SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Spitex - Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse: Literaturübersicht

Egger, Theres

Veröffentlichungsversion / Published Version
Literaturbericht / literature report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Egger, T. (2007). *Spitex - Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse: Literaturübersicht.*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-426339

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
KONSUMSTRASSE 20 · CH-3007 BERN · TEL +41 (0)31 380 60 80 · FAX +41 (0)31 398 33 63
INFO@BUEROBASS.CH · WWW.BUEROBASS.CH

BASS

Spitex - Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse

Literaturübersicht

Im Auftrag des Spitex-Verbands Schweiz

Theres Egger

Bern, Mai 2007

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis **I**

Ausgangslage und Auftrag **1**

1 DAS UMFELD VON SPITEX **2**
1.1 Demografische Alterung 2
1.2 Gesundheit und Krankheit im Alter 4
1.3 Familiäre und soziale Netze 6
1.4 Pflegebedürftigkeit im Alter 8
1.5 Alterspolitik 10
1.6 Trends im Gesundheitswesen 10
1.7 Medizinisch-technische Innovation 12

2 MARKT UND KONKURRENZ **13**
2.1 Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung 13
2.2 Entwicklungen in der Langzeitpflege 16
2.3 Vernetzung und Managed Care im Pflegebereich 19
2.4 Spitex 20
2.5 Die Konkurrenz 22
2.6 Personal im ambulanten Pflegebereich 24
2.7 Die Kundinnen und Kunden von Spitex 25

Anhang **28**

3 Literaturliste **28**

4 Tabellenanhang **36**

Ausgangslage und Auftrag

Der Spitex Verband Schweiz wurde von den Kantonalverbänden beauftragt, eine Verbandskonferenz zum Thema «Zukunft der Spitex-Entwicklung in den nächsten 5 bis 10 Jahren» durchzuführen. Die Tagung findet am 20. September 2007 statt. Als Diskussionsbasis hat der Spitex Verband eine Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse durch das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (Büro BASS) in Auftrag gebeben. Sie soll in Form einer Literaturrecherche den Ist-Zustand und die wahrscheinlichen Entwicklungen für den Zeitraum bis 2015 aufzeigen.

Drei Viertel aller Personen, welche Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen, sind im Pensionsalter. Von den geleisteten Pflegestunden entfallen gar 80 Prozent auf ältere Menschen. Gegenwart und Zukunft von Spitex sind daher stark mit der Frage von demografischer Alterung und der Langzeitpflege älterer Menschen verbunden. Die vorliegende Literaturrecherche richtet den Fokus in erster Linie auf diese Zielgruppe. Dies bedeutet nicht, dass andere Zielgruppen eine zu vernachlässigende Rolle in der Zukunftsdiskussion von Spitex spielen. Angesprochen ist insbesondere die Erbringung von Assistenzdiensten zugunsten von behinderten Menschen oder von Leistungen im Bereich der ambulanten Palliativ- oder Psychiatriepflege.

Der vorliegende Bericht beleuchtet in einem ersten Teil die Entwicklungen im Umfeld von Spitex. In einem zweiten Teil wird die Diskussion zum Mark und zur Konkurrenz aufgearbeitet.

☞ Für eilige Leserinnen und Leser der Hinweis: Die verschiedenen Unterkapitel werden jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung abgeschlossen.

1 DAS UMFELD VON SPITEX

1.1 Demografische Alterung

Seit einigen Jahren lässt sich eine Alterung der Schweizer Bevölkerung feststellen, die sich in den nächsten Jahrzehnten beschleunigen wird (vgl. Wanner et al. 2005; BFS 2006). Die Entwicklung beinhaltet dabei zwei Aspekte: Zum einen nimmt die Zahl von älteren Menschen zu, zum andern steigt aber auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung.

Moderate Entwicklung der demografischen Alterung bis 2015

Ausschlaggebend für die beschleunigte demografische Alterung ist vor allem der Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge (1943 bis 1950 und 1957 bis 1966) in das Rentenalter. Die ersten «Baby-Boomer» der Nachkriegsjahre (Jahrgang 1943) erreichen 2008 das 65. Altersjahr. Gleichzeitig gehen die Geburtenzahlen zurück: Einerseits gibt es weniger potenzielle Mütter, andererseits haben diese weniger Kinder. Verstärkt wird die demografische Alterung zum zweiten durch eine steigende Lebenserwartung. Höpflinger (2005) spricht daher von der «doppelten demografischen Alterung» oder gar der «doppelten Revolution des Alters» (Höpflinger 2004).

Die demografische Alterung wird besonders zwischen 2025 und 2035 markant ausfallen. Eine Stabilisierung ist erst ab 2035 zu erwarten, weil dann wieder weniger umfangreiche Generationen das Rentenalter erreichen werden (vgl. BSF 2006). Für den Zeitraum zwischen 2005 und 2015 kann von einer vergleichsweise moderaten Entwicklung der demografischen Alterung ausgegangen werden.

Die Lebenserwartung steigt weiter an

Zur künftigen Entwicklung der Lebenserwartung bestehen unterschiedliche Hypothesen (vgl. BFS 2006, 20ff). Eine optimistische Sichtweise geht davon aus, dass durch bedeutende medizinische Fortschritte und gesundheitsfördernde Massnahmen die Lebenserwartung weiter steigt. Pessimistische Szenarien gehen demgegenüber davon aus, dass die Lebenserwartung durch neue Epidemien und neue, durch ungünstige Lebensweisen ausgelöste Krankheiten (Übergewicht etc.) beeinträchtigt wird und der medizinische Fortschritt dies nicht vollständig zu kompensieren vermag. Der Anstieg der Lebenserwartung wird dadurch gebremst. Das Bundesamt für Statistik (BFS) geht also auch bei einem pessimistischen Szenario von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung bis 2050 aus.

Tabelle 1: Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren, 2005 bis 2015, Schätzungen nach mittlerem Szenario (A-00-2005)

Jahre	Lebenserwartung bei Geburt		Lebenserwartung mit 65 Jahren	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2005	78.5	83.6	18.0	21.5
2010	79.8	85.0	18.6	22.2
2015	80.9	86.0	19.2	22.8

Quelle: Cordazzo (2006, 28)

Für den Zeitraum von 2005 bis 2015 steigt gemäss dem mittleren Szenario die Lebenserwartung ab Geburt bei Männern um rund zweieinhalb Jahre auf 80.9 Jahre, bei Frauen ebenfalls um rund zweieinhalb Jahre auf 86.0 Jahre (Tabelle 1). Männer, die das Pensionsalter erreichen, werden 2015 voraussichtlich

rund ein Jahr länger Leben als heute, nämlich noch 19.2 Jahre. Frauen haben im Alter von 65 Jahren noch 22.8 Lebensjahre vor sich, ebenfalls gut ein Jahr mehr als heute.

Im Jahr 2015 ist rund eine von fünf Personen im Rentenalter

Die neuesten Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung gehen für die Zeitspanne von 2005 bis 2015 davon aus, dass die Zahl der Menschen im Rentenalter von 1.193 auf 1.488 Mio. steigen wird. Im Jahr 2015 wird fast jede fünfte in der Schweiz wohnhafte Person im Pensionsalter sein. Der Anteil der über 80jährigen, welche eine besonders grosse Klientengruppe der Spitex darstellen, steigt von 4.5 auf 5.3 Prozent bzw. um 82'000 Personen von 338'000 auf 420'000 Personen (BFS 2006; Tabelle 2).

Tabelle 2: Bestand der ständigen Wohnbevölkerung nach mittlerem Szenario (A-00-2005), 2005 bis 2015, Anzahl Personen in Tausend, Anteile am Bevölkerungstotal in Prozent

	2005	2010	2015
Total	7'465	7'692	7'883
0-19 Jahre	1'636	1'594	1'546
20-64 Jahre	4'636	4'765	4'848
65 Jahre +	1'193	1'333	1'488
65-79 Jahre	855	952	1'068
80 Jahre +	338	381	420
Total	100.0%	100.0%	100.0%
0-19 Jahre	21.9%	20.7%	19.6%
20-64 Jahre	62.1%	62.0%	61.5%
65 Jahre +	16.0%	17.3%	18.9%
65-79 Jahre	11.4%	12.4%	13.5%
80 Jahre +	4.5%	5.0%	5.3%

Quelle: BFS/SZENARIO, eigene Berechnungen

Grosse kantonale Unterschiede bei der Zunahme älterer Menschen

Beim Wachstum der Bevölkerung im Pensionsalter ergeben sich grosse kantonale Unterschiede (vgl. Haug, Perrig-Chiello & Stuck 2005; BFS 2007). Das Bundesamt für Statistik hat eben die neuesten Zahlen hierzu veröffentlicht (BFS 2007).

Gesamtschweizerisch geht das BFS für den Zeitraum von 2005 bis 2015 von einem Wachstum der 65- bis 79jährigen Bevölkerung um einen Viertel aus. Je nach Kanton beträgt der Zuwachs 15 bis 52 Prozent, lediglich für einen Kanton wird ein minimer Rückgang prognostiziert (vgl. Tabelle 12 im Anhang).

Ebenfalls bei der 80jährigen und älteren Bevölkerung wird gesamtschweizerisch mit einer Zunahme von rund einem Viertel gerechnet (24 Prozent). Der Zuwachs der 80jährigen und älteren liegt je nach Kanton zwischen 3 und 40 Prozent.

Nach wie vor mehr ältere und hochbetagte Frauen

Die Lebenserwartung der Frauen ist mit 83.6 Jahren ab Geburt rund fünf Jahre länger als diejenige der Männer mit 78.5 Jahren (Cordazzo 2006, 28; Tabelle 1). Dies führt zu einer ausgeprägten «Feminisierung des Alters». Wie bereits heute werden die Frauen auch künftig die Mehrheit der Menschen im Pensionsalter bilden. Rund 6 von 10 aller über 64jährigen Personen sind Frauen. Bei den über 80jährigen sind es bereits zwei Drittel. Diese Anteile werden sich bis 2015 nur unwesentlich verändern, wobei sich eine leichte Verschiebung zugunsten der Männer ergibt (vgl. Tabelle 10 im Anhang). Durch die längere Lebenser-

wartung und die Tatsache, dass Frauen in der Regel einige Jahre jünger sind als ihr Partner, steigt für sie auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein pflegebedürftiger Partner zu betreuen ist.

... und eine zunehmende Zahl von Migrantinnen und Migranten

In der Schweiz leben 2005 rund 108'000 AusländerInnen im Pensionsalter, das entspricht einem Anteil von 9 Prozent der über 64jährigen Bevölkerung. Ihre Zahl wird bis 2015 voraussichtlich um 46'000 auf 154'000 Personen steigen (vgl. Tabelle 11 im Anhang). Dies stellt auch für die ambulate Gesundheitsversorgung eine Herausforderung dar. Die familiären Bindungen der Migrantinnen und Migranten sind infolge der Auswanderung häufig unterbrochen und sie benötigen eine spezifische Betreuung. Gerade hochbetagte Zugewanderte sind überdurchschnittlich häufig alleinstehend (vgl. Wanner et al. 2005, 91). Unter den nicht alleine Lebenden sind hingegen Personen, die in einem Familienverband mit Partner/in und Kindern leben, vergleichsweise stark vertreten, wogegen vergleichsweise wenige in Alters- und Pflegeeinrichungen leben. Dies verweist auf eine nach wie vor stärkere Familiensolidarität - sofern denn eine Familie vorhanden ist.

Folge der demografischen Alterung: Die Generationenverhältnisse verschieben sich

Einhergehend mit der demografischen Alterung verschieben sich die Generationenverhältnisse und dadurch die intergenerationellen Unterstützungsverhältnisse: Die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen nimmt zu, gleichzeitig sinkt die Zahl von jüngeren Frauen und Männern, welche pflegerische Aufgaben übernehmen können (vgl. Höpflinger 2005, 259f). Die Verschiebung der Generationenverhältnisse kann mit der so genannten «intergenerationellen Unterstützungsrate» aufgezeigt werden. Diese zeigt das Verhältnis der Generation der hochbetagten Eltern (80 Jahre und älter) zur nachfolgenden Generation ihrer Kinder (50 bis 64 Jahre).

Im Jahr 2000 entfallen auf 100 Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren rund 23 Personen im Alter von 80 Jahren und älter. Im Jahr 2020 werden es gemäss mittlerem Bevölkerungsszenario 24 hochaltrige Personen sein, 2040 jedoch bereits 41 hochaltrige Personen. Die genannten Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren: «Da viele 80-jährige und ältere Menschen keineswegs pflegebedürftig sind, ist die intergenerationelle Pflegebelastung geringer als dies die demografischen Indikatoren andeuten.» (Höpflinger 2005, 260).

Demografische Alterung

Die Zahl von älteren und hochbetagten Menschen wird weiter zunehmen und ihr Anteil an der Bevölkerung steigen. 2015 wird es rund 1.488 Mio. Menschen im Rentenalter geben, das ist fast ein Fünftel der Bevölkerung. Darunter werden rund 154'000 Ausländerinnen und Ausländerinnen sein. Die Zahl von Menschen, die im Ausland geboren wurden, wird allerdings bedeutend höher sein. Wer 2015 ins Rentenalter eintritt, wird noch 18 Jahre (Männer) bzw. 21.5 Jahre (Frauen) Lebenszeit vor sich haben, das ist ein Jahr mehr als heute. Durch die demografische Alterung verschieben sich die Generationenverhältnisse und damit die Zahl von (potenziellen) Betreuten und Betreuenden. Eine Verschiebung wird bis 2015 allerdings in moderatem Ausmass stattfinden.

1.2 Gesundheit und Krankheit im Alter

Zwar nehmen gesundheitliche Probleme mit dem Alter zu, aber ein grosser Teil der älteren Personen bleibt im Rentenalter während langen Phasen behinderungsfrei (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003, 25ff). Menschen im Alter von 65 Jahren können (1997/99) rund vier Fünftel ihrer verbleibenden Lebenszeit ohne Behinderungen verbringen. Gegenüber früher leben die Männer und Frauen der heutigen Rentnergenera-

tion nicht nur länger, sondern sie bleiben auch länger gesund. Dabei hat die Zahl der behinderungsfreien Jahre zugenommen aber gleichzeitig auch die Zahl der Lebensjahre mit Behinderung abgenommen («Kompression der Morbidität»). Dieselbe Entwicklung lässt sich auch feststellen, wenn man nicht nur die behinderungsfreien sondern auch die Lebenszeit bei selbstbeurteilter guter Gesundheit betrachtet (vgl. Wanner et al. 2005, 62; Höpflinger & Hugentobler 2005, 40).

Insgesamt zeichnet sich ab, dass Menschen später pflegebedürftig werden. Es gibt dabei verschiedene Risiken, die besonders häufig zu Pflegebedürftigkeit führen können. Eine der wichtigsten Ursachen für funktionelle Abhängigkeit im hohen Alter sind Sturzunfälle und Schenkelhalsfrakturen. Gerade für die ambulante Pflege stellen aber auch demenzielle und depressive Störungen eine grosse Herausforderung dar.

Demenzerkrankungen

Die Zunahme von Demenzerkrankungen wird allgemein als eine der grossen Herausforderungen für das Gesundheitswesen anerkannt. Aus den verschiedenen Studien zum Risiko demenzieller Störungen kann der Schluss gezogen werden, dass es nicht aus diesem Grund mehr Menschen mit Demenzerkrankungen gibt, weil das Krankheitsrisiko gestiegen ist, sondern in erster Linie, weil mehr Menschen ein Alter erreichen, bei dem demenzielle Störungen häufiger auftreten (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003, 66). Besonders verbreitete Demenzformen sind die Alzheimer-Krankheit und die vaskuläre Demenz sowie Kombinationen davon. Andere Demenzformen wie etwa Parkinson machen nur einen kleinen Teil der hirnorganischen Störungen aus (vgl. Bickel 1999).

