

Integrierte Versorgung und Betreuung im Alters –und Gesundheitsbereich

Denkanstösse Alter: Der neue Blick auf das Altern - Was bringt uns die Zukunft?

Integrierte Versorgung und Betreuung im Alters –und Gesundheitsbereich – dringend nötig, aber wie? Die Schaffung von kommunalen oder regionalen Dienstleistungszentren

Dienstleistungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs werden noch nicht bedarfsgerecht angeboten

Ältere Menschen sollten nach der aktuellen gesundheitspolitischen Strategie „ambulant vor stationär“ so lange wie möglich zuhause bleiben können. Noch sind aber die notwendigen Zielsetzungen und Massnahmen für die erforderlichen und umfassenden Hilfeleistungen im Alter für das Leben „zuhause“ nicht in allen Teilen formuliert und umgesetzt. Unter anderem fehlt die entsprechende Ausrichtung der lokalen Versorgungsstrukturen. So sind Dienstleistungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs noch zu wenig bedarfsgerecht, zu wenig koordiniert und vernetzt. Die verschiedenen Leistungserbringer nehmen die notwendigen Organisations- und Koordinationsfunktionen aus divergierenden Gründen zu wenig wahr (z.B. hohe Kontaktrate, fehlendes Fachwissen, Zeitmangel, ungenügende Kenntnisse des Systems etc.). Leidtragend sind schliesslich die betroffenen Menschen (ältere wie auch jüngere), welche auf die notwendigen Leistungen angewiesen sind. Der Umstand wird noch durch die erschwerte Selbstorganisation des einzelnen Patienten und seines sozialen Umfeldes verschärft, die in der Regel nicht in der Lage sind, die notwendigen komplexe Koordinations- und Steuerungsleistungen wahrzunehmen.

Entwicklung der regionalen Beratungsstrukturen mit den entsprechenden Anlaufstellen in professionellen Dienstleistungszentren

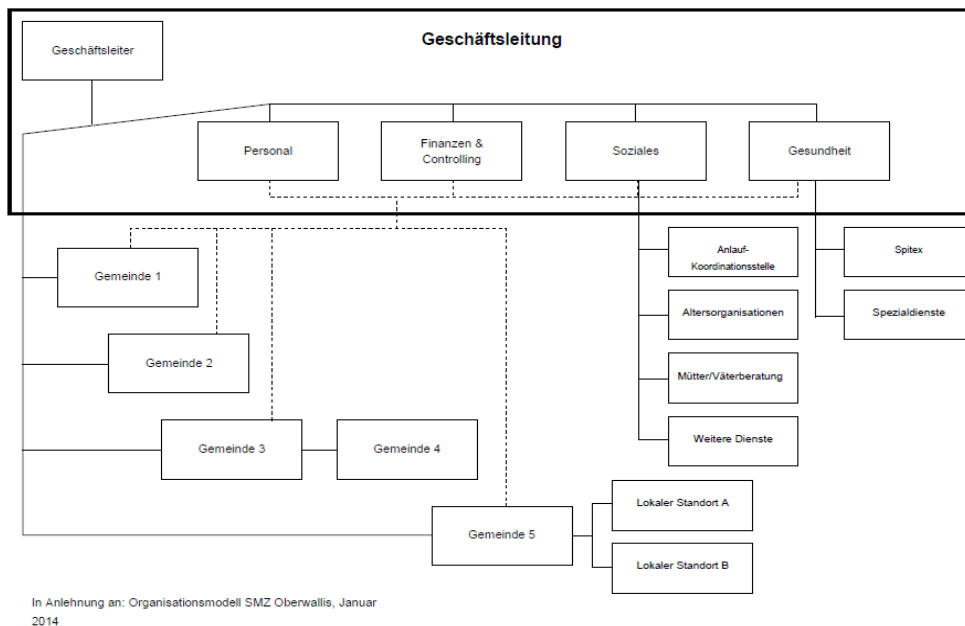
Viele älteren Menschen und deren Angehörige wünschen sich eine Verbesserung der Steuerung, Finanzierung und mehr Flexibilität der Systeme. Ein entscheidender Ansatzpunkt für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen besteht in der Weiterentwicklung der regionalen Beratungsstrukturen mit den entsprechenden Anlaufstellen in professionellen Dienstleistungszentren. Deren Aufgaben bestehen, neben Information, Beratung und Triagierung, in der hauswirtschaftlichen Unterstützung und Pflege, Fallberatung und Begleitung. Solche kommunale bzw. regionale Anlaufstellen helfen den Zugang zu Leistungen zu vereinfachen. Die Anlaufstellen müssen in der regionalen Grundversorgung integriert sein. Die Stellen können so die präventiven Aufgaben, die formellen und informellen Hilfen vernetzen und wären wichtige Sensoren für die Versorgungssysteme. Dieser Ansatz kann aber nur vertieft diskutiert werden, wenn eine umfassende zukunftsweisende kommunale und regionale Gesamtkonzeption der ambulanten, sozialen und stationären Hilfe, Betreuung und Pflege entwickelt wird. Regionale Lösungen erfordern eine enge Zusammenarbeit der Gemeinden, die darin besteht, dass:

