Sozial- und Gesellschaftspolitik |
| Fachorganisationen, Anbieter, Forschung | | |
| Pro Senectute Kt. LU | Markus Baumann | Leiter Bereich Beratung Gemeinden / Projekte |
| Pro Senectute Kt. ZH | Simon Heiniger | Projektleitung Carenet+ |
| Spitex Kriens | Hannes Koch | CEO |
| Oftringen (AG), Lindenhof APH | Ralph Bürge | Geschäftsführer |
| Age Stiftung | Christiana Brenk | Programmleiterin Socius |
| Age+ | Annette Paltzer | Vorsitzende |
| INSPIRE Uni Basel | Prof. Dr. med. Andreas Zeller | Professor Primary Care Medicine at the University of Basel and co investigator in the INSPIRE project |
| Schweizerisches Rotes Kreuz SRK | Christine Rüfenacht | Co-responsible Service Santé et Aide |
| | Gisella Dufey Hinch | Fachexpertin Grundlagen und Entwicklung |
| Alzheimer Schweiz | Karine Begey | stv. Direktorin |
| Schweizerischer Seniorenrat | Barbara Fischer | |
| Begleitexperten des Mandats | | |
| Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) | Prof. Dr. Carlo Knöpfel | |
| GERONTOLOGIE.CH | Simon Stocker | Projektleiter Alterspolitik |
| Bundesamt für Sozialversicherungen | | |
| Bereich Alter, Generationen und Gesellschaft | Thomas Vollmer | Leiter |
| | Géraldine Luisier | Projektleiterin |
| Bereich Forschung und Evaluation | Gisela Hochuli | Projektleiterin |
| Bereich Sach- und Geldleistungen (Invalidenversicherung) | Maryka Läämir | |

Darstellung BASS

Abbildung 4: Betreuungsindex für die stationäre Langzeitpflege

Tab. 3 Betreuungsindex (Nursing Home Index, NCI). Alle Aussagen verfügen über dieselben Zustimmungsmöglichkeiten: trifft überhaupt nicht zu, trifft voll zu

1. Viele Bewohner haben bei uns Freunde gefunden.
2. Jeder Bewohner hat eine Gruppe, zu der er sich zugehörig fühlt.
3. Jeder Bewohner hat eine Person, um Intimes zu besprechen.
4. Wenn ein Bewohner verstimmt ist, wissen wir warum.
5. Jeder Bewohner hat so viele Kontaktmöglichkeiten, wie sie sich dies wünscht.
6. Die Bewohner fühlen sich bei uns wie Zuhause.
7. Die Bewohner dürfen bei uns ihr Eigensein („Mödeli“) beibehalten.
8. Unser Tagesablauf gibt den Bewohnern Sicherheit.
9. Die Bewohner können unseren Tagesablauf mitbestimmen.
10. Unsere Bewohner werden unterstützt, ihre Probleme aus eigener Kraft zu lösen.
11. Unsere Bewohner können ihre eigenen Entscheidungen treffen.
12. Unsere Bewohner können die Dinge tun, die sie gern tun.
13. Unsere Bewohner können ihre eigenen Ziele verfolgen.
14. Wir teilen mit unseren Bewohnern Freuden und Leiden.
15. Wenn sich unsere Bewohner bedrückt fühlen, wissen sie, an wen sie sich wenden können.
16. Ich kann auf unverhofft geäußerte Wünsche unserer Bewohner jederzeit eingehen.

Quelle: Koppitz et al. (2013, S. 538).