In der Schweiz waren im Jahr 2000 rund 92’400 Menschen im Alter von über 60 Jahren von demenziellen Störungen betroffen, wobei nur ein Teil dieser Demenzkranken stark pflegebedürftig waren. Rund zwei Drittel der Demenzkranken sind 80jährig und älter (Höpflinger 2005, 261). Die künftige Zunahme von demenzkranken Menschen ist eng mit der demografischen Entwicklung verbunden, da hirnorganische Störungen stark altersbezogen sind und kurz- und mittelfristig noch keine wirksamen Präventions- und Rehabilitationsmittel zur Verfügung stehen. Höpflinger und Hugentobler (2003, 65-75) gehen davon aus, dass die Zahl älterer Demenzkranker bis 2010 auf 99'000 bis 100'000 Menschen und bis 2020 auf maximal 114'000 bis 117'000 ansteigen kann.

Depressive Störungen

Depressive Störungen im Alter sind verbreitet und gehen oft mit somatischen Erkrankungen einher. Eine Studie im Rahmen des NPF 32 «Alter» hat aufgezeigt, dass bereits leichte depressive Symptome die Nachfrage nach medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen erhöht (Herrmann et al. 1997). Depressive Stimmungen beeinträchtigen aber auch die Selbständigkeit älterer Menschen und erhöhen damit den Pflegebedarf.

Die Formen depressiver Störungen sind äusserst vielfältig, häufig nicht einfach zu unterscheiden und reichen von leichten Verstimmungen zu schweren depressiven Psychosen. Schätzungen gehen dahin, dass rund ein Drittel der Altersdepressionen als schwere Depression einzustufen sind, zwei Drittel als mittelschwere bis leichte (Höpflinger & Hugentobler 2003, 59). Gemäss Hochrechnungen leiden in der Schweiz rund 52’000 über 64jährige Menschen an schweren depressiven Störungen, darunter 2.6-mal mehr Frauen als Männer (Höpflinger & Hugentobler 2003, 60ff). Die Forschenden erachten es als wahrscheinlich, dass die Zahl der schwer depressiven RentnerInnen bis 2010 auf rund 60'000 Personen und bis 2020 auf rund 69'000 Personen ansteigen kann.

Gesundheit und Krankheit im Alter

Frauen und Männer der heutigen Rentnergeneration leben nicht nur länger, sie bleiben auch länger gesund als früher. Die Zahl der Jahre, welche sie bei selbstbeurteilter guter Gesundheit und ohne Behinderung verbringen können, hat zugenommen; gleichzeitig hat aber auch die Zahl der Lebensjahre mit Behinderung abgenommen. Durch die längere Lebenserwartung werden allerdings Demenzerkrankungen zunehmen. Die Zahl der Demenzkranken wird bis ins Jahr 2010 auf maximal 100'000 Menschen ansteigen, bis 2020 werden es maximal 117'000 Menschen sein (60 Jahre und älter). Auch depressive Störungen erhöhen den Pflegebedarf im Alter. Bis 2010 kann die Zahl der schwer depressiven Rentnerinnen und Rentner auf 60'000 Personen steigen, bis 2020 auf 69'000 Menschen.

1.3 Familiäre und soziale Netze

Dank verlängerter Lebensdauer, verbessertem Gesundheitszustand und neuen Betreuungsformen leben ältere Menschen heute länger in ihren eigenen vier Wänden. Selbst bei den über 90jährigen lebt eine Minderheit in einer Alters- oder Pflegeeinrichtung (vgl. Wanner et al. 2005, 42, 118). Wie aber gestaltet sich das Leben ausserhalb der Pflegeeinrichtungen?

Ältere Menschen sind familiär und sozial vernetzt

Die Mehrheit der alleine wohnenden Menschen im Pensionsalter verfügt über gute Kontakte mit Angehörigen, Freunden und Freundinnen und Nachbarn. Trotz dem vermehrten Alleinleben haben sich weder die familiären noch die ausserfamiliären sozialen Netze älterer Menschen aufgelöst, wie die Forschungsergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms 32 «Alter» belegen können (vgl. Höpflinger & Stückelberger 1999). Die Jahrgänge, welche in den nächsten zehn Jahren ins hohe Alter eintreten werden, sind vergleichsweise «ehe- und kinderfreundlich» (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2005, 13). Der Anteil von älteren und hochbetagten Menschen, die in einer Partnerschaft leben, wird sich daher bis 2015 weiter erhöhen. Dies gilt sowohl für die 65- bis 79jährigen, als auch für die über 80jährigen. Dank steigender gemeinsamer Lebenszeit der Generationen wird bis 2015 auch der Anteil von alten und hochbetagten Menschen steigen, die Kinder oder Enkelkinder haben. Ein deutlicher Anstieg des Anteils von hochaltrigen Menschen ohne Nachkommen ist erst nach 2030 zu erwarten.

Männer leben mit ihrer Partnerin, Frauen alleine

Die meisten älteren und selbst hochbetagten Menschen leben zu Hause und dies auch immer länger. Die Situation der ausserhalb der Institutionen lebenden Frauen und Männern unterscheidet sich dabei allerdings gravierend (vgl. Wanner et al. 2005, 42f). Für pensionierte Männer ist das Wohnen mit der Partnerin die Norm. Die Mehrheit der über 80jährigen und selbst der über 90jährigen Männer lebt mit der Ehepartnerin zusammen. Ganz anders sieht dies bei den über 80jährigen Frauen aus, die zur Mehrheit alleine leben, im Alter von über 90 Jahren zum allergrössten Teil.

Drastisch verändert hat sich das Zusammenleben mehrerer Generationen. Während es sich 1970 noch bei rund 20 Prozent der Haushalte mit über 64jährigen Personen um Zwei- oder Mehrgenerationenhaushalten handelte, ist dieser Anteil bis ins Jahr 2000 auf marginale 3 Prozent gesunken (Fux 2005, 61).

Pflegeleistungen durch die Familie werden auch 2015 wichtig sein

Der am stärksten von Freiwilligenarbeit geprägte Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Langzeitpflege (vgl. Wächter 2004, 160). Gesamtschweizerisch werden nach den Schätzungen von Höpflinger & Hugentobler (2005, 15) maximal 60 Prozent der pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt, mindestens 40 Prozent in entsprechenden Einrichtungen. Durchschnittlich wird die Hilfe zu Hause durch 1.7 bis 1.8 Per-

sonen geleistet. Der überwiegende Teil der informellen Hilfe wird durch Angehörige erbracht (ebenda, 56ff). Bei mehr als einem Drittel erfolgt die Pflege zur Hauptsache durch den Lebenspartner bzw. die Lebenspartnerin. An zweiter Stelle steht die Pflege und Unterstützung durch die Kinder. Hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen werden dabei hauptsächlich von Frauen bzw. Töchtern übernommen. Dass Männer in der Pflege ihrer betagten Eltern tätig sind, kommt vor allem bei hochbetagten Eltern vor, dann also, wenn die Pflegenden selbst das Pensionsalter erreicht haben. Der Betreuung von betagten Menschen durch Angehörige kommt grosse Bedeutung zu, sie birgt jedoch Ambivalenzen (vgl. Hugentobler 2004, 158f) und kann gerade bei Demenzkranken zur Überforderung führen. Ein Pilotprojekt zur Schulung von Angehörigen von demenzkranken Menschen hat gezeigt, dass die Schulung zwar keinen Einfluss auf die Verzögerung des Heimeintritts des Betreuten, auf gesundheitliche Indikatoren und auf den Pflegeaufwand hatten, dass aber das emotionale Wohlbefinden und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität gesteigert werden konnte (vgl. Wettstein et al. 2005).

.... wie auch Unterstützung durch Freundeskreis und Nachbarschaft

Grundsätzlich führt die gesellschaftliche Entwicklung zu einer weiteren Bedeutungsverlagerung von der Blutsverwandtschaft hin zu Wahlverwandtschaften (vgl. Höpflinger & Hugentobler (2005, 69f). Dies wird vor allem Männer und Frauen betreffen, welche vermehrt kinderlos sind und fehlende Nachkommen durch andere Personen «kompensieren» müssen. Aufgrund der «Ehe- und Kinderfreundlichkeit» der heutigen Rentnergeneration dominiert aber heute und auch in zehn Jahren noch weiterhin das familiäre Beziehungsnetz. Ungeachtet dessen kann auch das ausserfamiliäre Sozialnetz eine wichtige Unterstützungsinstanz darstellen. Freundschaftsbeziehungen haben bei betagten Menschen in den vergangenen Jahrzehnten an Gewicht gewonnen, sind bezogen auf die Pflege indes vor allem auf der persönlichen und emotionalen Ebene von Bedeutung. Nachbarschaftliche Netze haben sich aufgelockert, spielen aber bei hochbetagten Menschen nach wie vor eine gewisse Rolle, insbesondere wenn es um Formen wie Einkaufen, Kochen oder Hilfe im Haushalt geht. Freunde und Freundinnen bzw. Nachbarn und Nachbarinnen sind indes selten die Hauptperson bei der Unterstützung und ihre Hilfeleistungen erstrecken sich selten auf intensive Pflegeaufgaben.

Informelle und professionelle Pflegeleistungen ergänzen sich häufig

Die Wechselwirkungen zwischen unbezahlter informeller und bezahlter professioneller Pflege sind empirisch noch lückenhaft belegt. Bekannt ist, dass Spitex-Leistungen oft in Kombination mit informellen Hilfeleistungen erbracht werden. Im Jahr 2002 haben rund 7 von 10 Personen, die in den letzten 12 Monaten Spitex-Leistungen in Anspruch genommen haben, gleichzeitig Unterstützung aus dem familiären oder sozialen Netz erhalten (Höpflinger & Hugentobler 2005, 85f). Die Forschenden sehen dies als Hinweis darauf, dass sich informelle und professionelle Hilfe nicht konkurrenzieren, sondern eher ergänzen. Sie verweisen dabei auch auf die Ergebnisse der Langzeitstudie von Lalive d'Epinay et al. (1997, 2001), welche aufzeigt, dass es im hohen Alter bei den zu Hause lebenden Menschen nicht zu einer Verdrängung informeller Hilfe kommt, sondern diese durch professionelle Hilfe ergänzt wird. Dies ist durchaus einsichtig, nimmt doch im hohen Alter die Mehrfachmorbidität und damit die Pflegebelastung zu.

Familiäre und soziale Netze

Die Menschen, die in den nächsten zehn Jahren ins hohe Alter eintreten werden, sind vergleichsweise «ehe- und kinderfreundlich». Bis 2015 wird sich daher der Anteil der Hochbetagten erhöhen, die in einer Partnerschaft leben und die Kinder und Enkelkinder haben. Die Lebenssituation der in den eigenen vier Wänden lebenden betagten Frauen und Männern unterscheidet sich allerdings markant: Männer leben mit ihrer Partnerin, Frauen alleine.

60 Prozent der pflegebedürftigen älteren Menschen leben zu Hause. Der überwiegende Teil der informellen Hilfe wird durch Angehörige, zumeist Partnerinnen und Töchter geleistet. Dass auch Männer hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen übernehmen, kommt vor allem bei hochbetagten Eltern vor, dann also, wenn die Söhne selbst im Rentenalter sind. Das ausserfamiliäre Netz spielt insbesondere auf der persönlichen und emotionalen Ebene eine Rolle, intensive Pflegeaufgaben werden hier selten übernommen.

Die informelle Unterstützung durch Angehörige, Freundinnen und Nachbarn geht oft Hand in Hand mit professioneller Unterstützung. 7 von 10 Personen, die 2002 Spitex-Leistungen in Anspruch nahmen, haben gleichzeitig Unterstützung aus dem familiären oder sozialen Netz erhalten. Informelle Hilfe kann, gerade wenn in hohem Alter die Mehrfachmorbidität zunimmt, professionelle Hilfe nicht ersetzen.

1.4 Pflegebedürftigkeit im Alter

Pflegebedürftig ist nach einer generellen Definition, wer nicht (mehr) in der Lage ist, elementare alltägliche Aktivitäten selbständig zu verrichten. Die Pflegebedürftigkeit wird häufig anhand von so genannten ADL-Kriterien bestimmt (activity-of-daily-living), bspw. der Fähigkeit sich selbständig anzukleiden, aufzustehen, die Körperpflege zu übernehmen oder sich in der Wohnung zu bewegen. Nach den Berechnungen von Höpflinger und Hugentobler (2003, 42) sind im Jahr 2000 zwischen 109'0000 und 126'000 ältere Menschen in Privathaushalten, Alters- und Pflegeeinrichtungen nach ADL-Kriterien pflegebedürftig. Gemessen an der über 64jährigen Bevölkerung entspricht dies einem Anteil von 10 bis 11 Prozent. Bei den 75- bis 79jährigen beträgt der Anteil von pflegebedürftigen Personen rund 8 bis 10 Prozent, bei den 80 bis 84jährigen bereits 18 bis 20 Prozent und bei den über 84jährigen rund einen Drittel (33 bis 35 Prozent).

Pflegebedürftigkeit ist nicht nur eine Frage des Alters

Pflegebedürftigkeit im Alter ergibt sich nicht nur aus der Zahl der Lebensjahre, sondern hängt auch mit dem bisherigen Lebensstil und der Gesundheitsvorsorge zusammen. So bleibt die heutige Generation älterer Menschen aufgrund von höherem Wohlstand und guter Gesundheitsversorgung länger gesund und behinderungsfrei als noch frühere Generationen (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003). Es ist davon auszugehen, dass gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen dazu beitragen können, dass sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit künftig weiter reduziert bzw. in spätere Lebensjahre verschiebt. Dazu gehört der Trend zu weniger berufsbedingten Schädigungen oder zu verbesserten Rehabilitationsmöglichkeiten. Studien belegen ausserdem, dass präventive geriatrische Hausbesuche das Risiko von Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im Alter wirksam reduzieren (vgl. Schmocker, Oggier & Stuck 2000). Solche präventiven Hausbesuche dürften in den nächsten zehn Jahren an Bedeutung gewinnen. In einigen Kantonen wird geprüft, diese aufgrund der guten Erfahrungen flächendeckend anzubieten (bspw. im Kanton Bern, vgl. Achtermann & Berset, 18).

… und ist nicht gleichzusetzen mit ambulantem Pflegebedarf

Pflegebedürftigkeit kann nicht gleichgesetzt werden mit dem Bedarf an ambulanter Pflege. Neben den funktionalen Einschränkungen und Behinderungen wird der Pflegebedarf auch von sozialen und wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003, 35). So werden Spitex-Leistungen weniger beansprucht, wenn ein Teil der Unterstützung durch die Familie erfolgt. Umgekehrt können wirtschaftliche und soziale Probleme wie Verarmung oder Vereinsamung die Nachfrage nach Spitex-Diensten erhöhen (vgl. Abelin, Beer & Gurtner 1998, 135ff.).