- die ambulante Leistungserbringung bedürfnis- und bedarfsgerecht weiter entwickelt wird,
- die gesundheits- und sozialpolitischen Anforderungen ermittelt und
- strukturierte Massnahmen im Rahmen des Versorgungsmanagements geplant werden.

Gefragt sind neue Konzepte und Modelle

Im Kanton Wallis existieren mit den sozialmedizinischen Zentren erprobte Modelle, wie die Primärversorgung organisiert werden kann. Unter Primärversorgung wird die gesundheitliche Grundversorgung und Beratung verstanden, in der auch über weitere Behandlungsschritte in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung befunden wird („Gatekeeper“). Im deutschen Gesundheitswesen liegt diese Aufgabe direkt bei den Hausärztinnen und -ärzten, während in anderen Gesundheits- und Sozialsystemen, zum Beispiel in Skandinavien und Grossbritannien (UK), auch entsprechend qualifizierte Teams von Pflegekräften und sozialen Berufen eigenständig in die Primärversorgung eingebunden sind. Sie übernehmen wichtige Aufgaben in der Gesundheitsberatung und routinemässige Betreuung von Patienten. (Quelle : Primärversorgung: http://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_00384.html. (Abruf: 12.12.2015)

Ein solches regionales¹ Dienstleistungszentrum kann wie folgt aussehen:



(Kommentar: (Abbildung))

Eine zentrale Aufgabe wird es sein, ein Bedarfs – und Bedürfnisorientiertes Dienstleistungsangebot weiterzuführen aber auch neue zu entwickeln. Dazu gehören beispielsweise Modelle im Bereich des zivilgesellschaftlichen Engagements. Wichtiger werden der Aufbau von freiwilliger Arbeit u.a. in Form von kurzfristigen oder Teilengagements sein z.B. durch die Entwicklung, Organisation und Pflege von und mit freiwilligen Assistenzdiensten, und die gute Zusammenarbeit u.a. mit den kirchlichen Diensten, mit Jungen Senioren, Benevol, redcross etc. Der Ausbau der Unterstützung durch Freunde, Nachbarn oder Freiwillige ist jedoch nur dann machbar, wenn auch die professionellen Angebote ausgebaut werden. Damit können die intergenerationellen Beziehungen gestärkt werden². So lassen sich z.B. regelmässige ehrenamtliche Besuchsdienste ausbauen. Perspektiven ergeben sich dort, wo es gelingt, die verfügbaren Potenziale in Familie, Nachbarschaft und Bekanntenkreis mit den unterschiedlichen im Umfeld vorhandenen professionellen und auch semiprofessionellen Hilfeangeboten optimal zu kombinieren. Dabei sollen den familiären Potenzialen die ihnen inne wohnenden Eigenheiten und spezifischen Qualitäten nicht genommen werden und die Potenziale sollen nicht zu Hilfsprofisystemen gemacht werden. Dafür braucht es eine konzeptionelle Vorarbeit und professionelle konstante Begleitung. Gerade in komplexen Problemlagen ist eine fundierte Abklärung und Beratung der vorliegenden Alltagskompetenzen und der häuslich-ambulanten Versorgung wirksam. Dazu gehört auch, die weiterführende Nutzungsverflechtung zwischen Wohnen und Quartier innerhalb der Gemeinde zu fördern. Erst damit können kulturelle, soziale und medizinisch/therapeutische Angebote von Bewohnern und externen Nutzern wahrgenommen werden. Die Erfüllung dieser Aufgaben aus der Optik einer Anlaufstelle und aus der Versorgungsperspektive kann eine Grundlage zur Steuerung der Bedarfsentwicklung und so eine