Tabelle 7: Leistungskatalog der SODK, Arbeitsgruppe Alter

| |
|--|
| Wohnen / Haushaltführung |
| Grundreinigung |
| Wäsche- und Flickdienst, Neuanschaffungen von Kleidern, Wäsche, Schuhen |
| Entsorgen (Müll, Altglas, Altpapier, usw.) |
| Unterstützung der selbständigen Haushaltsführung (Pauschale für «Kleinstbetreuung oder -dienstleistungen» bspw. Glühbirne wechseln, Kühlschrank abtauen, Recycling organisieren, einen Termin organisieren, auf der Post ein Paket aufgeben / abholen, ein Haustier einmalig füttern, die Bedienung eines Geräts erklären) |
| Verpflegung |
| Einkaufen mit oder ohne Klienten |
| Mahlzeiten zubereiten |
| Mittagstisch |
| Menuplan aufstellen/Ernährungsberatung |
| Mahlzeitendienst* |
| Soziale Teilhabe (Integration / Vermeidung von Isolation) |
| Besuchs- und Begleitdienste (Gehbegleitung ausserhalb des Wohnbereichs) |
| Fahrdienst |
| Soziale Aktivitäten (religiöse, sportliche, gesellschaftliche) |
| Beziehung herstellen: informieren, motivieren, Gespräche mit einsamen Klienten |
| Beratung und Alltagskoordination |
| Administrative Aufgaben (bspw. div. Behördenkorrespondenz) |
| Hauswirtschaftsplanung |
| Case-Management als Teil der Koordinationsstelle (plus zw. Leistungserbringern) |
| Unterstützung betreuender Angehöriger bei der Koordination der Betreuung |
| Beaufsichtigung und Sicherheit |
| Überwachung und Unterstützung in der grundlegenden Alltagsbewältigung |
| Notrufsysteme |
| 24-Std. Rufbereitschaft |

* Mahlzeitendienste sollen auf diejenigen beschränkt werden, die von Institutionen/Organisationen wie Pro Senectute, Spitex oder von Pflegeheimen angeboten werden. Kosten der Hauslieferdienste von take-aways werden nicht übernommen.
Quelle: SODK & Ecoplan (2022, S. 15). Darstellung BASS