Pflegebedürftigkeit nimmt zu, aber weniger stark als die demografische Alterung

Für das Jahr 2005 beziffert Höpflinger (2005, 261) die Zahl der pflegebedürftigen älteren Menschen auf 115'000 bis 135'000 Personen. Bei einer linearen Hochrechnung würde die Zahl bis 2010 auf 126’000 bis 145'000 Personen ansteigen. Bis 2020 wäre bei gleichbleibenden Pflegebedürftigkeitsquoten mit 145'000 bis 167'000 pflegebedürftigen Personen zu rechnen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen (in Tausend) bis 2010 / 2020, lineare demografische Projektion

	2010	2020
65-69 Jahre	9.7	10.3
70-74 Jahre	14.7 bis 17.7	19.0 bis 21.8
75-79 Jahre	19.7 bis 24.7	24.7 bis 30.9
80-84 Jahre	32.9 bis 36.5	35.7 bis 39.7
85 Jahre +	48.5 bis 56.5	54.8 bis 63.9
Total 65 J. +	125.5 bis 145.1	144.5 bis 166.6

Quelle: Höpflinger & Hugentobler (2003, 45)
Anmerkungen: Annahme stabiler Pflegebedürftigkeitsquoten;
Projektion aufgrund des mittleren Bevölkerungsszenarios (A-00-2000)

Aufgrund der weiter oben angesprochenen gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklungen und Präventionsmöglichkeiten ist es problematisch, die Quoten der Pflegebedürftigkeit linear auf die Zukunft zu projizieren. Höpflinger & Hugentobler (2003) zeigen, dass bereits eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeit den demografischen Effekt entscheidend abzuschwächen vermag. Die alternativen Berechnungen basieren auf der Annahme, dass u.a. soziale und medizinische Fortschritte sowie gesamtschweizerisch durchgeführte geriatrische Hausbesuche die Quote der Pflegebedürftigen reduzieren kann. Unter diesen Annahmen würde die Zahl von pflegebedürftigen Menschen im Pensionsalter bis 2010 auf 118’000 bis 136'000 Personen ansteigen, bis 2020 auf 126'000 bis 146'000 (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen (in Tausend) bis 2010 / 2020, unter Annahme einer moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsqoten

	2010	2020
65-69 Jahre	10.1	11.5
70-74 Jahre	13.3 bis 16.2	15.2 bis 18.3
75-79 Jahre	17.8 bis 22.0	19.8 bis 24.7
80-84 Jahre	30.5 bis 34.0	30.4 bis 33.7
85 Jahre +	46.0 bis 53.8	49.3 bis 57.5
Total 65 J. +	117.7 bis 136.1	126.2 bis 145.7

Quelle: Höpflinger & Hugentobler (2003, 50);
Anmerkungen: Annahme stabiler Pflegebedürftigkeitsquoten;
Projektion aufgrund des mittleren Bevölkerungsszenarios (A-00-2000)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Zahl der älteren pflegebedürftigen Personen bis 2015 künftig weiter ansteigen wird, aber mit grosser Wahrscheinlichkeit weniger stark als dies aus der linearen demografischen Prognosen hervorgeht.

Pflegebedürftigkeit im Alter

Im Jahr 2005 lebten in Privathaushalten, Heimen und Pflegeeinrichtungen rund 115'000 bis 135'000 pflegebedürftige Menschen im Pensionsalter. Bis ins Jahr 2010 dürfte diese Zahl auf 118'000 bis 136'000 Personen ansteigen, bis 2020 auf 126'000 bis 146'000 Personen. Bei diesen Schätzungen gehen die Altersforscher davon aus, dass die Pflegebedürftigkeit nicht linear zur demografischen Alterung steigen wird. Vielmehr gehen sie davon aus, dass soziale und medizinische Fortschritte aber auch geriatrische Präventionsprogramme, wie Hausbesuche, die Pflegebedürftigkeitsquote zu senken vermögen. Würde die Pflegebedürftigkeit linear steigen, wäre bereits im Jahr 2010 mit deutlich mehr Pflegebedürftigen zu rechnen (126'000 bis 145'000 Menschen). Pflegebedürftigkeit ist allerdings nicht gleichzusetzen mit ambulantem Pflegebedarf. Dieser ist zusätzlich abhängig von weiteren wirtschaftlichen und sozialen Faktoren.

1.5 Alterspolitik

Alterspolitik in den Kantonen: Konsens und unterschiedliche Strategien

In vielen Kantonen wird aufgrund der demografischen Herausforderungen zur Zeit die Alters- und Pflegepolitik überdacht. Zwischen den Kantonen bestehen dabei grosse Unterschiede im Stand der Diskussion und ihrer Umsetzung. Ein guter Überblick über die aktuellen Bestrebungen und die konkreten Angebote im Bereich der Betreuung älterer Menschen gibt die Zusammenstellung von Achtermann & Berstet (2006). Fasst man die Überlegungen zur Betreuung älterer Menschen zusammen, so herrscht weitgehend Konsens, dass die Entwicklung in Richtung Förderung der Selbstständigkeit von älteren Menschen gehen soll, mit dem Ziel, einen Pflegeheimeintritt so lange wie möglich herauszuzögern oder gar zu vermeiden. Diese Zielsetzung wird mit Hinweis auf die Bedürfnisse der älteren Menschen und die Reduktion der zu erwartenden Kostensteigerungen verfolgt (bspw. GEF 2004, 2). Eine umfassende Darstellung der einzelnen Konzepte kann im Rahmen dieser Literaturübersicht nicht geleistet werden. Auf entscheidende Elemente und Entwicklungstrends, die daraus hervorgehen, wird indes an gegebener Stelle hingewiesen.

Alterspolitik

Die Alterspolitik zielt auf die Förderung der Selbständigkeit älterer Menschen, mit dem Ziel, einen Pflegeheimeintritt möglichst lange oder gar ganz zu vermeiden. Der Stand und die Umsetzung von entsprechenden Konzepten ist kantonal unterschiedlich.

1.6 Trends im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen lassen sich verschiedene Entwicklungen ausmachen, welche die Rolle und die Tätigkeit der Spitex in den nächsten Jahren beeinflussen dürften.

Die leistungsorientierte Spitalfinanzierung wirkt sich auch auf die Spitex aus

Die Einführung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung auf der Basis von Fallpauschalen wird voraussichtlich die Hospitalisierungsdauer weiter verkürzen (vgl. Diodà 2007; infosantésuisse 10/2006). Das Fallpauschalensystem DRG (Diagnosis Relatet Groups) wird ab 2009 tarifwirksam und stufenweise in der Schweiz eingeführt. Teilweise erfolgt die Spitalfinanzierung schon heute über Fallpauschalen. Die Veränderungen durch Fallpauschalen werden sich auf die Spitex auswirken, indem die kürzeren Hospitalisierungen den Pflegebedarf im ambulanten Bereich erhöhen. Befürchtet wird von Seiten der Pflegeverbände

aber auch, dass der Drehtüreffekt zwischen Spital und Spitex verstärkt wird und es zu früheren Heimeintritten kommt. Ein weiteres zentrales Problem, das an der Tagung der Schweizerischen Gesellschaft von Gesundheitspolitik SGGP vom vergangenen Oktober diskutiert wurde, liegt in der Berücksichtigung des Pflegeaufwands in den DRG (vgl. Diodà 2007).

Spitäler als umfassende Dienstleister

Weiter verstärken dürfte sich mittel- und längerfristig der Trend, dass sich Spitäler als integrierte Versorgungsstellen positionieren, welche von der Akutklinik über das Ambulatorium hin zur spitalexternen Pflege («hospital at home», «hospital home care») Leistungen erbringen. Im Bezug auf letztere sind aufgrund des aktuellen Stands der Diskussionen und der geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen indes kurzfristig keine massgebenden Veränderungen zu erwarten (vgl. u.a. GEF 2006, 127)

Stärkung von Managed-Care-Modellen im Bereich der Grundversorgung

Integrierte Versorgungsnetze in Form von Ärztenetzen oder Hausärztemodelle werden an Bedeutung gewinnen (vgl. dazu Kapitel 2.3).

Bedeutungsgewinn der geriatrischen Prävention

Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen in verschiedenen Kantonen belegen die Wirksamkeit gezielter geriatrischer Prävention im Hinblick auf die Verhinderung eines Pflegeheimeintritts (vgl. Schmocker, Oggier & Stuck 2000). Untersuchungen zum Vorsorge und Gesundheitsverhalten im Alter legen zudem nahe, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter zu einer nationalen Priorität zu erheben, nicht zuletzt mit Blick auf die steigenden Gesundheitskosten (vgl. Blozik et al. 2006, 7f). Die Spitex-Organisationen werden sich daher in den nächsten zehn Jahren verstärkt mit der Frage auseinander setzen müssen, in welcher Art sie sich an den Präventionsprogrammen im Bereich der individuellen Primär- oder Sekundärprävention beteiligen und welche Anforderungen dies an die Qualifikation des Spitex-Personals stellt.

Finanzierung der ambulanten Pflege

Hinsichtlich der künftigen Finanzierung der ambulanten Pflege stehen für die Spitex einige Herausforderungen an, auf die wir an dieser Stelle nur in Kürze eingehen, da sie Gegenstand intensiver laufender Diskussionen innerhalb der Spitex-Verbände sind.

Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) wird die Finanzverantwortung im Spitex-Bereich per 2008 weitestgehend an die Kantone überwälzt. Offen ist, wie sich dieser Rückzug des Bundes auf die Beiträge der öffentlichen Hand an die Spitex mittel- und längerfristig auswirken wird. Der NFA wird sich auch im Zusammenhang mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung auswirken, dies insbesondere im Bereich der Ergänzungsleistungen (EL). Der Aufgabenbereich der Ergänzungsleistungen wird teilentflochten, mit der Folge, dass die Kantone vollständig die EL übernehmen, die im Zusammenhang mit Krankheits- und Behinderungskosten stehen.

Nachdem die Neuordnung der Pflegefinanzierung durch den Ständerat behandelt wurde, befindet sich das Geschäft zur Zeit zur Beratung in der zuständigen nationalrätlichen Kommission (SGK-N), wobei die Beratungen weitgehend abgeschlossen sind. Nach den Beratungen von Ende April 2007 sind einige wichtige Punkte noch offen, insbesondere die Regelung der Frage, wer welchen Anteil der Pflegekosten zu tragen hat, durch das künftige Bundesgesetz. (vgl. Geschäftsdatenbank des Eidgenössischen Parlamentes, Geschäft 05.025 s)

Trends im Gesundheitswesen

Im *Spitalbereich* wird die leistungsorientierte Spitalfinanzierung auf der Basis von Fallpauschalen (DRG-System) die Hospitalisierungsdauer voraussichtlich noch weiter verkürzen und den Pflegebedarf im ambulanten Bereich erhöhen. Im Bereich der *Grundversorgung* werden Managed-Care-Modelle weitere Verbreitung finden. Auf der Ebene der *Gesundheitsprävention* ist zu erwarten, dass Programme und Massnahmen im Bereich der geriatrischen Gesundheitsförderung und Prävention grösseres Gewicht erhalten werden. Es wird sich u.a. die Frage stellen, in welcher Form sich Spitex daran beteiligt. Weitere Herausforderungen stehen für die Spitex im Zusammenhang mit der *Finanzierung der ambulanten Pflege* an (Kantonalisierung im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und Neuordnung der Pflegefinanzierung KVG).

1.7 Medizinisch-technische Innovation

Therapeutische Innovationen im Bereich der Demenzbehandlung

Mittel zur wirksamen Prävention und Rehabiliation demenzieller Erkrankungen sind zur Zeit noch weit von der Markteinführung entfernt. Indes stehen bereits heute Medikamente zur Verfügung, welche das Auftreten von alltagsrelevanten kognitiven Störungen verzögern können (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003, 68f). Es wird damit gerechnet, dass mit neuen Medikamenten und Behandlungsformen das Demenzrisiko mittel- und längerfristig verringert bzw. zeitlich verschoben werden kann. Dies stellt in verschiedener Weise neue Anforderungen an die ambulante Beratung und Pflege (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2003, 78f). Wenn sich die Phase zwischen Demenzdiagnose und Eintritt der Pflegebedürftigkeit ausweitet, erhöht sich dadurch auch der ambulante Beratungsbedarf. Zudem erhöhen die längeren Phasen von leichter und mittelschwerer Demenz die Anforderungen an die Pflege, da diese aufwändiger zu pflegen sind als stark demente Patienten.

Telemedizin, Telehilfe und Pflege

Telemedizin, Teleüberwachung oder Telehilfe bezieht sich ganz grundsätzlich auf den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Bereich von Medizin und Gesundheitsversorgung. Es handelt sich also um ein sehr umfangreiches Gebiet, das vielfältige Anwendungsformen bietet. Im Rahmen von telemedizinischem Disease Management können insbesondere chronischkranke Menschen orts- und zeitunabhängig überwacht und behandelt werden. Beispiele von Erkrankungen, bei denen telemedizinische Betreuungsinstrumente zum Einsatz kommen, sind etwa Hypertonie oder Herzinsuffizienz (vgl. Tschanz, Dyson & Reichlin 2004). Im Rahmen dieser Programme werden regelmässige Verlaufskontrollen über Vitalfunktionen vorgenommen und entsprechend des Verlaufs Interventionen vorgeschlagen. Hospitalisierungen können damit in gewissen Fällen vermieden werden. Solche Überwachungssysteme können indes auch bei Akut-Patienten eingesetzt werden und zu einer früheren Spitalentlassung führen. Die Möglichkeiten von Telehilfe in der spitalexternen Pflege waren bereits Gegenstand des vierten Nationalen Spitex-Kongresses von 2003 (vgl. Niederberger-Burgherr 2003). Zu diesem Zeitpunkt fehlte es noch an konkreten Anwendungsbeispielen, die über die bekannten Anwendungen (bspw. Notrufsysteme) hinausgehen. Auch neuere Auseinandersetzungen mit dem Thema Telehilfe in der Pflege in der Schweiz sind eher spärlich. Es gibt aus unserer Sicht keine Hinweise darauf, dass zumindest in den nächsten zehn Jahren die Entwicklungen im Bereich Telemedizin und Telepflege die Arbeit der Spitex massgebend beeinflussen dürften.

Elektronische Versicherten- und Gesundheitskarte

Im Rahmen der nationalen E-Health-Strategie wird aktuell insbesondere die Einführung einer elektronischen Patientenkarte diskutiert, auf der u.a. behandlungsrelevante Patientendaten abgespeichert werden können (vgl. Arnet 2007, 40). In der Schweiz wird die elektronische Versicherungskarte, welche für den Bezug von Leistungen bei Spitäler, Ärzten und Apotheken vorgewiesen werden muss, ab 2009 verbindlich eingeführt. Medizinische Patientendaten werden allerdings vorerst nur in sehr beschränktem Ausmass und zudem auf freiwilliger Basis erfasst. Die Versicherungskarte dient vorläufig primär der Erleichterung der Abrechnung der Leistungen mit der Krankenpflegeversicherung und wird daher mittelfristig die Arbeit der Spitex im pflegerischen Bereich nicht beeinflussen.

Medizinisch-technische Innovation

An den Möglichkeiten zur Prävention und Rehabilitation von Demenzerkrankungen wird intensiv geforscht. Kurzfristig stehen Medikamente im Zentrum, welche das Auftreten von alltagsrelevanten Beeinträchtigungen verzögern. Erst mittel- und langfristig wird damit gerechnet, dass das Demenzrisiko verringert werden kann.

Informations- und Kommunikationstechnologien bieten breite Anwendungsmöglichkeiten auch in der ambulanten Pflege (Telepflege, Teleüberwachung), die sich aber voraussichtlich auch in den nächsten zehn Jahren nicht praxisrelevant umsetzen werden. Dasselbe gilt auch für die Versicherten- und Gesundheitskarte bezogen auf die Erfassung von behandlungsrelevanten Patientendaten.

2 MARKT UND KONKURRENZ

2.1 Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

Die Diskussion über die Verlagerung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung ist komplex und anspruchsvoll, wie u.a. die Auslegeordnung von Kocher et al. (2006) illustriert.

Die Komplexität der Verlagerungsdiskussion

Erstens stellen sich in dieser Diskussion *Definitionsprobleme*. Bei der Abgrenzung von ambulantem und stationärem Gesundheitsbereich kommen in der Praxis und der Forschung unterschiedliche Ansätze zur Anwendung. Je nach dem wird der teilstationäre Leistungsbereich dem ambulanten oder dem stationären Bereich zugeordnet. Wir orientieren uns in diesem Bericht an einer pragmatischen Definition, wonach zum ambulanten Bereich alle Leistungen gehören, die nicht stationär oder teilstationär erbracht werden, also bspw. auch die spitalambulanten Leistungen. Der ambulante Bereich umfasst sehr heterogene Angebote der medizinischen Intervention (spitalambulante Versorgung, praxisambulante Versorgung durch Ärzte und Ärztinnen, Tageskliniken) sowie der Betreuung zu Hause. Die Betreuung zu Hause kann grundsätzlich erfolgen durch freipraktizierende Ärzte und Ärztinnen (inkl. ambulante Psychiatrie, ambulante Rehabilitation), durch Krankenhauspersonal («hospital in the home», «hospital home care») oder durch Spitex-Dienste.