¹ Region bezeichnet in der ein Gebiet, das , politisch, ökonomisch und/oder administrativ eine Einheit bildet. kommunal, steht für politische Gemeinde, bzw. Gemeindeebene, die lokalen Gebietskörperschaften, siehe auch Zentraler Auskunftsdienst
058 463 60 11

² Quelle: CURAVIVA Fachkongress Alter am 14./15. Januar 2015 in Basel: Pflegende Töchter und Söhne zwischen Sollen und Können Referat Prof. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello
www.curaviva.ch/files/.../15.01.15_09.00_d_pasqualina_perrig_chiello (Abruf: 21.11.2015)

Moderationsfunktion im Kontext der zukünftigen Entwicklungen übernehmen. Eine mangelnde Vernetzung von Versorgungsbereichen trägt aber dazu bei, dass nicht die Rückkehr der Betroffenen in die häusliche Versorgung, bzw. deren Verbleib in der eigenen Wohnung, sondern ihre Institutionalisierung gefördert wird. Damit könnte die Strategie „ambulant vor stationär“ nicht umgesetzt werden und bliebe ein Lippenbekenntnis. Die alltägliche Steuerung bzw. Koordination im Privathaushalt vor Ort muss durch Vertreterinnen und Vertreter der Primärversorgung³ gewährleistet werden. Dies bedingt eine Definition der jeweiligen Akteure. In der Schweiz können diese Aufgabe direkt bei den Hausärztinnen und -ärzten, oder bei den Anlauf – und Koordinationsstellen durch unterschiedliche Berufsgruppen, vorzugsweise von der Pflege oder Sozialarbeit übernommen werden. Eine entsprechende Qualifizierung ist notwendig, da die Triagierung, Information und Beratung („Gatekeeper – Funktion“) eine hohe Professionalität voraussetzt. In der **Einzelfallarbeit** werden folgende Arbeitsgebiete anfallen:

- Auskünfte und Information, Abklärung/Vermittlung von Ressourcen Beratung und Begleitung von Klientinnen und Klienten und ihren Angehörigen
- Case Management für komplexe und komplizierte Fallsituationen.
- Die Vernetzung vorpflegerischer und ergänzender Hilfen etc.
- Sicherstellung von Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit konkreter, personenzentrierter Vernetzungsprojekte, wie die Entwicklung gemeinsamer Absprachen oder die Durchführung gemeinsamer Fallbesprechungen bzw. Hilfeplankonferenzen, Arbeitskreis und runder Tisch
- Konzeptionelle Arbeit für die Sozial- und Gesundheitsversorgung

Die bisherigen Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass der Aufbau eines solchen wirksamen Dienstleistungsmanagements mit grossen Herausforderungen verbunden ist und ein eigenständiger Auftrag darstellt. Eine solche Aufgabe kann nicht zusätzlich zu den bestehenden Alltags-Aufgaben geleistet werden, sondern bedarf einer systematischen Konzeption und Planung. Gefragt sind eigene Ressourcen und ein eigenes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten wie:

- Fundiertes Wissen und Erfahrung über die Hilfesysteme des Sozial- und Gesundheitswesens und des politischen Systems d.h. Klientenbedürfnisse und Bedarfslagen in Beziehung zu den Ressourcen der professionellen und formellen Hilfe setzen zu können
- Hohe Kommunikations- und Sozialkompetenz
- Fähigkeit zu „netzwerken“ mit informeller und formeller Organisation, d.h. Klientenbedürfnisse und Bedarfslagen in Beziehung zur Qualität des Netzes setzen zu können
- Organisationsentwicklungskompetenzen: Wissen, Kompetenz und Erfahrung über die Dynamik von Veränderungsprozessen
- Eine sichere Anwendung von Tools / Interventionsinventar (Projektmanagement)
- Analyse der zukünftigen kommunalen und regionalen sozial- und gesundheits-, und alterspolitische Entwicklungen in der Gemeinde/Region.
- Auseinandersetzung mit verschiedenen Szenarien und deren horizontale und vertikale Integrationschancen.
- gezielte Analyse, Finanzierung, Planung und Steuerung auf der Fall- und Systemebene
- Einbezug der Besonderheiten der konkreten Umsetzung wie Machtfragen, Schnittstellendefinition, Vernetzungsstrategien, politische, planerische und organisatorische Bedingungen.

Welche Entwicklungen und Herausforderungen stützen diese Fokussierung auf eine intergrierte umfassende Betreuung und Versorgung?

Herausforderung 1:

Die verschiedenen Aspekte des Alterns – gefragt ist ein ganzheitlicher Ansatz

Das Älterwerden wird selten aus einer umfassenden ganzheitlichen Optik diskutiert. Je nach Blickwinkel ist der Diskurs über das Alter anders geprägt und aufgrund unterschiedlicher medizinischer, soziologischer, ökonomischer, kultureller oder religiöser Perspektiven bestimmt. Das

führt dazu, dass die Auswirkungen des Alterns oft einseitig dargestellt werden und damit den mit dem Altern verbundenen Ressourcen und Problemstellungen nicht oder zu wenig gerecht werden. In den Extremen wird Alter synonym mit Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt oder aber das Alter wird als die Fortführung der „ewigen Jugend“ postuliert und beworben. Dabei wird vergessen, dass der überwiegende Teil der alternden und älteren Bevölkerung weder pflegebedürftig noch als ewig jugendlich wahrgenommen werden will. Bei gesellschaftlichen Debatten über die Auswirkungen des demografischen Wandels wird der Eindruck vermittelt, es handle sich primär und vor allem um ökonomische oder medizinische Probleme. Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr, dass die individuellen, aber auch andere gesellschaftlichen Werthaltungen, Wünsche und Lebensbedingungen alter Menschen weniger beachtet werden. Es kommt hinzu, dass in diesem Kontext nachteilige Folgen des Alterns individualisiert bzw. privatisiert und in ihren gesellschaftlichen und sozialpolitischen Dimensionen oft vernachlässigt werden.

Herausforderung 2:

Ökonomische Aspekte: Ältere Menschen als Zielgruppe für lukrative Investitionen- gefährdete Betreuungsleistungen im Alter. Die zukünftige Rolle des Bundes und der Kantone in der Finanzierung der Hilfe und Pflege.

Aufgeworfen wird im Zusammenhang mit der Finanzierung der Pflege und Hilfe im Alter eine Reihe von ökonomischen Aspekten. Die nachfolgenden Überlegungen greifen einige zentrale Aspekte auf, bei denen zum einen ein Handlungsbedarf besteht und zum anderen im umfassenden Sinne über Massnahmen nachgedacht werden muss, wie die Defizite behoben werden können.