Tabelle 8: Rechtsgrundlagen zu Betreuung in den Kantonen

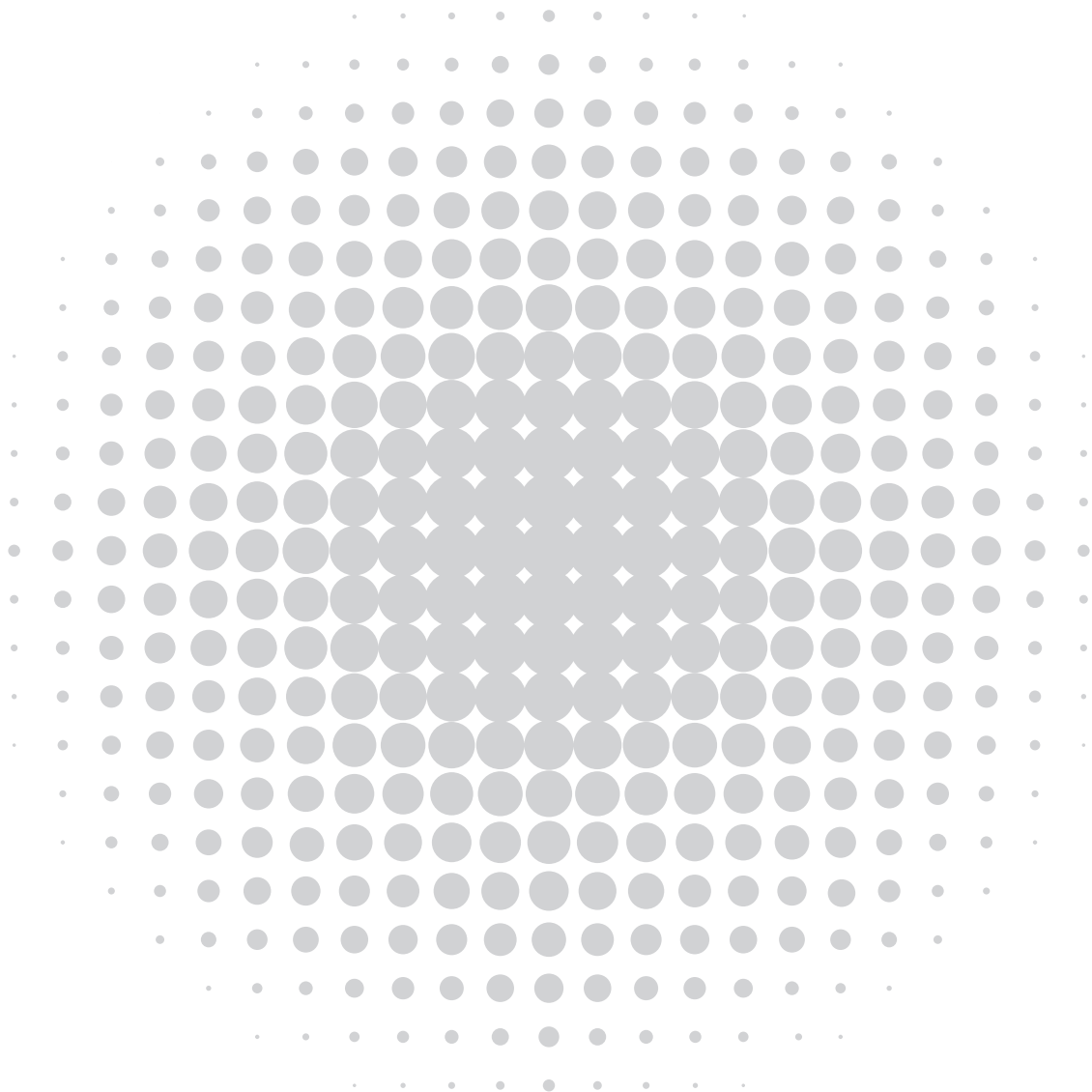
| Kanton | Rechtliche Grundlage |
|--------|--|
| AG | Pflegegesetz (PflG, 301.200) Pflegeverordnung (PflV, 301.215) Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung im Kanton Aargau (Ergänzungsleistungsgesetz Aargau, ELG-AG, 831.300) Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (831.315) |
| AI | Gesetz über die öffentliche Altershilfe (Altershilfegesetz, AhiG, 801.300) Gesundheitsgesetz (800.000) Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (GEL, 831.200) |
| AR | Gesundheitsgesetz (GG, 811.1) Verordnung über die Pflegefinanzierung (PFV, 833.151) Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (832.31) Verordnung über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (832.311) |
| BE | Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, SHG, 860.1) Verordnung über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfeverordnung, SHV, 860.111) Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG 841.31) Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG, 841.311) Gesetz über die sozialen Leistungsangebote (SLG, 860.2) Verfassung des Kantons Bern (KV, 101.1) |
| BL | Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG, 941) Altersbetreuungs- und Pflegeverordnung (APV, 941.11) |