Zweitens gibt es *unterschiedliche Typen der Verlagerung*. Die Verlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich kann unter verschiedenen Aspekten beleuchtet werden. Einerseits unter dem Aspekt der teilweisen oder vollständigen Substitution der stationären Pflege (Spitäler, Pflegeheime) durch ambulante Pflege (spitalambulante, praxisambulante Behandlung, Spitex etc.). Andererseits unter einem zeitlichen Aspekt (frühere Verlegung in den ambulanten Bereich bzw. spätere Verlegung vom ambulanten in den stationären Bereich).

Drittens gibt es unterschiedlichste *Einflussfaktoren* bei einer Verlagerung: Medizinische, pflegerische oder technische Innovationen, neue Behandlungs- und Betreuungskonzepte, Ausbau oder Abbau bei den Versorgungsinstitutionen, Veränderungen bei der Finanzierung der Versorgungseinrichtungen oder der Leistungen, gesellschaftliche Strömungen, veränderte Bedürfnisse der Pflegebedürftigen oder Angehörigen, gezielte Politik der Förderung ambulanter Versorgung etc. Einfache Ursache-Wirkungs-Aussagen zu den Gründen einer allenfalls beobachteten Verlagerung sind daher mit grösster Vorsicht aufzunehmen.

Viertens stellt sich die Frage, mit welchen *Messgrössen* die Verlagerung erfasst werden kann. Eine Verlagerung lässt sich anhand von Kosten, Klientenzahlen, Fallzahlen, Zahl der Leistungen, der Leistungserbringer oder auch von Befragungsdaten zur Inanspruchnahme von Leistungen aufzeichnen. Die vorliegenden Studien zur bisherigen und künftigen Verlagerung zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung stützen sich insbesondere auf die Kostenentwicklung ab.

Entwicklung der ambulanten und stationären Gesundheitskosten

Verschiedene Studien haben in jüngerer Zeit die Kostenentwicklung im ambulanten und stationären Gesundheitsbereich behandelt. Sturny (2004) fokussiert dabei auf die Ausgaben im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP, Kocher et al. (2006) beziehen zusätzlich die Gesamtkosten des Gesundheitssystems in die Analyse mit ein. Die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung machen nach Abzug von Franchisen und Selbstbehalte 2003 einen Drittel der gesamten Gesundheitskosten aus. Für eine Analyse der Verlagerung zwischen stationärer und ambulanter Gesundheitsversorgung sind daher die Gesamtkosten des Gesundheitssystems repräsentativer und relevanter als die Ausgaben der Krankenversicherer im Bereich der Grundversicherung.

Bei den *gesamten Gesundheitsausgaben* sind von 1996 bis 2003 die Kosten im ambulanten Bereich geringfügig stärker gestiegen als im stationären Bereich, nämlich um jährlich 4.3 Prozent gegenüber 4.1 Prozent (vgl. Tabelle 5). Insbesondere in den ersten drei Jahren nach Einführung des KVG sind die Kosten im ambulanten Bereich überproportional angestiegen. In den Jahren 1999 bis 2003 ist hingegen im stationären Bereich ein jahresdurchschnittlich stärkeres Wachstum festzustellen als im ambulanten Bereich.

Bezogen auf die gesamten Gesundheitskosten kann also nicht davon gesprochen werden, dass der ambulante Bereich stärker gewachsen ist als der stationäre Bereich. Dies trifft nur auf einzelne Kategorien zu. Innerhalb des ambulanten Bereichs ist die grösste Kostensteigerung mit jährlich 10.3 Prozent bei den spitalambulanten Angeboten zu verzeichnen (1999 bis 2003). Die Kosten für Spitex-Dienstleistungen stiegen jährlich um 5.0 Prozent.

Tabelle 5: Kosten des Gesundheitswesens im ambulanten und stationären Bereich 1996-2003, jahresdurchschnittliches Wachstum in Prozent

	1996-2003	1996-1998	1999-2003
Stationäre Leistungen	4.1	3.2	4.7
Akutbehandlung	3.4	2.1	4.2
Rehabilitation	7.7	2.6	10.8
Langzeit	5.0	4.7	5.1
andere	5.5	6.0	5.3
Ambulante Leistungen	4.3	4.3	4.3
durch Ärzte	3.5	4.5	3.0
durch Krankenhaus	10.3	9.1	11.0
Physiotherapie	3.2	2.8	3.4
Psychotherapie	4.1	4.8	3.7
Spitex	5.0	5.2	4.8
andere	4.1	4.8	3.7

Quelle: Kocher et al. (2006, 19); eigene Darstellung.

Die Analyse der Kosten der *obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP* zeigt indes für die Jahre 1999 bis 2003 von wenigen Ausnahmen abgesehen ein stärkeres Wachstum der ambulanten Kosten als der stationären Kosten (vgl. Sturny 2004; Kocher et al. 2006, 24ff). Allerdings wird die These einer Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich auch hier relativiert. «Die dargestellten Resultate weisen zwar auf eine höhere Wachstumsrate im ambulanten Bereich hin, von einer nachhaltigen Verschiebung der Gesamtkosten vom stationären in den ambulanten Bereich kann in den beobachteten Jahren jedoch nicht gesprochen werden» (Sturny 2004, 24). Die Autorin verweist vielmehr darauf, dass es innerhalb des Spitalbereichs Hinweise für eine gewisse Verlagerung vom stationären in den ambulanten und teilstationären Spitalbereich gibt.

Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung

Die Hypothese einer nachhaltigen Verlagerung vom stationären hin zum ambulanten Versorgungsbereich wird in der Öffentlichkeit und der Forschung intensiv debattiert. Die Diskussion ist komplex, da definitorische Abgrenzungsprobleme zwischen den beiden Bereichen bestehen, es unterschiedliche Typen von Verlagerungen gibt, diese aus zahlreichen Gründen erfolgen und sie mit unterschiedlichen Messgrössen erfasst werden können. Bezogen auf die gesamten Gesundheitskosten kann die Hypothese nicht per se bestätigt werden, dass der ambulante Bereich zwischen 1999 und 2003 stärker gewachsen ist, als der stationäre Bereich. Dies trifft nur auf einzelne Kategorien zu, insbesondere den spitalambulanten Bereich. Die Kostenentwicklung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung weist auf eine höhere Wachstumsrate im ambulanten Bereich hin. Auch hier gibt es Hinweise, dass die Verlagerung im Spitalbereich stattfindet, im Sinne einer Verlagerung vom stationären in den ambulanten und teilstationären Spitalbereich.

2.2 Entwicklungen in der Langzeitpflege

Beim Thema Langzeitpflege stehen in der öffentlichen Diskussion insbesondere die Kosten im Vordergrund. In diesem Zusammenhang wird auch danach gefragt, ob durch die – vermutet günstigere ambulante Pflege – Heimeintritte verhindert werden können, es also zu einer Substitution der Alters- und Pflegeangebote kommt. Nicht zuletzt beschleunigt durch die Kostendiskussion, werden auch Formen von Vernetzung und innovative Betreuungsformen im Langzeitpflegebereich gesucht.

Aktuelle Kosten und Finanzierung der Langzeitpflege

Im Jahr 2005 betrugen die Gesundheitskosten für Leistungen im Bereich der Langzeitpflege rund 7.7 Mia. Franken, das sind 15 Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Davon waren 1.1 Mia. Franken Leistungen der Spitex, was 2 Prozent der Gesamtkosten im Gesundheitswesen entspricht.

Bezahlt wird die stationäre Langzeitpflege zum grössten Teil (68 Prozent) durch die privaten Haushalte - durch Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung und direkte Bezahlung von Leistungen, die nicht durch die Krankenversicherung gedeckt sind. Ein Fünftel (21 Prozent) wird durch die Sozialversicherungen bezahlt, ein Zehntel bezahlen Bund, Kantone und Gemeinden (vgl. Tabelle 6).

Die Spitex-Leistungen werden zum grössten Teil durch die Sozialversicherungen bezahlt, davon zu 30 Prozent durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Bund, Kantone und Gemeinden bezahlen 36 Prozent der Spitex-Leistungen, die privaten Haushalte 7 Prozent.

Tabelle 6: Kosten des Gesundheitswesen nach Leistungen und Finanzierung nach Direktzahler 2005

	Leistungen total		Langzeitpflege total (1)		Stationäre Leistungen		Spitex	
	Mia. CHF	Anteil	Mia. CHF	Anteil	Mia. CHF	Anteil	Mia. CHF	Anteil
Total	52.9	100%	7.7	100%	6.6	100%	1.1	100%
Öffentliche Hand	9.1	17%	1.0	13%	0.6	10%	0.4	36%
Sozialversicherungen	22.5	43%	1.9	25%	1.4	21%	0.5	48%
davon KVG	18.3	35%	1.7	22%	1.4	21%	0.3	30%
Privatversicherungen	4.7	9%	0.0	1%	0.0	0%	0.0	4%
Private Haushalte	16.2	31%	4.6	59%	4.5	68%	0.1	7%
Andere private Finanz.	0.5	1%	0.1	2%	0.1	1%	0.0	5%

Quelle: BFS, Statistik der Kosten des Gesundheitswesens 2005,
(1) Langzeitpflege umfasst hier die stationären Leistungen Langzeitpflege und die Spitex-Leistungen total;
Bemerkungen: Provisorische Ergebnisse 2005.

Die Direktzahler sind nicht zu verwechseln mit den Kostenträgern. Die Krankenversicherer sind kein Kostenträger. Die Krankenversicherung wird über Prämien finanziert, welche von den privaten Haushalten entrichtet werden.

Prognosen zur Kostenentwicklung in der Langzeitpflege

Verschiedene neuere Studien haben sich mit der künftigen Entwicklung der Kosten im Bereich der Langzeitpflege befasst (Fuhrer et al. 2003; Pellegrini et al. 2006). Erfasst werden darin die Kosten für Alters- und Pflegeheime sowie die Spitex-Dienste.

Nach den Prognosen von Pellegrini et al. (2006) dürften die Kosten der Langzeitpflege im Jahr 2030 rund 15.3 Milliarden Franken betragen, gegenüber von 6.5 Mia. im Jahr 2001. Im Spitex-Bereich steigen die Kosten voraussichtlich stärker an als im Heim-Bereich, wobei die ambulanten Kosten immer noch einen geringen Teil der Gesamtkosten ausmachen (2001 rund 13 Prozent, 2030 rund 16 Prozent).

Tabelle 7: Kosten der Langzeitpflege in Mia. Franken gemäss Referenzszenario 2001 bis 2030

	2001	2010	2020	2030
Kosten total	6.5	8.3	11.1	15.3
Alters- und Pflegeheime	5.6	7.1	9.4	12.9
Spitex	0.9	1.2	1.7	2.4

Quelle: Pellegrini et al. (2006), eigene Darstellung.
Anmerkung: Prognose der Kosten ohne Berücksichtigung der Inflation.

In der Öffentlichkeit wird die Alterung der Bevölkerung häufig als eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Ursache für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen wahrgenommen (Slembeck 2006, 9ff). Pellegrini et al. (2006) ermitteln als wichtigsten Faktor für den Kostenanstieg die zunehmenden Fallkosten und erst in zweiter Linie die demografische Alterung. Die Zunahme der Patientenzahl macht nach den Berechnungen etwas mehr als einen Drittel der Kostensteigerung aus. Fast zwei Drittel werden durch den Umfang der Leistungen und deren Preis verursacht. Dies bestärkt die Stossrichtung anderer Studien, welche in Frage stellen, dass die demografische Alterung der primäre Kostentreiber im Gesundheitswesen ist (Steinmann & Telser 2005).

Am stärksten zur Eindämmung des Kostenwachstums beitragen würde gemäss den Berechnungen von Pellegrini et al. (2006), wenn die älteren Menschen die Pflegeleistungen ein Jahr später in Anspruch nehmen und sich insbesondere der Heimeintritt um dieses Jahr verzögern würde – bspw. aufgrund verstärkter geriatrischer Präventionsmassnahmen. Der kostensenkende Effekt bis 2030 wird auf minus 2.2 Mia. Franken geschätzt. Eine geringere Wachstumsrate der medizinischen Einheitskosten könnten die Gesamtkosten um 1.7 Mia. reduzieren.

Beiden Studien zur Quantifizierung der künftigen Entwicklung der Pflegekosten ist gemeinsam, dass bestimmte weitere Faktoren, welche für die Nachfrage nach Leistungen der Spitex und der Pflegeeinrichtungen massgebend sind (wie etwa der medizinische Fortschritt, das Ausmass informeller Pflege oder das Angebot) bewusst ausgeklammert resp. die bisherigen Trends weitergeschrieben werden. Insbesondere Veränderungen bei der Bereitschaft zur informellen Hilfe seitens des familiären und sozialen Umfelds dürfte, wie die Forschenden festhalten, die Nachfrage nach Leistungen der Spitex und der Pflegeeinrichtungen beeinflussen.

Substitution zwischen Alters- und Pflegeheimen und der Spitex?

In der Öffentlichkeit wird häufig vermutet, dass der Ausbau der ambulanten Pflege die Einweisung in eine stationäre Einrichtung verhindert oder doch zumindest zeitlich verzögert. Dass eine substitutive Beziehung zwischen Alters- und Pflegeheimen (APH) und den Spitex-Diensten besteht, ist in der Fachwelt umstritten. Höpflinger & Hugentobler (2005) verwerfen die These einer Substitution der APH durch die Spitex-Dienste mit der Begründung, dass die ambulante Pflege weniger von den Spitex-Diensten als von der Unterstützung aus dem Umfeld abhänge. In ihrer Untersuchung wird das Zusammenspiel zwischen APH und Spitex-Diensten mit Hilfe von Regressionsmodellen und unter Einbezug der Akutspitäler untersucht. Zudem werden kantonale Eigenheiten berücksichtigt, welche dieses Verhältnis beeinflussen könnten (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2005, 87ff). Die Analysen haben zu unterschiedlichen Ergebnissen je nach Altersklasse geführt. Damit wird bestätigt, dass ältere und hochbetagte Menschen unterschiedliche Pflegebedürfnisse haben.

Mit dem Verhältnis von APH und Spitex hat sich unlängst auch eine Studie im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan befasst (Jaccard Ruedin et al. 2006). Sie stellt fest, dass sich bei

den 65- bis 79jährigen keine substitutive Beziehung zwischen APH und Spitex-Diensten feststellen lässt (vgl. ebenda, 38ff). Offenbar besteht aber eine solche Beziehung zwischen APH und Spitalaufenthalten von mehr als drei Monaten Dauer. Dies wird gemäss Fachleuten damit erklärt, dass die Inanspruchnahme von APH-Leistungen in diesem Alter häufig durch schwer behindernde Krankheiten begründet ist, die das Leben zu Hause verunmöglichen (bspw. Demenz, Parkinsonsche Krankheit). Spitex-Klienten leiden offenbar eher an leichten funktionalen Behinderungen und benötigen kurzzeitige Pflege.

Anders sieht die Situation bei den 80jährigen und älteren aus. In diesem Alterssegment reagieren APH und Spitex-Dienste stärker. In den Kantonen mit intensiverer Inanspruchnahme der Spitex-Dienste ist die Quote der APH-Inanspruchnahme vergleichsweise geringer. Bei den 80jährigen und älteren begrenzt eine stärkere Inanspruchnahme der Spitex-Dienste die Anzahl der Aufnahmen in APH, sie bedeutet gleichzeitig aber auch mehr mittelfristige Spitalaufenthalte. Diesbezüglich könnten sich die Klientenströme in beide Richtungen bewegen. «Gut ausgebaute Spitex-Dienste erlauben zwar eine Verkürzung der Spitalaufenthalte, aber es ist auch denkbar, dass durch ihre Leistungen medizinisch kritische Situationen, die einen mittelfristigen Spitalaufenthalt erfordern, früher erkannt werden.» (ebenda, iX). Ein Spitalaufenthalt ist zudem häufig die einzige kurzfristige Lösung, wenn sich der Gesundheitszustand einer zu Hause gepflegten Person rasch verschlechtert oder wenn die pflegenden Personen aus dem familiären Umfeld körperlich oder psychisch erschöpft sind.