Die Zielgruppe der alten Menschen ist für Produzenten und Dienstleister in allen Lebensbereichen eine interessante Konsumentengruppe und wird entsprechend beworben. So haben Investmentgesellschaften im Bereich der stationären Wohn- und Pflegeformen lukrative Investitions- und Betriebsbereiche entdeckt und richten sich dabei nach gewinnorientierten Grundsätzen: Bessere Rechnungsergebnisse lassen sich z.B. durch Ertragssteigerungen, wie höhere Pensionstaxen, und Aufwandminderungen, wie tiefere Löhne für das Personal realisieren. In diesem Umfeld kommen stationäre Einrichtungen, die von gemeinnützigen Trägerschaften oder der öffentlichen Hand, auch im Rahmen der Erwartungen eines Service Publics geführt werden, unter Druck. Sie müssen ihre nicht auf Gewinnoptimierung und damit nicht kommerziell ausgerichteten betriebswirtschaftlichen Vorgaben rechtfertigen oder werden zum Leistungsabbau gezwungen. Die Folgen einer solchen Entwicklung tragen diejenigen Menschen im Alter, welche sich die teuren Angebote nicht leisten können. Viele Bürgerinnen und Bürger sind von der komplexen Finanzierungssystematik überfordert. Diese zu durchschauen sind die meisten Betroffenen nur schwerlich in der Lage ohne eine Beratung von externen Fachpersonen..

Ein weiterer Aspekt betrifft die Betreuungsleistungen im Alter. Im stationären Bereich geht es um die Betreuungsleistungen in den Heimen. Die Betreuungstaxen zeigen eine Bandbreite von CHF 10 bis CHF 150 pro Tag und betragen damit je nach Heimsituation zwischen CHF 300- 4500 pro Monat, welche privat zu bezahlen sind.. Die sog. Betreuung ist aber nicht einheitlich definiert und es fehlt an fachlichen Standards was unter Betreuung verstanden wird. Dazu kommt, dass in den Pflegeleistungen immer weniger Betreuungsanteile toleriert werden, obwohl dies im Alltag sehr schwierig ist, genau auseinanderzuhalten. Ausserdem muss festgestellt werden, dass in vielen Fällen das qualifizierte Personal nicht vorhanden ist für die Alltagsgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner mit leichten kognitiven Veränderungen. Praxiserfahrungen zeigen auch im Akutspital einen erweiterten Betreuungsbedarf, z.B. in der Betreuung von Alzheimer-Patientinnen und -Patienten.

Für den ambulanten Kontext hält die Bundesverfassung fest, dass die Kantone für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause sorgen (Art. 112c Betagten- und Behindertenhilfe). Es fehlt jedoch eine klare Definition, was unter Hilfe verstanden wird und es fehlt das qualifizierte Personal und auch das Geld. Obwohl eine Zunahme von Betreuungsleistungen auf Grund der demographischen Ausgangslage zu erwarten ist, werden die Haushilfeleistungen, die einen wichtigen

seriösen Betreuungsanteil leisten, in der öffentlichen Spitex gestrichen und in Frage gestellt. Vor allem fehlt ein systemischer Blickwinkel um zukunftssträchtige Lösungen zu finden. Zur Entlastung der Kommunen muss die Diskussion geführt werden, inwiefern der Bund und die Kantone in der Finanzierung bei den ambulanten und stationären Leistungen stärker in die Pflicht zu nehmen sind. Sei es in der direkten Unterstützung von einzelnen Leistungen oder in der Förderung der konzeptionellen zukünftigen Entwicklungsarbeit. Die privaten Haushalte tragen über 60% der Gesundheitskosten⁴ – auch im internationalen Vergleich ist der private Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben hoch.