| Kanton | Rechtliche Grundlage |
|--------|--|
| | Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV (833) |
| | Verordnung zum Ergänzungsleistungsgesetz zur AHV und IV (833.11) |
| | Gesundheitsgesetz (GesG, 901) |
| | Kantonsverfassung (KV, 100) |
| BS | Verfassung des Kantons Basel-Stadt (KV, SG 111.100) |
| | Gesundheitsgesetz (GesG, SG 300.100) |
| | Pflegebeitragsverordnung (SG 239.110) |
| | Verordnung betreffend Ergänzungsleistungen und kantonale Beihilfen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (VELG, SG 832.710) |
| | Grossratsbeschluss betreffend Initiativbegehren betreffend Verbesserung der medizinisch-pflegerischen und sozialen Betreuung durch Gesundheitszentren im Quartier (SG 329.201) |
| | Normalarbeitsvertrag für Arbeitnehmende im Haushalt einschliesslich der 24-Stunden-Betreuung im Kanton Basel-Stadt (NAV Haushalt BS, SG 215.700) |
| FR | Gesetz über die Seniorinnen und Senioren (SenG, 10.3) |
| | Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG, 820.2) |
| | Règlement sur les prestations médico-sociales (RMPS) |
| | Gesetz über die Pauschalentschädigung (PEG, 830.1) |
| | Gesundheitsgesetz (GesG, 821.0.1) |
| | Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (841.3.1) |
| | Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKVF, 841.2.21) |
| | Constitution du canton de Fribourg |
| | Statuts des différents Réseaux de santé du canton |
| GE | Loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (LORSDom K 1 04) |
| | Règlement d'application de la loi sur l'organisation du réseau de soins en vue du maintien à domicile (RORSDom, K 1 04.01) |
| | Loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (LGEPA J 7 20) |
| | Règlement d'application de la loi sur la gestion des établissements pour personnes âgées (RGEPA J 7 20.01) |
| | Loi sur la santé (LS, 1 03) |
| | Règlement sur les prestations de soutien aux personnes âgées délivrées par les communes, en application de la loi sur la répartition des tâches entre les communes et le canton (RPSPA-LRT-1, A 2 05.03) |
| | Règlement sur les institutions de santé (RISanté, K 2 05.06) |
| | Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants et à l'assurance invalidité (RFMPC, J 4 20.04) |
| GL | Pflege- und Betreuungsgesetz (PBG, VIII A/1/5) |
| | Pflege- und Betreuungsverordnung (PBV, VIII A/1/6) |
| | Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (Sozialhilfegesetz, VIII E/21/3) |
| | Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, GesG, VIII A/1/1) |
| | Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (VIII D/13/1) |
| | Verordnung über den Vollzug des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonale Ergänzungsleistungsverordnung, KELV, VIII D/13/2) |
| GR | Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Krankenpflegegesetz, KPG, 506.000) |
| | Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen (Verordnung zum Krankenpflegegesetz, VOzKPG, 506.060) |
| | Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe im Kanton Graubünden (Sozialhilfegesetz, 546.100) |
| | Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz, 500.000) |
| | Verordnung zum Gesundheitsgesetz (VOzGesG, 500.010) |
| | Gesetz über kantonale Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonales Gesetz über Ergänzungsleistungen, 544.300) |
| | Vollziehungsverordnung zum Einführungsgesetz zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung (VVzEGzAHVG/IVG, 544.010) |
| JU | Loi sur l'action sociale (LASoc, 850.1) |
| | Loi sur l'organisation gérontologique (810.41) |
| | Ordonnance sur l'organisation gérontologique (810.411) |
| | Loi sanitaire (810.01) |
| | Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (831.301) |
| | Décret concernant les institutions sociales (850.11) |

| Kanton | Rechtliche Grundlage |
|--|--|
| LU | Betreuungs- und Pflegegesetz (BPG, 867) |
| | Verordnung zum Betreuungs- und Pflegegesetz (BPV, 867a) |
| | Gesundheitsgesetz (GesGe, 800) |
| | Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (881) |
| | Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (881b) |
| NE | Loi de santé (LS,800.1) |
| | Statuts de la Fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées (832.321) |
| | Règlement général des établissements cantonaux pour personnes âgées (832.322) |
| | Règlement sur le financement des établissements spécialisés (RFinES, 832.300) |
| | Loi sur l'accompagnement et le soutien à domicile (LASDom, 800.4) |
| | Loi sur Nomad (LNomad, 800.101) |
| | Arrêté fixant les modalités de l'entretien d'orientation dans le réseau de santé (AMEORS) |
| | Règlement sur la planification et la reconnaissance des appartements avec encadrement |
| | Règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI, 800.100.01) |
| Loi sur le financement des établissements médico-sociaux (LFinEMS, 832.30) | |
| NW | Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Gesundheitsgesetz, GesG, 711.1) |
| | Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz (Gesundheitsverordnung, GesV, 711.11) |
| | Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Ergänzungsleistungsgesetz, kELG, 741.3) |
| | Vollzugsverordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Kantonale Ergänzungsleistungsverordnung, kELV, 741.31) |
| | Verordnung zur Begrenzung der anrechenbaren Pflegeheimkosten im Bereich der Ergänzungsleistungen für das Jahr 2022 (741.32) |
| OW | Gesundheitsgesetz (GesG, 810.1) |
| | Sozialhilfeverordnung (SHV, 870.11) |
| | Kantonsverfassung (KV, 101.0) |
| | Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (kELG, 853.2) |
| SG | Sozialhilfegesetz (SHG, 381.1) |
| | Gesundheitsgesetz (GesG, 311.1) |
| | Gesetz über die Pflegefinanzierung (PFG, 331.2) |
| | Ergänzungsleistungsgesetz (ELG, 351) |
| | Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (VKB, 351.53) |
| Verordnung über die qualitativen Mindestanforderungen an Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen für Betagte (PQV, 381.19) | |
| | |
| SH | Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPG, 813.500) |
| | Verordnung zum Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (AbPV, 813.501) |
| | Gesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (831.300) |
| | Verordnung über Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (831.301) |
| SO | Sozialgesetz (SG, 831.1) |
| | Sozialverordnung (SV, 831.2) |
| | Gesundheitsgesetz (GesG, 811.11) |
| | Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (RKEL, 831.3) |
| SZ | Gesundheitsgesetz (GesG, 571.110) |
| | Gesundheitsverordnung (GesV, 571.111) |
| | Gesetz über soziale Einrichtungen (SEG, 380.300) |
| | Verordnung über Betreuungseinrichtungen (BetreuVO, 380.313) |
| | Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (362.200) |
| | Vollzugsverordnung zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (362.211) |
| TG | Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG, 832.1) |
| | Gesetz über das Gesundheitswesen (Gesundheitsgesetz, 810.1) |
| | Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVV, 832.10) |
| | Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (831.3) |
| | Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (TG ELV, 831.31) |