Gesundheitsversorgung von chronischkranken und behinderten Menschen

In den meisten Industriegesellschaften ist eine Zunahme von chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu beobachten (vgl. Rüesch 2006). Dies wird einerseits mit der demografischen Alterung erklärt, andererseits mit dem medizinischen Fortschritt, der die Heilung oder Stabilisierung bisher lebensbedrohlicher Erkrankungen erlaubt. Rund 15 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen zwischen 20 und 65 Jahren, die ausserhalb von Heimen leben, sind 2002 von einer chronischen Erkrankung oder Behinderung betroffen. Die Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigt gemäss Rüesch (2006), dass Chronischkranke und Behinderte in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung mehr Leistungen in Anspruch nehmen und diese auch intensiver nutzen. Dabei können regionale Unterschiede beobachtet werden: Bei Personen ohne Behinderung zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Hausarztdichte und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, bei Chronischkranken und Behinderten ein negativer Zusammenhang zwischen der Spitalversorgung und der Inanspruchnahme.

Neue Wohn- und Betreuungsformen

In verschiedenen Kantonen sind Bestrebungen im Gange, umfassende Konzepte für die Betreuung von älteren und pflegebedürftigen Menschen auszuarbeiten und alternative Modelle zu entwickeln. Sie verfolgen alle das Ziel, dass die Betroffenen möglichst lange in den «eigenen» vier Wänden leben können. Fortschrittlich ist etwa das Gesamtkonzept für die Betreuung älterer Menschen des Kantons Wallis (vgl. Achtermann & Berset 2006, 122). Dieses sieht neben der «klassischen» ambulanten Versorgung, u.a. die Schaffung von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung oder von Gemeinschaftswohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung vor. Menschen, bei denen ein Heimeintritt indiziert ist, sind häufig gezwungen, ihren ursprünglichen Wohnort und dadurch auch ihr soziales Umfeld zu verlassen. Dies ist gerade in ländlichen Regionen mit einer geringen Dichte an entsprechenden Einrichtungen der Fall. Alternative Betreuungsformen, wie sie im Wallis angeboten werden, können dieser «sozialen Entwurzelung» begegnen. So wird in Visperterminen eine Alterswohnung betrieben, welche von der Spitex betreut wird (vgl. BSV 2002, 28). Solche Formen des Wohnens im Alter dürften in Zukunft an Bedeutung gewinnen, insbesondere Konzepte, die Raum für grösstmögliche Individualität lassen und zugleich sozialmedizinische

Betreuung garantieren anbieten. Für die Spitex-Organisationen dürfte die Auseinandersetzung mit solchen Konzepten in den nächsten zehn Jahren ein wichtiges Thema darstellen (bspw. Alterssiedlungen mit einem Spitex-Zentrum).

Entwicklungen in der Langzeitpflege

Die Kosten für Leistungen der Langzeitpflege betrugen 2005 rund 7.7 Mia. Franken. Rund 1.1 Mia. wurde für die Spitex-Dienstleistungen aufgewendet, das entspricht 2 Prozent der gesamten Gesundheitskosten.

Gemäss einer Untersuchung im Auftrag des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Obsan dürften die Kosten der Langzeitpflege im Jahr 2010 rund 8.3 Mia. Franken betragen, 1.2 Mia. davon Spitex-Kosten. Als Hauptgrund für das Kostenwachstum werden die höheren Fallkosten genannt. Die demografische Alterung macht nur einen Drittel der Erhöhung aus. Zwei Drittel verursachen Preis und Umfang der Leistungen. Eine kostendämpfende Wirkung wäre in erster Linie zu erwarten, wenn die Menschen später pflegebedürftig werden, begünstigt bspw. durch geriatrische Prävention.

Ein Ausbau der ambulanten (informellen und professionellen) Pflege kann dazu beitragen, dass Heimeinweisungen verhindert oder verzögert werden können. Insbesondere in höheren Alterssegmenten besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Spitex-Diensten und stationären Angeboten im Sinne einer Substitution.

Einen wichtigen Beitrag zur Reduktion der Heimeintritte leisten neue Wohn- und Betreuungsformen. Die Auseinandersetzung mit solchen Formen, bspw. Alterssiedlungen mit einem Spitex-Zentrum, werden die Spitex-Organisationen vermehrt beschäftigen.

2.3 Vernetzung und Managed Care im Pflegebereich

Die Auseinandersetzung mit der Qualität und insbesondere der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren Bestrebungen zur besseren Koordination und Vernetzung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen vorangetrieben. Schlüsselbegriff dieser Entwicklung ist die «integrierte Versorgung», d.h. eine an den Klientinnen und Klienten orientierte, «sektoren- und facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Kliniken, niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten, Pflegediensten, ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie mit Therapeuten und Apotheken.» (Güntert 2006, 5). In der Schweiz wird der Begriff im Zusammenhang mit dem KVG spezifisch auf Netzwerke angewandt, die ihre Mitglieder vertraglich binden und die mit den Versicherern vereinbarte Budgetverantwortung zu übernehmen.

Im Rahmen von Vernetzung und Managed Care werden einerseits Versorgungsstrukturen aufgebaut, wie Hausarztnetze, HMO oder Krankenhausbetriebsgesellschaften. Davon zu unterscheiden sind Instrumente, die der Koordination und Steuerung dienen, etwa Case Management, Disease Management, Guidelines, Demand Management etc. (vgl. Berchtold & Hess 2007).

Neue Versorgungsstrukturen

Was neue Versorgungsstrukturen betrifft, so ist für die Spitex einerseits die Entstehung von Modellen relevant, bei denen Spital oder Heim und die Spitex von der gleichen Trägerschaft betrieben werden. Dies ist heute bereits an verschiedenen Orten der Fall, namentlich Roggwil-Wynau, Kosters, Walchwil, Wattenwil-Blumenstein, Unterengadin-Scuol (vgl. Leuzinger 2001, 97f).

Weiter an Bedeutung gewinnen werden künftig auch Versorgungsnetze im Bereich der Grundversorgung, die heute bereits teilweise nach Globalbudget entschädigt werden (Capitation-System). In diesen Fällen wird die Spitex nicht mehr vom Krankenversicherer, sondern vom Hausarzt oder vom Ärztenetz entschädigt (vgl. Huber 2006, 11ff). Oggier (2002, 8) hat vor einigen Jahren Zweifel geäussert, dass die Spitex mit ihren geltenden Strukturen die Qualitäts- und Preisvorstellungen der steuernden Ärzte bzw. Ärztenetzwerke erfüllen kann. Die Flexibilisierung des Angebots ist ein widerkehrendes Diskussionsthema der Spitex-Organisationen, welches diese weiter beschäftigen dürfte. Der Konzentrationsprozess, der aufgrund der steigenden Anforderungen nach Wirtschaftlichkeit und Qualität in den letzten Jahren eingesetzt hat, ist ebenfalls noch nicht abgeschlossen (vgl. Gmür & Rüfenacht 2007, 358).

Vernetzung über Case Management

An Bedeutung gewinnen werden voraussichtlich in den nächsten Jahren auch Modelle von Case Management im Bezug auf spezifische Gruppen von Patientinnen und Patienten. Insbesondere im Bereich der Palliativpflege dürfte die Entwicklung in Richtung einer Ausdehnung der Vernetzung der amulanten und stationären Leistungserbringer gehen. Über die Erfahrungen mit den in der Schweiz bereits bestehenden Modellen wurde bereits am vierten Spitex-Kongress von 2003 berichtet (vgl. Neuenschwander 2003; Strasser 2003; ebenfalls Mazenauer 2002, 18f)

Vernetzung und Managed Care im Pflegebereich

Prägend für die nähere Zukunft ist die Entwicklung von integrierten Versorgungsnetzen. An Bedeutung gewinnen Modelle, bei denen stationäre Einrichtungen (Spital, Heim) und Spitex mit gemeinsamer Trägerschaft betrieben werden. Im Bereich der Grundversorgung werden Managed-Care-Modelle stark gefördert (Hausarztnetze, HMO). Diese stellen als Nachfrager von Leistungen Anforderungen an die Flexibilität und den Preis des Spitex-Angebots. Eine weitere Vernetzung von Spitex mit anderen Leistungserbringern im Bereich Behandlung und Pflege im Rahmen von Case Management für spezifische Patientengruppen (Palliative Care) ist ebenfalls vorauszusehen.

2.4 Spitex

Inanspruchnahme von Leistungen der Spitex

Nach der Schweizerischen Gesundheitsbefragung nahmen im Jahr 2002 2.4 Prozent der Befragten Spitex-Dienstleistungen in Anspruch.[1] Bei den Frauen betrug der Anteil 4 Prozent, bei den Männern 1.1 Prozent. Vor allem im Alter ab 80 Jahren nimmt die Inanspruchnahme von Spitex stark zu. Von den 80- bis 84jährigen beanspruchen 16 Prozent Spitex-Dienstleistungen, von den 85jährigen und älteren bereits 28 Prozent (vgl. BFS 2004a).

Dementsprechend ergibt sich ein stark durch ältere und hochbetagte Menschen geprägtes Bild der Spitex-Kundschaft. Drei Viertel der Leistungen der Spitex werden an Klientinnen und Klienten im Pensionsalter erbracht, darunter allein 46 Prozent an Personen von 80 Jahren und mehr (vgl. Tabelle 8). Die Stellung von

[1] Personen ab 15 Jahren, die nicht in Institutionen leben. Frage: «Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selber einen SPITEX-Dienst gebraucht, d.h. eine Gemeindeschwester, eine Mütterberatungsschwester, eine Hauspflegerin, eine Haushalt- oder Betagtenhilfe oder den Mahlzeiten- oder Fahrdienst? »

älteren und hochbetagten Klientinnen und Klienten akzentuiert sich bei den Pflegestunden noch etwas deutlicher, entfallen doch 8 von 10 Pflegestunden auf über 65jährige und davon mehr als 5 von 10 an über 80jährige Menschen.

Tabelle 8: Leistungen der Spitex 2005 nach Alter und Geschlecht

	Personen		Stunden	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Total	273'048	100%	11'519'507	100.0%
0-4 Jahre	2038	0.7%	62'329	0.5%
5-19 Jahre	1'935	0.7%	81'280	0.7%
20-64	66'323	24.3%	2'196'022	19.1%
65-79 Jahre	77'910	28.5%	2'984'958	25.9%
80 Jahre +	124'842	45.7%	6'194'917	53.8%
Frauen	136'813	70.1%		
Männer	58'404	29.9%		

Quelle: Spitex-Statistik 2005, eigene Zusammenstellung

Entsprechend der stark föderalistisch geprägten Organisation und Finanzierung der ambulanten Pflege ergeben sich von Kanton zu Kanton allerdings starke Unterschiede beim Angebot und der Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen (vgl. BFS 2004b; Höpflinger & Hugentobler 2005, 87f).

Steigender Bedarf nach Spitex-Leistungen bis 2015

Es ist aus verschiedenen Gründen zu erwarten, dass der Bedarf nach Dienstleistungen der Spitex – sei es anstelle oder in Ergänzung zur stationären Pflege – zunehmen wird. Zum steigenden Bedarf nach Spitex-Leistungen tragen nach Höpflinger & Hugentobler (2005, 81f) verschiedene Faktoren bei. *Erstens* ist eine Zunahme von Klein- und Kleinst-Haushalten zu verzeichnen: Die Pflegebedürftigen leben mit dem Partner, der Partnerin oder aber alleine. *Zweitens* nimmt – beeinflusst durch den verbesserten Wohnstandard und den gesellschaftlichen Wandel – der Wunsch zu, in den eigenen vier Wänden zu verbleiben. *Drittens* erhöht die Verlängerung der behinderungsfreien Lebenserwartung den Bedarf an Spitex-Leistungen: Viele ältere Menschen bewältigen ihren Alltag, sind aber aufgrund von körperlichen Beschwerden auf punktuelle hauswirtschaftliche oder pflegerische Hilfe angewiesen. *Viertens* können geronto-technische Fortschritte die Betreuung und Pflege zu Hause weiter verstärken. Elektronische Hilfmittel wie TeleHomecare oder Notrufsysteme können es den hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, länger selbständig zu bleiben. Voraussetzung ist allerdings die Bereitschaft der Zielgruppen, diese Technologien zu nutzen. Zudem werden mehr medizinische Interventionen ambulant durchgeführt oder betreut. Nicht zu vernachlässigen sind auch die Entwicklungen im Bereich der stationären Spitalaufenthalte, die kürzer werden: Im Jahr 2005 wurden die hospitalisierten Patientinnen und Patienten durchschnittlich einen Tag früher entlassen als noch 2001 (vgl. BFS 2007a).

Eine allgemeine Quantifizierung des steigenden Bedarfs ist indessen schwierig, erst recht eine detaillierte Prognose nach Dienstleistungsbereichen oder Klientengruppen. Zwar wurden anlässlich der Tagung «Altern und Gesundheit» von 2005 Prognosen dazu angestellt, wie viele Personen voraussichtlich im Jahr 2040 Leistungen der Spitex in Anspruch nehmen werden (vgl. Haug, Perrig-Chiello & Stuck 2005). Diese gehen jedoch von einer linearer Projektion von Gesundheitszustand und insbesondere auch der Nachfrage nach Leistungen aus und sind daher wenig aussagekräftig. Nach unserem Wissensstand gibt es keine aktuellen Prognosen zur Nachfrageentwicklung bei der Spitex, welche auf die Klientenzahlen abstützt sind

und zudem differenzierte Annahmen zur Entwicklung wichtiger Einflussfaktoren einbeziehen. Die vorhandenen Prognosen beschränken sich auf die erwähnten Studien im Bereich der Kostenentwicklung (vgl. Kapitel 2.2) sowie auf einfachere Berechnungen zum Personalbedarf, die auf den Pflegestunden basieren (vgl. Kapitel 2.6).

Spitex

Im Jahr 2002 nahmen 2.4 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren Spitex-Leistungen in Anspruch. Vor allem bei Personen ab 80 Jahren nimmt dieser Anteil deutlich zu. Dementsprechend präsentiert sich das Profil der Kundinnen und Kunden von Spitex. Drei Viertel der Leistungen der Spitex werden an Klientinnen und Klienten im Pensionsalter erbracht, 46 Prozent an 80jährige und ältere. Von den geleisteten Stunden entfällt gut jede zweite auf die über 80jährigen.

Die Entwicklungen im demografischen, gesellschaftlichen und medizinischen Bereich sowie im Gesundheitswesen lassen darauf schliessen, dass der Bedarf und die Nachfrage nach Spitex-Leistungen bis 2015 weiter zunehmen wird.

2.5 Die Konkurrenz

Die professionelle heim- und spitalexterne Pflege im Bereich der Behandlungs- und Grundpflege wird heute zum allergrössten Teil durch die öffentliche Spitex erbracht. Daneben bieten seit längerer Zeit private Spitex-Organisationen und selbständiges Pflegepersonal entsprechende Dienstleistungen an. Neu als Anbieter hinzugekommen sind in jüngerer Zeit die Heime.

Ausserhalb der Behandlungs- und Grundpflege, d.h. im Bereich von Stützfunktionen wie Fahrdienst, Mahlzeitendienste, Wäschedienste etc. sind private Organisationen, weitere nicht gewinnorientierte Institutionen und auch Heime recht gut verankert. Auf diese Bereiche wird nicht näher eingegangen.