Herausforderung 3:

Handlungsfeld Ethische Orientierung und Entscheidungsfindung im Alter

Die steigende Zahl an alten fragilen Menschen stellt das Gesundheitssystem auf allen Ebenen vor neue Herausforderungen (Höpflinger et al. 2011). Übergangsphasen, in denen die zunehmende Pflegebedürftigkeit eines alten Menschen zum Thema wird, sind von komplexen Fragen und Entscheidungen begleitet, welche von den subjektiven Wünschen der Betroffenen bis hin zu den finanziellen Rahmenbedingungen begleitet werden. Geht es um die Abklärung von Unterstützungsmassnahmen, kommen folglich unterschiedlichste Interessen, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen zum Zuge. Betroffene Menschen und ihre Angehörigen sehen sich dabei oftmals mit überfordernden Entscheidungen zur weiteren Hilfe-, Wohn-, Betreuungs-, Pflegegestaltung konfrontiert. Dadurch entstehen vielfältige Entscheidungssituationen, die oft mit ethischen Dilemmatas einhergehen und sehr unterschiedlich angegangen werden. Dabei ist es wichtig, die menschenrechtlich verbrieften Anspruchsrechte der alten Menschen und ihre Selbstbestimmung und Autonomie respektiert werden. Diese ist von den Entscheidungsträger/innen ins Zentrum zu stellen:

Herausforderung 4:

Vielfältige Alltagsunterstützung, Hilfen und Betreuung im Alter

Die Diskussion um die Definition von Betreuung und Pflege ist geprägt durch die medizinischen und pflegerischen Leistungen, welche die Krankenkassen finanzieren. Das was wesentlich zur Lebensqualität im Alter beiträgt, nämlich die Unterstützung in der Alltagsgestaltung mit Beratungs- und Betreuungsleistungen, ist nicht definiert und die Notwendigkeit, sie im Rahmen des Service Public zu finanzieren, wird in der politischen Diskussion kontrovers beurteilt. Diese Leistungen, dazu gehören einfache Alltagsunterstützungen, Hilfen im Haushalt, Gestaltung des Tagesablaufs, bis zu Begleitung diverser Aktivitäten, stehen der Bevölkerung daher in unterschiedlichem Ausmasse zur Verfügung.

Mit der Fokussierung auf die ökonomische Ebene reduziert die öffentliche Hand, wie aktuelle Tendenzen zeigen, ihren Anteil oder zieht sich ganz aus der Finanzierung von Betreuungsleistungen wie Hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex zurück. Diese Tendenzen laufen den Grundsätzen zuwider, dass Menschen im Alter so lange wie möglich bei sich zu Hause leben sollen. Je nach Lebensalter brauchen sie dabei Unterstützung in der Alltagsgestaltung aber noch keine Pflege. Thomas Klie schreibt in seinem Buch „Wen kümmern die Alten?: „Nicht die Frage, wie man einem Dekubitus vorbeugt sondern die Frage, wie der Alltag gelingt, sollte im Vordergrund stehen“. Der Alltag ist die Herausforderung. Gefordert sind Hilfen und Begleitung zur Alltagsbewältigung im Sinne von Teilhabe und gelingender Aktivität. Hier braucht es eine bessere inhaltliche und organisatorische Abstimmung zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen, die erst eine umfassende Hilfestellung aus einer Hand ermöglichen kann.

Herausforderung 5:

Die Pflege der Hilfe, Betreuung und Pflege Tätigen in der Altersarbeit

Die Rahmenbedingungen für das in der Pflege und Betreuung tätige Personal sind im heutigen ökonomischen und politischen Umfeld mit den resultierenden Restriktionen erschwert.

⁴ Interpharma: <http://www.interpharma.ch/fakten-statistiken/1850-private-haushalte-tragen-60-der-gesundheitskosten>. (Abruf: 12.01.2016)