| Kanton | Rechtliche Grundlage |
|--------|---|
| | Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe (SHG, 850.1) Verordnung des Regierungsrates über den Normalarbeitsvertrag für Angestellte im Haushaltsdienst mit 24-Stunden-Betreuung (NAV-24h) (221.254) |
| TI | Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD, 872.100) Regolamento d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio (872.110) Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni (872.120) Legge concernente il promovimento, il coordinamento et il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (Lanz, 873.100) Regolamento d'applicazione della legge concernente il promovimento, il coordinamento et il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (RLAnz, 873.110) Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, Lsan, 801.100) Legge di applicazione della legge federale concernente le prestazioni complementari all'assicurazione federale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LaLPC, 851.200) Decreto esecutivo concernente la legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia (851.220) |
| UR | Gesundheitsgesetz (GG, 30.2111) Gesetz über die Langzeitpflege (20.2231) Gesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (20.2421) Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (20.2425) |
| VD | Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS, 850.11) Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (LAVASAD, 801.11) Loi sur les réseaux de soins (LRS, 810.02) Loi sur la santé publique (LSP, 800.01) Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES, 810.01) Règlement sur les organisations d'aide et de soins à domicile (ROSAD, 801.15.1) Loi sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC, 831.21) Règlement d'application de la loi sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (RLVPC-RFM, 831.21.1) |
| VS | Gesetz über die Langzeitpflege (GLP 805.1) Gesundheitsgesetz (GG, 800.1) Verordnung über die Gesundheitsplanung und die Subventionierung der Krankenanstalten und -institutionen (810.10) Verordnung über die Planung und die Finanzierung der Langzeitpflege (SGS, 805.10) Ausführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (AGELG, 831.3) Reglement über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELR, 831.300) |
| ZG | (Gesetz über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (Gesundheitsgesetz, GesG, 821.1)) Verordnung über die stationäre und ambulante Langzeitpflege (Langzeitpflege-Verordnung, LpFV, 826.113) Spitalgesetz (826.11) Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG, 841.7) Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV, 841.714) |
| ZH | Gesundheitsgesetz (GesG, 810.1) Pfleugesetz (855.1) Verordnung über die Pflegeversorgung (855.11) Zusatzleistungsgesetz (ZLG, 831.3) Zusatzleistungsverordnung (ZLV, 831.31) |

Quelle: Recherche BASS



bsv.admin.ch



Forschungspublikationen – «Beiträge zur Sozialen Sicherheit»