Private Spitex

Im Gegensatz zu den öffentlich-rechtlichen und den privatrechtlich-gemeinnützigen Spitex-Organisationen («gemeinnützige Spitex»), gibt es in der Schweiz privatrechtlich-gewinnorientierte Anbieter von Spitex-Leistungen («private Spitex»). Im Frühjahr 2006 haben sich diese privaten Spitex-Organisationen in der Association Spitex privée Suisse (ASPS) zusammengeschlossen. Nach Angaben des Verbands vertreten die Gründungsmitglieder mit ihren über 1'000 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen rund 75 Prozent des gesamten privaten Spitex-Marktes (Meldung der SDA vom 28. April 2006).

Private Spitex-Organisationen existieren in verschiedenen Kantonen. Eine Internet-Recherche zeigt, dass das Angebot vielfältig ist. Teilweise werden spezialisierte Dienste angeboten, etwa im Bereich der Palliativpflege. Die Angebote erstrecken sich teilweise auf Dienstleistungen, die zeitlich und inhaltlich über diejenigen der öffentlichen Spitex hinausreichen. «Die privaten Spitex-Dienste beginnen dort, wo die öffentlichen Dienste enden» (Fortin 2003). Gerade die zeitliche Flexibilität, d.h. die Möglichkeit der Pflege am späteren Abend oder Nachts wird vielerorts als Lücke im bestehenden Angebot wahrgenommen (u.a. Departement des Innern Kt. Schwyz 2006, 26).

Die Stellung der privaten Anbieter im gesamten Spitex-Markt ist bislang wenig dokumentiert. Ein Teil der privaten Spitex-Organisationen wird von den Krankenkassen anerkannt und kann die Leistungen zum Spitex-Tarif abrechnen. Im Jahr 2002 waren von insgesamt 961 kassenanerkannten Spitex-Organisationen 221 privatrechtlich-gewinnorientiert, also rund ein Fünftel. Gemessen an den abgerechneten Bruttoleis-

tungen haben die privaten Spitex-Anbieter indes einen geringeren Anteil (vgl. BSV 2006a, 1, Fussnote 5). Angaben zur Art der Leistungen und zu den Klientinnen und Klienten der privaten Spitex sind auf gesamtschweizerischer Ebene indes nicht vorhanden, da sie in der Spitex-Statistik bisher nicht erfasst wurden. Dies gilt auch für die kassenanerkannten privaten Spitex-Dienste.

Im Verhältnis von gemeinnütziger und privater Spitex wird sich in den nächsten Jahren verstärkt die Frage stellen «Konkurrenz oder Kooperation?» Aufgrund der ungenügenden Datenlage lässt sich wenig darüber aussagen, ob sich öffentliche und private Spitex verdrängen, ob sie sich ergänzen und falls ja, in welchen Bereichen. Erste Erfahrungen mit Modellen persönlicher Assistenz geben bspw. Hinweise darauf, dass öffentliche Spitex nicht von privater Spitex ersetzt wird, sondern die Betroffenen beide Angebote in Anspruch nehmen (Casanova 2002).

Heime

Im Heimbereich sind grundsätzlich zwei verschiedene Bereiche zu unterscheiden, welche die Tätigkeit der Spitex beeinflussen: Einerseits das Angebot von temporär befristeten Heimaufenthalten und von Tagesplätzen, andererseits das Angebot von ambulanten Pflegeleistungen.

Um pflegende Angehörige zu entlasten - und damit einen dauerhaften Heimeintritt zu verhindern oder zu verzögern - bieten Alters- und Pflegeheime schon seit einiger Zeit die Möglichkeit von zeitlich begrenzten stationären Aufenthalten an, etwa in Übergangssituationen oder bei einer berufs-, krankheits- oder ferienbedingten Abwesenheit der pflegenden Angehörigen (Ferien- oder Gastbetten). Das Problem liegt indes vielfach in der flexiblen Verfügbarkeit sowie in der Finanzierbarkeit der Angebote (vgl. Departement des Innern des Kantons Schwyz 2006, 27f). In verschiedenen Kantonen und Städten sind Bestrebungen im Gange, die bestehenden Angebote zu flexibilisieren. In vier Pflegezentren der Stadt Zürich werden pflegebedürftige Menschen ab diesem Jahr neu für einige Tage bzw. Nächte pro Woche aufgenommen (vgl. Artikel in der NZZ vom 4. Januar 2007). Die Wochentage und Nächte müssen dabei fix gebucht werden. Den pflegenden Angehörigen wird dadurch etwa ermöglicht, einer Teilzeitarbeit nachzugehen. Ebenfalls angeboten werden Plätze in Tagesheimen für Betagte, die im eigenen Haushalt oder zusammen mit Angehörigen wohnen. In Zürich existieren drei Pflegezentren, in denen Pflegepatienten und –patientinnen von 8 bis 16 Uhr aufgenommen werden. Im Kanton Genf wurden sieben Tagesheime geschaffen (Achtermann & Berset 2006, 65). Der Ausbau von Tagesheimplätzen wird auch in den Kantonen Schwyz diskutiert (vgl. Departement des Innern des Kantons Schwyz 2006, 27f) und im Kanton Fribourg wurde ein kantonales Tagesheimprojekt ins Leben gerufen (vgl. Buillard 2006, 8f). Ein gesamtschweizerischer Überblick über Verbreitung und Ausgestaltung der genannten Angebote fehlt bislang.

Zunehmend Verbreitung finden dürften auch Modelle, in denen Alters- und Pflegeheime ambulante Leistungen erbringen, etwa in angegliederten Alterswohnungen. Über die Verbreitung dieser Angebote liegen nach unserem Wissensstand ebenfalls keine systematischen Angaben vor.

Spitäler und HMO

Spitäler und HMO als Anbieter eigener Pflegeleistungen «ex muros» werden in der Schweiz erst mittel- oder langfristig ein Thema sein. Zwar sind in den HMO-Zentren schon heute Pflegefachleute beschäftigt, diese sind indes primär im Bereich Abklärung und Prävention tätig (vgl. Trautmann 2002).

Die Konkurrenz

Die professionelle Behandlungs- und Grundpflege wird zum allergrössten Teil durch die gemeinnützige Spitex erbracht. Daneben bieten freiberuflich tätige Pflegefachleute und private Spitex-Organisationen

entsprechende Dienstleistungen an. Diese sind teilweise durch die Krankenversicherer anerkannt und berechtigt, die Leistungen zum Spitex-Tarif abzurechnen. Privatrechtlich-gewinnorientierte Spitex-Dienste machten 2002 rund einen Fünftel der kassenanerkannten Spitex-Dienste aus, ihr Anteil an den Bruttoleistungen ist indes geringer. Private Dienste verfügen in der Regel über ein flexibleres Angebote (bspw. während der Nacht), das teilweise ergänzend zu den Angeboten der gemeinnützigen Spitex genutzt wird.

Alters- und Pflegeheime bieten seit längerem zeitlich befristete Aufenthalte an, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. In einigen Kantonen sind Bestrebungen im Gange, diese Angebote besser zugänglich zu machen bzw. zu flexibilisieren. Geplant bzw. umgesetzt wird auch der Ausbau von Tagesheimplätzen. Beides kann mit dazu beitragen, dass mehr Pflegebedürftige zu Hause leben können.

Verbreitung finden auch Modelle von «Heimex», bei denen Alters- und Pflegeheime ambulante Dienstleistungen anbieten, etwa in angegliederten Alterswohnungen.

2.6 Personal im ambulanten Pflegebereich

Zusätzlicher Personalbedarf im Spitex-Bereich

Basierend auf den verschiedenen Demografieszenarien des BFS und ausgehend von der Personalsituation im Jahr 2000 haben Fuhrer et al. (2003, 25f) den künftigen Personalbedarf der Spitex errechnet. Im Jahr 2000 teilten sich 28'000 Personen 9'900 Vollzeitstellen, dies bei einem durchschnittlichen Beschäftigungsgrad von 36 Prozent. Unter der Annahme, dass auf Seiten der KlientInnen der Arbeitsaufwand in den verschiedenen Altersklassen und der Beschäftigungsgrad des Spitex-Personals unverändert bleibt, müsste die Spitex zwischen 2000 und 2020 rund 14'000 Personen mehr einstellen.

Die neuesten Daten der Spitex-Statistik 2005 dokumentieren allerdings, dass der durchschnittliche Beschäftigungsgrad des Personals von 36 auf 41 Prozent angestiegen ist. Dadurch dürfte sich die geschätzte Zahl von zusätzlich erforderlichen Beschäftigten nach unten korrigieren.

Basierend auf den Daten der aktuellen Spitex-Statistik 2005 (BSV 2006b) und den Berechnungen von Fuhrer et al. (2003) lässt sich die Entwicklung für die Jahre 2005 bis 2020 annäherungsweise abschätzen. Im Jahr 2005 beschäftigte die Spitex 27'144 Personen mit einem Pensum von durchschnittlich 41 Prozent. Dies entspricht 11'043 Vollzeitstellen. Fuhrer et al. (2003) haben bei den Vollzeitstellen zwischen 2000 und 2020 ein Wachstum von 46 Prozent errechnet, was einem Anstieg auf 14'450 Vollzeitstellen im Jahr 2020 entspricht. Gegenüber 2005 sind dies rund 3'400 Vollzeitstellen mehr. Bei gleichbleibendem Beschäftigungsgrad wären dies insgesamt 8’400 Beschäftigte mehr.

Steigende Anforderungen an das Pflegepersonal

Bereits 2005 verfügen 85 Prozent der Spitex-Angestellten über eine spezialisierte Ausbildung, davon 26 Prozent über ein Pflegediplom, 20 Prozent über eine Ausbildung in Assistenzpflege, 29 Prozent befinden sich in einer Pflegeausbildung oder haben einen Pflege- und Betreuungskurs besucht, 1 Prozent verfügt über eine sozial-therapeutische Ausbildung und 9 Prozent bringen eine Ausbildung im kaufmännischen oder Verwaltungsbereich mit. 15 Prozent haben keine spezifische Spitex-Ausbildung (Spitex-Statistik 2005, eigene Berechnungen; BSV 2006b).

Unter anderem wird die zunehmend kürzere Hospitalisierungsdauer zu anspruchsvolleren Pflegefällen führen und die steigende Zahl von Demenzkranken zu häufigeren Konfrontationen mit kognitiven Störungen; solche wiederum sind häufig mit emotional-affektiven Verhaltensschwierigkeiten verbunden (vgl.

Höpflinger 1998, 47). Diese Entwicklung stellt Ansprüche an die Ausbildung und an die Fortbildung des Pflegepersonals, insbesondere im gerontologischen und geriatrischen Bereich.

Die Entwicklung zu mehr komplexen und anspruchsvollen Fällen (im Bereich Rehabilitation, Geriatrie, aber auch Palliativmedizin etc.), kann ein Risiko und eine Chance darstellen. Anspruchsvollere Fälle können eine Herausforderung für qualifiziertes Pflegepersonal darstellen und so den ambulanten Pflegebereich für das Personal (noch) attraktiver machen. Die Untersuchung zur Situation des Personals in der Langzeitpflege (Prey et al. 2004) hat gezeigt, dass beim Personal in der ambulanten Pflege eine geringere Belastung und eine höhere Zufriedenheit besteht. Die Entwicklung kann aber auch - insbesondere wenn für die Betreuung dieser Fälle nicht mehr Zeit zur Verfügung steht – die Attraktivität der ambulanten Pflege gerade schmälern.

Personal im ambulanten Pflegebereich

2005 beschäftigte Spitex rund 27'000 Personen, die sich 11'000 Vollzeitstellen teilten. Bei unveränderter Nachfrage und gleich bleibendem durchschnittlichem Beschäftigungsgrad müsste die Spitex bis 2020 nach einer groben Schätzung rund 3'400 Vollzeitstellen mehr bereitstellen, bzw. 8'400 Beschäftigte neu einstellen.

Insbesondere die kürzeren Spitalaufenthalte und die zunehmende Zahl von Klientinnen und Klienten mit demenziellen Störungen wird die Anforderungen an das Pflegepersonal erhöhen. Das Spitex-Personal ist bereits heute besser qualifiziert als noch vor einigen Jahren. Eine Zunahme von anspruchsvolleren Fälle im Bereich Rehabilitation, Geriatrie, aber auch Palliativmedizin kann eine Herausforderung für qualifiziertes Pflegepersonal darstellen und den ambulanten Pflegebereich (noch) attraktiver machen. Wenn für die Betreuung dieser Fälle indes nicht mehr Zeit zur Verfügung steht kann dies Attraktivität der ambulanten Pflege auch schmälern.

2.7 Die Kundinnen und Kunden von Spitex

Bereits heute betreut die Spitex vor allem ältere Klientinnen und Klienten im Bereich der Langzeitpflege. Daran wird sich in der näheren Zukunft wenig ändern. In diesem Klientensegment werden Personen mit Demenzerkrankungen weiter zunehmen und es ist davon auszugehen, dass dies in den nächsten zehn Jahren aufgrund der hohen Anforderungen, welche die Betreuung dieser Personen stellt, auch spürbar ist. Im Bereich der temporären Pflege dürfte ebenfalls bereits in den nächsten zehn Jahren zu spüren sein, dass aufgrund der verkürzten Hospitalisierungsdauer die Komplexität der Fälle zunimmt.

Betagte Migrantinnen und Migranten

In den kommenden Jahren wird der Anteil von betagten Migrantinnen und Migranten zunehmen und damit auch der Anteil derjenigen, die auf Unterstützung angewiesen sind (vgl. Kapitel 1.1). Es wird sich dabei in erster Linie um Angehörige der ersten Migrationswelle handeln, die in den 50er und 60er Jahren vorwiegend aus Italien und Spanien eingewandert sind. Zum Thema Migration und Gesundheit findet seit längerem eine vertiefte Auseinandersetzung statt. Dies findet u.a. Ausdruck in der Bundesstrategie Migration und Gesundheit (BAG 2002) und der Ausarbeitung von konkreten Grundlagen für das Praxishandeln (bspw. Saladin 2006; Domenig 2001). Das Thema Alter und Migration tritt demgegenüber erst in jüngerer Zeit etwas breiter ins Blickfeld. Erste vertiefte Auseinandersetzungen damit fanden allerdings bereits in den 1990er Jahren statt, insbesondere im Zusammenhang mit dem «neuen» Phänomen von ausländischen Rentnerinnen und Rentnern (vgl. Bolzmann et al. 1996). Die Problematik wird nun vermehrt auch in

den Kantonen aufgegriffen und findet bspw. Eingang in die Altersleitbilder (bspw. Kanton Bern, GEF 2004).

Begrenzte Sprachkenntnisse in der Ortssprache und unterschiedliche soziale und kulturelle Bedürfnisse dieser Klientinnen und Klienten stellen für die Heime und das ambulante Versorgungssystem eine neue Herausforderung dar. Wie viele Ausländerinnen und Ausländer die Spitex heute bereits betreut, ist nicht bekannt: Die Nationalität wird in der Spitex-Statistik nicht erfasst. Allerdings würde die Kategorie «Ausländerin/Ausländer» auch hier einmal mehr zu kurz greifen, da damit die im Ausland geborenen und zwischenzeitlich eingebürgerten Personen nicht erfasst werden. Die Volkszählung 2000 zeigt bspw., dass von über 80jährigen Personen 4 Prozent ausländischer Nationalität sind. Die Zahl derjenigen, die im Ausland geboren wurden, ist jedoch mit 11 Prozent bedeutend höher (vgl. Wanner et al. 2005, 89).

Die Studie von Jacobs Schmid (2001) im Auftrag von SPITEX Basel hat ergeben, dass Spitex-intern der Anteil von Migrantinnen und Migranten unter den Kundinnen und Kunden als eher tief wahrgenommen wird, auch in Quartieren mit hohem Ausländeranteil. Dies kann nun damit zusammenhängen, dass im älteren Bevölkerungssegment in der Tat Migrantinnen und Migranten - zumindest heute noch – anteilsmässig weniger stark vertreten sind, als dass dies bei der übrigen Bevölkerung der Fall. Es kann aber auch Ausdruck einer geringeren Inanspruchnahme der Spitex-Dienstleistungen sein.

Die Erhebung in Basel gibt Hinweise, dass für einen Teil der Migrationsbevölkerung der Zugang zu Informationen über die Spitex erschwert ist, weil entsprechende Informationen (Informationsblätter, Broschüren, Veranstaltungen etc.) nur in deutscher Sprache zugänglich sind. Kommunikationsschwierigkeiten – die sich nicht auf sprachliche Ebene reduzieren lassen - können ausserdem die Abklärung von Bedarf, Bedürfnissen, Erwartungen und die konkrete Pflegearbeit der Spitex beeinträchtigen.

Als konkrete Massnahmen wurden u.a. das Bereitstellen von Informationen in Fremdsprachen, die gezielte Unterstützung der Klientinnen und Klienten in administrativen Belangen (versicherungsrechtliche Abklärungen) durch die Quartierzentren oder Sozialarbeitende, der Einbezug der Thematik «Migration und Spitex» als integrierter Bestandteil in die Weiterbildung sowie die Prüfung von Möglichkeiten für eine verbesserte Rekrutierung von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund vorgeschlagen (vgl. Jacobs Schmid 2001, 55ff). Die Massnahmen wurden in Basel teilweise umgesetzt, bspw. die Abgabe von Informationsmaterial in den häufigsten Fremdsprachen.

In den kommenden Jahren dürfte die wachsende Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten ein Thema für die Spitex-Dienste darstellen. Insbesondere wird es darum gehen, adäquate Modelle für den Umgang mit dieser Zielgruppe zu diskutieren und zu etablieren.

Weitere spezifische Zielgruppen von Spitex

Migrantinnen und Migranten stellen eine unter mehreren Zielgruppen von Spitex dar, die spezifische Anforderungen an das Angebot stellen. Am vierten Nationalen Spitex-Kongress von 2003 wurden diesbezüglich bereits künftige Entwicklungen und Herausforderungen thematisiert. Gegenstand der Vertiefung waren ambulante Angebote zuhanden psychisch kranker Menschen (Lüthi, Oeschger & Jankovic 2003), im Bereich von Onkologie und Palliativmedizin (Neuenschwander 2003; Strasser 2003; dazu auch Mazenauer 2002), sowie im Bereich der persönlichen Assistenz von Behinderten (Pestalozzi-Seger 2003; Rais Pugin & Richoz 2003; Steiner 2003). Die Frage der persönlichen Assistenz von Behinderten wird voraussichtlich erst nach 2010 breitere Bedeutung erlangen.

Die Kundinnen und Kunden von Spitex

Auch in Zukunft wird Spitex vor allem ältere und hochbetagte Menschen im Bereich der Langzeitpflege betreuen. In den kommenden Jahren werden sich darunter zunehmend Migrantinnen und Migranten befinden, die in den 50er und 60er Jahren vorwiegend aus Italien und Spanien eingewandert sind.

Begrenzte Sprachkenntnisse in der Ortssprache und unterschiedliche soziale und kulturelle Bedürfnisse dieser Klientinnen und Klienten stellen für die Heime und das ambulante Versorgungssystem eine neue Herausforderung dar. Es wird darum gehen, adäquate Modelle für den Umgang mit dieser Zielgruppe zu diskutieren und zu etablieren.

Weitergeführt werden wird auch die Diskussion zu den spezifischen Angeboten der Psychiatrie-, Onkologie- und Palliativ-Spitex. Die Frage der persönlichen Assistenz von Behinderten wird voraussichtlich erst nach 2010 breitere Bedeutung erlangen.

Anhang

3 Literaturliste

Berücksichtigt werden Publikationen aus der Schweiz ab 1997

Demographie, Alter und Gesundheit

Abelin Theodor, Valeria Beer und Felix Gurtner (1998): Gesundheit der Betagten in der Schweiz. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93, Bern: Haupt

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2004a): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Standardtabellen Niveau Schweiz, Neuchâtel: BFS

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2004b): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Standardtabellen Kantone, Neuchâtel: BFS

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2006): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz. 2005-2050, Neuchâtel: BFS

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2007b): «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005 bis 2030: Bevölkerungswachstum hält in den meisten Kantonen noch 25 Jahre an», Medienmitteilung vom 26. April 2007, Neuchâtel: BFS

Bickel Horst (1999): Epidemiologie der Demenzen, in: Förstl et al. (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik, Therapie, Heidelberg: Springer-Verlag

Blozik Eva, Katharina Meyer, Anja Simmet, Gerhard Gillmann, Anouk-Aimée Bass und Andreas E. Stuck (2006): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt, Arbeitsdokument 21, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen, Hrsg. (2002): Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns in Madrid, Bern: BSV

Caritas Schweiz, Hrsg. (2003): Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage, Luzern: Caritas

Caritas Schweiz, Hrsg. (2004): Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas

Cordazzo Valérie (2006): Die Sterblichkeit der Schweizer Geburtsjahrgänge 1900 bis 2030, demos, Informationen aus der Demografie, 3/2006, Neuchâtel: BFS

Haug Werner (2004): Die demographische Lage in der Schweiz: Trends und Herausforderungen, in: Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas, 63-78

Haug Werner, Pasqualina Perrig-Chiello und Andreas Stuck (2005): Mit dem Wissen von heute die Gegebenheiten von Morgen beeinflussen, Referat anlässlich der Tagung Altern und Gesundheit vom 3. November 2005 in Bern

Höpflinger François (2002): Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze, Neuchâtel: Obsan

Höpflinger François (2003a): Generationenwandel und Zukunft der ambulanten Pflege, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit. CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Höpflinger François (2003b): Gesunde und autonome Lebensjahre – zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in Pasqualina Perrig-Chiello und François Höpflinger (Hrsg.): Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Bern: Huber, 59-74

Höpflinger François (2004a): Generationenwandel des Alters – Neues Altern bei neuen Generationen, in: Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas, 93-104

Höpflinger François (2004b): Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004, Zürich: Seismo

Höpflinger François (2005): «Demografische Alterung, Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit», *Soziale Sicherheit CHSS,* 5/2005, 258-261

Höpflinger François und Valérie Hugentobler (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber

Höpflinger François und Valérie Hugentobler (2005): Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz, Bern: Huber

Hugentobler Valérie (2004): Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Caritas (Hrsg.), Sozialalmanach 2004. Die demographische Herausforderung, Luzern: Caritas, 151-165

Santésuisse (2003): Demographische Alterung und deren Auswirkungen auf die Gesundheitskosten, Internetpublikation (www.santesuisse.ch)

Schmocker Heidi Willy Oggier und Andreas Stuck (2000): Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

Wanner Philippe, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley und Charles Hussy (2005) : Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 jahren. Volkszählung 2000, Neuchâtel: BFS

Wettstein Albert, Markus König, Regula Schmid und Sonja Perren (2005): Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Eine Interventionsstudie, Bern: Haupt

Wyss Kurt (2005): Themenmonitoring: Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte, Arbeitsdokument 11, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan

Ausgewählte Publikationen aus dem NFP 32 «Alter»

Hagmann Hermann-Michel et Fragnière Jean-Pierre, eds. (1997) : Le maintien à domicile. Etat des lieux et perspectives, Lausanne : Réalités Sociales

Herrmann François, Jean-Pierre Michel, Felix Gutzwiller und Alexander Scott Henderson (1997) : Démence, dépression, handicat et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée / Demenz, Depression Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter : eine epidemiologische Untersuchung, Schlussbericht, Genève : mimeo

Höpflinger François und Astrid Stuckelberger (1999a): Alter. Anziani. Vieillesse. Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32, Bern

Höpflinger François und Astrid Stuckelberger (1999b): Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32, Zürich: Seismo

Lalive d'Epinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre et al. (1997): Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins, Cahiers de la Santé, no. 8, Genève: Département de l'action sociale et de la santé

Lalive d'Epinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre et al. (2000): Vieillesses au fil du temps 1979-1994. Une révolution tranquille, Lausanne : Réalités Sociales

Masson, Jean-Christophe, François Hainard, Jean-Claude Gabus (1995) Téléthèses et maintien à domicile des personnes âgées. Etude experimentale de techniques au service de personnes âgées dépendantes, Cahier de l'ISSP, No. 18, Neuchâtel : Université de Neuchâtel

Wehrli-Schindler Brigitte (1997): Wohnen im Alter. Zwischen Zuhause und Heim, Zürich: Seismo

Generationen, Familien und soziale Netze

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2004): Sozialberichterstattung Schweiz. Bericht zur Freiwilligenarbeit in der Schweiz, Neuchâtel: BFS

Bovay Claude und Jean-Pierre Tabin (1998): (Un)freiwillige Effizienz. Freiwilligenarbeit, Erwerbsarbeit und gesellschaftliche Solidarität, Bern: ISE

Caritas Schweiz, Hrsg. (1998): Mehr freiwilliges Engagement im bedrängten Sozialstaat? Ein Positionspapier von Caritas Schweiz zur Freiwilligenarbeit und Sozialzeit, Luzern: Caritas

EKFF Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen, Hrsg. (2006): Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen, Bern: BBL

Fux Beat (2005): Familiale Lebensformen im Wandel. Volkszählung 2000, Neuchâtel: BFS

Höpflinger François (1999): Generationenfrage. Konzepte, theoretische Ansätze und Beobachtungen zu Generationenbeziehungen in späteren Lebensphasen, Lausanne: Réalités sociales

Höpflinger François (2005): Pflege und das Generationenproblem – Pflegesituationen und intergenerationelle Zusammenhänge, in Klaus R. Schroeter, Thomas Rosenthal (Hrsg.), Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim: Juventa Verlag, 157 – 175.

Höpflinger François, Ueli Mäder, Eva Nadai und Kurt Seifert (2001): Unterwegs zu einer „Gesellschaft des langen Lebens". Hat die Solidarität der Generationen Zukunft?, Zürich: Pro Senectute

Hugentobler Valérie (2003): Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter, in: Caritas Schweiz (Hrsg.): Sozialalmanach 2004: Die demografische Herausforderung, Luzern: Caritas, 151-165

Kellerhals Jean, Claudine Burton-Jeangros et Raphaël Hammer (2001): Structure, fonction et dynamique de réseau de parenté pour les familles contemporaines. Une analyse à partis du cas helvétique, in: Head-König a.-L. et al. (Hrsg.): Famille, parenté et réseaux en Occident, Genf: Société d'histoire et d'archéologie, 105 – 118

Meyer Peter C. und Andrea Zumbrunn (2004): Freiwilligenarbeit und Verwandtenpflege, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, Bern: Huber, 53-55

Meyer Peter C. und Andrea Zumbrunn (2007): Pflege von Angehörigen, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 245-249

Sauvain-Dugerdil, Claudine (2005): Abschnitte des Familienlebens und Wohnformen, in Bundesamt für Statistik BFS (Hrsg): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Eidgenössische Volkszählung 2000, Neuenburg: BFS, 35-54

Schnepp Wilfried, Hrsg. (2002): Angehörige pflegen, Bern: Huber

Schön-Bühlmann Jacqueline (2005): «Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und -haushalten», Soziale Sicherheit CHSS, 5/2005, 274-280

SNF Schweizerischer Nationalfonds, Hrsg. (2006): Welcher Kitt hält die Generation zusammen? Erste Ergebnisse zur familialen und gesellschaftlichen Bedeutung von Generationsbeziehungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm 52, Bern: SNF

Stutz Heidi und Silvia Strub (2006): Leistungen der Familien in späteren Lebensphasen, in: EKFF Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.): Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen, Bern: BBL, 73-101

Wanner Philippe, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guilley und Charles Hussy (2005): Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Neuchâtel: BFS

Alterspolitik

Gemeinderat der Stadt Bern, Hrsg. (2000): Alterskonzept. Strategie für die künftige Alterspolitik der Stadt Bern, Bern: Edition Soziothek

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2004): Alterspolitik im Kanton Bern. Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem «Altersleitbild 2005» festgelegten Ziele, Bern: GEF

Departement des Innern des Kantons Schwyz (2006): Altersleitbild 2006. Überprüfung und Überarbeitung des Altersleitbildes 1995 im Auftrag des Regierungsrates

Gesundheitspolitik, Pflegefinanzierung und Pflegebedarf

«Neuordnung der Pflegefinanzierung». Positionspapier der santésuisse, Fassung vom 8.12.2006 (www.santesuisse.ch)

Achtermann Wally und Christel Berset (2006a): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potenzial für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1 - Analyse und Perspektiven, Bern: BBL

Achtermann Wally und Christel Berset (2006b): Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potenzial für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 2 - 10 Porträts, Bern: BBL

Blanc Jasmin (2001): Finanzierung der geriatrisch-rehabilitativen Pflege. Die Finanzierung einer Pflege der Zukunft zur längeren Erhaltung der individuellen Lebensqualität im Alter, Schriftenreihe der SGGP, Nr. 64, Muri: SGGP

Diodà Karin (2007): «Die DRG werden kommen, aber wie?», *Managed Care,* 2/2007, 40-42

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin: BMG

BMG Bundesministerium für Gesundheit (2006): Pflegeversicherung. Wie die Pflegeversicherung funktioniert und was sie leistet, Berlin: BMG

Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 16. Februar 2005, BBL 2005, 2033

Caritas Schweiz, Hrsg. (2003): Gesundheit – eine soziale Frage, Sozialalmanach 2003, Luzern: Caritas

Fuhrer Bruno, Olivier Brunner-Patthey, Anna Jost, Till Bandi und Peter Eberhard (2003): Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung, Bericht des Netzwerks Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 22/03, Bern: BBL

GEF Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2006): Versorgungsplanung 2007-2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz, Entwurf für das Konsultationsverfahren, 30. Oktober 2006, Bern: GEF

Iten Rolf und Stephan Hammer (2003): Finanzierung der Pflege. Teilprojekt 3. KVG-Revision, Schlussbericht, im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen BSV, Zürich: Infras

infosantésuisse (2006): «Wir sind für die Einführung des DRG-Systems bereit», Interview mit Hubert Schaller, Direktor des Kantonsspitals Fribourg, *infosantesuisse*, Nr. 10, Oktober 2006, 6f

Slembeck Tilman (2006): Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung, Studie im Auftrag von santésuisse, St. Gallen: Health College

Steinmann Lukas und Harry Telser (2005): Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. Weshalb nicht die Zunahme älterer Menschen, sonder falsche Anreize das Gesundheitswesen unter Druck setzen, Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung

Wächter Matthias (2004): Für eine solidarische Gesundheitspolitik. Der Reformprozess des schweizerischen Gesundheitswesens aus sozialpolitischer Sicht, Publikation der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik, Bern: SAS

Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Managed Care

Andreae Andreas (2006): «Integrierte psychiatrische Versorgung: von der Stammklinik zur Netzwerkklinik», *Managed Care*, 4/2006, 18-20

Berchtold Peter (2006): «Die Bedeutung von Nahtstellen zwischen ambulant und stationär», *Managed Care*, 4/2006, 9f

Berchtold Peter und Kurt Hess (2006): «Leer- oder Baustelle? Die wissenschaftliche Basis für Managed Care», *Managed Care*, 1/2007, 7-9

BFS Bundesamt für Statistik, Hrsg. (2007a): «Statistiken der stationären Gesundheitsversorgung 2005: Spitalaufenthalte werden kürzer und kostenintensiver», Medienmitteilung vom 19. März 2007, Neuchâtel: BFS

Boos Leo und Werner Widmer (2006): «Spitäler im lokalen Gesundheitsnetz», *Managed Care*, 4/2006, 15-17

Buillard Nicole (2006): «Betagtenbetreuung: Zukunftsweisende Projekte in Freiburg», *infosantésuisse*, Nr. 10, Oktober 2006, 8f

Huber Felix (2006): «Vernetzte Betreuung im Alter», *Managed Care*, 4/2006, 11-13

Jaccard Ruedin Hélène, Alexander Weber, Sonia Pellegrini et Claude Jeanrenaud (2006): Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse, Document de travail 17, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel: Obsan

Kägi Wolfram, Stefan Siegrist und Martin Schläfli (2004): Einfluss des KVG auf die Verschiebungen zwischen stationärer und ambulanter Medizin, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/2004, Bern: BBL

Kocher Gerhard und Willy Oggier (2004): Gesundheitswesen Schweiz. 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht, 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern: Huber

Kocher Gerhard und Willy Oggier (2007): Gesundheitswesen Schweiz. 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht, 3. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bern: Huber

Kocher Gerhard, Paul Camenzind, Isabelle Sturny und Carine Weiss (2006): Verlagerung zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Überprüfung von Hypothesen und ihrer Auswirkungen, Neuchâtel: Obsan

Landolt Hardy (2002): Das soziale Pflegesicherungssystem. Eine Darstellung der sozialen Pflegeleistungen des Bundes und der Kantone unter besonderer Berücksichtigung der Spital-, Heim- und Hauspflegeleistungen, Bern: Stampfli

Leuzinger Andres (2002): «Unter einem Dach: Unsere Heime – in Zukunft soziale Dienstleistungszentren», in: *Fachzeitschrift Heim*, 2002, Nr. 2 (Februar), 97f

Mazenauer Beatrice (2002): «Wenn Schnittstellen zu Nachtstellen werden. Das Palliative-Care-Programm von Edmonton – ein Vorbild für die Schweiz», *Managed Care*, 7/2002, 18-20

OECD Organisation for Economic Cooperation an Development (2006): OECD Reviews of Health Systems Switzerland, Paris: OECD / WHO (Originalausgabe)

OECD Organisation for Economic Cooperation an Development (2006): OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz, Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG (deutsche Ausgabe)

Pellegrini Sonia, Hélène Jaccard Ruedin et Claude Jeanrenaud (2006): Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile. Previsions à l'horizon 2030, Document de travail 18, Observation suisse de la santé, Neuchâtel: Obsan

Rüesch Peter (2006): Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002, Management Summary, Arbeitsdokument 14, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan

Spycher Stefan (2004): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz, Neuchâtel: Obsan

Sturny Isabelle (2004): 5-Jahres-Vergleich 1999-2003 der Kosten der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Analyse der Ausgaben der Krankenversicherer OKP mit dem Datenpool von santésuisse, Arbeitsdokument 10, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel: Obsan

Wyler Stephanie (2002): Vergleich der Gesundheitssysteme der Niederlande und der Schweiz bezüglich Kriterien für die Aufhebung des Vertragszwangs im ambulanten Pflegebereich, Diplomarbeit an der Fachhochschule Aargau, Onlinepublikation unter www.santesuisse.ch

Medizinisch-technische Innovation

Arnet Beat (2007): eHealth, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 37-45

Tschanz Adrian, Anthoniy Dyson und Serge Reichlin (2004): «Telemedizinisches Disease Management: Welche Technologien sind vorhanden, um Patienten mobil zu betreuen?», Swiss Medical Informatics, SMI 2004, N° 53, 4-10

Burger Peter C. und Stefan Osswald (2003): «Das EKG in der Telemedizin. Hilfe für wen? Patienten oder Provider?», Schweiz Med Forum, Nr. 27 2. Juli 2003, 641-643

Gemeinnützige und private Spitex

Bieri Hanna (2001): Evaluationsbericht des Pilotprojekts Kinder-Spitex Bern, Dissertation Universität Bern, [S.I.] : [s.n.]

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2006a): Spitex-Statistik 2005, Bern: BSV

BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2006b): Spitex-Statistik 2005 - Tabellenteil, Bern: BSV

Casanova Brigitte (2002): «Freie Wahl im Spitex-Bereich: das Experiment Assistenzdienst», *Managed Care*, 7/2002, 30-32

Fortin Iwan (2003): Im Mittelpunkt stehen unsere Klientinnen und Klienten, in: Spitex Verband Schweiz, (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit. CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Gmür Rahel und Marcel Rüfenacht (2007): Spitex, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 353-364

Mazenauer Beatrice und Mireille Dubois (2004): Spitex, in: Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, Bern: Huber, 282-289

Oggier Willy (2002): «Spitex: Ruhe vor dem Sturm?», *Managed Care,* 7/2002, 6-8

Peter Trautmann (2002): «Die Rolle der Gesundheitsschwester in den HMO-Zentren der SanaCare», *Managed Care*, 7/2002, 26-28

Schwarzmann Ueli (2004): Spitex: ein taugliches Instrument in der Gesundheitspolitik. Wirkungsanalyse der Krankenpflege zu Hause als Teilaspekt des Krankenversicherungs-Gesetzes (KVG) untersucht am Beispiel von vier Gemeinden des Kt. Zürichs, Cahiers d'IDHEAP No. 220, Lausanne: IDHEAP

Spitex Verband Schweiz, Hrsg. (1998): Spitex im Trend – Trends für Spitex. Aide et soins à domicile – Profils d'avenir, Bern: Huber

Spitex Verband Schweiz, Hrsg. (2003): Spitex – Am Puls der Zeit. CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Pflegepersonal

«Gibt es bald eine Spitex-Lehre?» Interview mit Veronika Niederhauser, Leiterin des Projekts AKO (Ausbildungskoordination Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen Graubünden) des Bündner Erziehungs-, Kultur- und Umweltschutzdepartementes, *Managed Care* 7/2002, 9-12

«Von der Schwester zur Gesundheitsberaterin», Artikel im «Tages-Anzeiger» vom 12. Januar 2007, 17

«Wie viel ist uns die Altenpflege wert? Langzeitpflegerinnen – wenig Prestige, tiefer Lohn», Artikel in der «Neuen Zürcher Zeitung» vom 9. Februar 2005, 63

Portenier, Alexander Bischoff und Rebecca Spirig (2007): Pflege, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009, Bern: Huber, 229-244

Prey Hedwig, Martin Schmid, Marco Storni und Sibylle Mühleisen (2004): Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege, Zürich/Chur: Rüegger

Stiftung Careum, Hrsg. (2007): Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe, Zürich: Stiftung Careum

Stocker Guggisberg Rita (2001): Motiviert für die Langzeitpflege? Eine empirische Untersuchung zur Motivation junger Absolventinnen der Pflegeausbildung Diplomniveau II für die Langzeitpflege, Diplomarbeit SAG, Zürich: SAG

Weyermann Urs und Monika Brechbühler (2004): Pflege, in Gerhard Kocher und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006, Bern: Huber, 214-225

Kundinnen und Kunden von Spitex

BAG Bundesamt für Gesundheit (2002): Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006, Bern: BAG

Bischoff Alexander und Louis Loutan (2000). Mit anderen Worten. Dolmetschen in Behandlung, Beratung und Pflege, Bern und Genf: BAG und HUG

Bolzman Claudio; Rosita Fibbi Rosita und Marie Vial (1996): La population âgée immigrée face à la retraite: problème social et problèmatiques de recherche, in: Hans-Rudolf Wicker, Jean-Luc Alber, Claudio Bolzman, Rosita Fibbi, Kurt Imhof, Andreas Wimmer (Hrsg.), Das Fremde in der Gesellschaft: Migration, Ethnizität und Staat, Zürich: Seismo, 123-142

Domenig Dagmar Hrsg. (2001). Professionelle transkulturelle Pflege. Praxishandbuch für Pflegende und Hebammen, Bern: Huber

Eberhard Daniel, Angela Kobel, Peter M. Leuenberger (2003): Migration & Alter: ein exemplarischer Leitfaden für Alters- und Pflegeheime, 3 Bände, Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz

Höpflinger François (1998): Zukünftige Spitex-KundInnen: Betagte der Zukunft – eine stille Revolution?, in: Spitex Verband Schweiz, (Hrsg.): Spitex im Trend – Trends für Spitex. Aide et soins à domicile – Profils d'avenir, Bern: Huber, 44-48

Jacobs Schmid Inge (2001): Migration und Spitex Basel, Publikation der Hochschule für Pädagogik und Soziale Arbeit beider Basel, Nr. 17, Basel: HPSABB

Lüthi Regula, Elisabeth Oeschger und Rejko Jankovic (2003): Ambulante Psychiatriepflege in der Spitex: Professionelle Versorgung, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Neuenschwander Hans (2003): Palliative Care – Das Tessiner Modell, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Pestalozzi-Seger Georges (2003): Zur Finanzierung von Assistenz: Welche Mittel stehen den Betroffenen zu, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Saladin Peter, Hrsg. (2006): Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen, Bern: BAG Bundesamt für Gesundheit / H+ Die Spitäler der Schweiz

Sophie Rais Pugin und Monique Richoz (2003): Des services d'assistance spécifiques? Expérience PACHa dans le canton de Vaud, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

SRK Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Migration (2004): Migration: eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen, Zürich: Seismo

Steiner Andreas (2003): Persönliche Assistenz und Spitex, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

Strasser Florian (2003): Palliative Care – Das Modell St. Gallen, in: Spitex Verband Schweiz (Hrsg.), Spitex – Am Puls der Zeit, CD zum 4. Nationalen Spitex-Kongress 2003, Kongresshaus Biel

BASS

4 Tabellenanhang

Tabelle 9: Jahrgangstafel für den Eintritt in die Altersgruppen ab 65 Jahren (2005 bis 2050)

Alter / Jahr	65 Jahre	70 Jahre	75 Jahre	80 Jahre	85 Jahre	90 Jahre
2005	1940	1935	1930	1925	1920	1915
2010	1945	1940	1935	1930	1925	1920
2015	1950	1945	1940	1935	1930	1925
2020	1955	1950	1945	1940	1935	1930
2025	1960	1955	1950	1945	1940	1935
2030	1965	1960	1955	1950	1945	1940
2035	1970	1965	1960	1955	1950	1945
2040	1975	1970	1965	1960	1955	1950
2045	1980	1975	1970	1965	1960	1955
2050	1985	1980	1975	1970	1965	1960

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Tabelle 10: Bestand der ständigen Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht 2005 bis 2015, nach mittlerem Szenario; Anzahl Personen in Tausend, Anteile am Bevölkerungstotal in Prozent

Alter	Total			Männer			Frauen		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Total	7'465	7'692	7'883	3'656	3'778	3'878	3'809	3'915	4'005
0-19 Jahre	1'636	1'594	1'546	841	820	797	796	774	749
20-64 Jahre	4'636	4'765	4'848	2'320	2'386	2'429	2'317	2'379	2'420
65 Jahre +	1'193	1'333	1'488	496	571	652	697	762	836
65-79 Jahre	855	952	1'068	382	438	499	473	514	569
80 Jahre +	338	381	420	114	133	153	224	248	268
Total				49%	49%	49%	51%	51%	51%
0-19 Jahre				51%	51%	52%	49%	49%	48%
20-64 Jahre				50%	50%	50%	50%	50%	50%
65 Jahre +				42%	43%	44%	58%	57%	56%
65-79 Jahre				45%	46%	47%	55%	54%	53%
80 Jahre +				34%	35%	36%	66%	65%	64%

Quelle: BFS/SZENARIO, eigene Berechnungen

Tabelle 11: Bestand der ständigen Wohnbevölkerung nach Alter und Nationalität 2005 bis 2015, nach mittlerem Szenario; Anzahl Personen in Tausend, Anteile am Bevölkerungstotal in Prozent

Alter	Total			Schweizer/innen			Ausländer/innen		
	2005	2010	2015	2005	2010	2015	2005	2010	2015
Total	7'465	7'692	7'883	5'919	6'058	6'174	1'546	1'635	1'709
0-19 Jahre	1'636	1'594	1'546	1'270	1'233	1'186	366	361	360
20-64 Jahre	4'636	4'765	4'848	3'564	3'624	3'653	1'072	1'141	1'195
65 Jahre +	1'193	1'333	1'488	1'084	1'200	1'334	108	133	154
65-79 Jahre	855	952	1'068	762	841	943	92	111	125
80 Jahre +	338	381	420	322	359	391	16	22	30
Total				79%	79%	78%	21%	21%	22%
0-19 Jahre				78%	77%	77%	22%	23%	23%
20-64 Jahre				77%	76%	75%	23%	24%	25%
65 Jahre +				91%	90%	90%	9%	10%	10%
65-79 Jahre				89%	88%	88%	11%	12%	12%
80 Jahre +				95%	94%	93%	5%	6%	7%

Quelle: BFS/SZENARIO, eigene Berechnungen

Tabelle 12: Bestand der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton 2005 bis 2015, nach mittlerem Szenario; Bevölkerungsanteile in Prozent, Zunahme relativ und absolut

	65-79jährige				80jährige und ältere			
	Bevölkerungsanteil		Zunahme		Bevölkerungsanteil		Zunahme	
	2005	2015	Faktor	Personen	2005	2015	Faktor	Personen
Schweiz	11.4	13.5	1.25	213'196	4.5	5.3	1.24	82'498
Zürich	11.4	12.9	1.22	31'875	4.4	5.1	1.27	15'152
Bern	12.3	15.0	1.25	29'930	5.4	6.2	1.17	8'681
Luzern	11.2	12.6	1.19	7'446	4.1	4.9	1.27	3'852
Uri	11.5	13.9	1.23	911	5.1	5.8	1.17	295
Schwyz	10.4	13.0	1.34	4'850	3.5	4.9	1.48	2'324
Obwalden	10.3	13.2	1.27	933	4.2	5.0	1.18	252
Nidwalden	10.4	14.4	1.52	2'177	3.6	4.7	1.43	622
Glarus	11.7	14.0	1.15	661	5.1	5.5	1.03	58
Zug	10.1	12.0	1.34	3'628	3.2	4.0	1.40	1'388
Freiburg	9.5	12.2	1.45	10'742	3.6	3.9	1.21	1'908
Solothurn	12.0	14.1	1.21	6'288	4.6	5.6	1.24	2'774
Basel-Stadt	14.0	14.1	0.98	-645	6.7	7.7	1.12	1'448
Basel-Landschaft	13.1	15.7	1.22	7'811	4.3	5.9	1.42	4'739
Schaffhausen	13.1	15.6	1.19	1'857	5.7	7.2	1.26	1'104
Appenzell A. Rh.	11.7	15.6	1.34	2'080	5.4	6.2	1.16	464
Appenzell I. Rh.	11.9	13.1	1.26	463	4.3	5.5	1.47	302
Sankt Gallen	10.8	13.4	1.28	13'756	4.3	4.9	1.16	3'280
Graubünden	11.7	14.3	1.22	4'869	4.7	5.7	1.21	1'818
Aargau	10.6	13.3	1.34	20'279	3.6	4.6	1.35	7'230
Thurgau	10.3	12.7	1.31	7'615	4.3	5.2	1.29	2'937
Tessin	13.6	15.5	1.21	9'250	5.4	6.5	1.30	5'148
Waadt	10.7	12.4	1.28	19'478	4.5	4.9	1.20	5'829
Wallis	11.6	14.4	1.36	12'238	4.1	5.1	1.37	4'473
Neuenburg	11.9	13.6	1.18	3'579	5.4	6.1	1.17	1'548
Genf	10.8	12.3	1.20	9'279	4.2	4.9	1.25	4'409
Jura	12.1	14.5	1.22	1'846	4.9	5.5	1.14	463

Quelle: BFS/SZENARIO, eigene Berechnungen

Tabelle 13: Dienstleistungsangebot der Spitex 2005, Personen und Anteile am Total

	Personen		Stunden	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Leistungen total	273'048	100%	11'519'507	100%
Pflegeleistungen	147'238	54%	6'647'723	58%
Hauswirtschaftliche Leistungen	113'366	42%	4'812'943	42%
weitere	12'444	5%	58'840	1%

Quelle: Spitex-Statistik 2005, eigene Darstellung