Ein grosser Teil der Pflegenden äussert sich immer desillusionierter über den Stress, den steigenden administrativen Aufwand und – aufgrund der unterschiedlichen Kostenträger - der Fragmentierung ihrer Arbeit. Viele Pflegende haben diesen Beruf gewählt, weil sie einen ganzheitlichen Ansatz in der Pflege von Menschen verfolgen wollen. Der heutige Trend geht jedoch nach wie vor in Richtung zunehmender Fragmentierung der Pflege- und Betreuungsleistungen. Als Folge davon werden verschiedenste Berufsgruppen und Hilfspersonal rund um den Klienten eingesetzt. Ältere Menschen beklagen sich z.B. zu Recht, dass sie nur in sehr eingeschränktem Mass mit einer diplomierten Pflegeperson in Kontakt stehen. Die umfassende anspruchsvolle Grundversorgung wird von derjenigen Person erbracht, die in der unteren Hierarchie der Pflege steht. Ein ungenügendes Schnittstellenmanagement kann zu Fehlleistungen und technokratischen Pflegeverrichtungen führen. Ältere Menschen wünschen sich aber eine Pflege und Betreuung aus einer bzw. aus wenigen Händen. Es wäre daher an der Zeit, die heutigen Rahmenbedingungen wieder kritisch zu hinterfragen und dabei vor allem auch die Interessen der direkt Betroffenen mit einzubeziehen. Dazu gehören inhaltliche Fragestellungen zu einer Arbeit, auf die Menschen im Alter und mit ihren Beeinträchtigungen angewiesen sind, zur Sinnhaftigkeit, Gestaltung und Qualität dieser Arbeit und wie diese zu entschädigen ist. Diese Auseinandersetzung ist notwendig um Pflegende zu motivieren, dabei zu bleiben und junge Menschen zu motivieren, sich für die Pflege ausbilden zu lassen.

Herausforderung 5:

Betreuung und Pflege von Angehörigen – neue familiäre, zivilgesellschaftliche und staatlich getragene Modelle

Rund 2/3 aller älteren pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz werden heute zu Hause betreut - hauptsächlich von Angehörigen⁵. Durch die Zunahme der älteren Bevölkerung stehen wir vor der Frage, wer diese in Zukunft unterstützen und betreuen wird. Die Töchter, welche einen grossen Anteil an Betreuungsarbeit leisten, sind schon beruflich und familiär engagiert. In Zukunft werden familiäre Beziehungen daher durch ausserfamiliäre (Freundschaften, Nachbarschaften) ergänzt werden müssen.

Der Ausbau der Unterstützung durch Freunde, Nachbarn oder Freiwillige ist jedoch nur dann machbar, wenn auch die professionellen Angebote ausgebaut werden. Dies führt nicht zur Verdrängung der intergenerationellen Unterstützung, sondern stärkt die-familiäre Generationenbeziehungen. Gesucht werden deshalb neue Modelle der Kombination von familiärem, professionellem und zivilgesellschaftlichem Engagement. Die heute erkennbaren gegenseitigen Abgrenzungen und Inkompatibilitäten zwischen diesen Bereichen müssen durchbrochen und zu einem gemeinsamen zielführenden Prozess der gegenseitigen Anerkennung führen. Es geht nicht darum, die Unterschiedlichkeiten in den Mittelpunkt zu stellen, sondern die jeweiligen unterschiedlichen Möglichkeiten, die in diesen Systemen innewohnen, zu einem gemeinsamen Ganzen zusammen zufügen. Eines der möglichen Kohäsionsinstrumente könnte die Aus- und Weiterbildung sein.

Die grosse und zunehmende Zahl älterer Menschen erfordern die notwendigen Anpassungen und Verbesserungen im Gesundheitssystem und im Netz der sozialen Sicherheit. Es gilt, den besten Ausgleich zwischen den Rollen von Familie und Staat zu finden, wenn es darum geht, hilfsbedürftigen Menschen dabei zu helfen, die Probleme des Alterns zu meistern⁶.

Zusammenfassend muss festgehalten werden: für ein qualitätsvolles Altern in der Schweiz sind verschiedene Reformen nötig. Wenn das Altern und ein längeres Leben positiv wahrgenommen

⁵Quelle: Pflegende Töchter und Söhne zwischen Sollen und Können Referat von Frau Prof. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello anlässlich des Fachkongress Alter 2015 der CURAVIVA in Basel.

⁶ AKTIV ALTERN: RAHMENBEDINGUNGEN UND VORSCHLÄGE FÜR POLITISCHES HANDELN
Weltgesundheitsorganisation (WHO):
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf
(Abruf: 23.08.2015, 13.45)

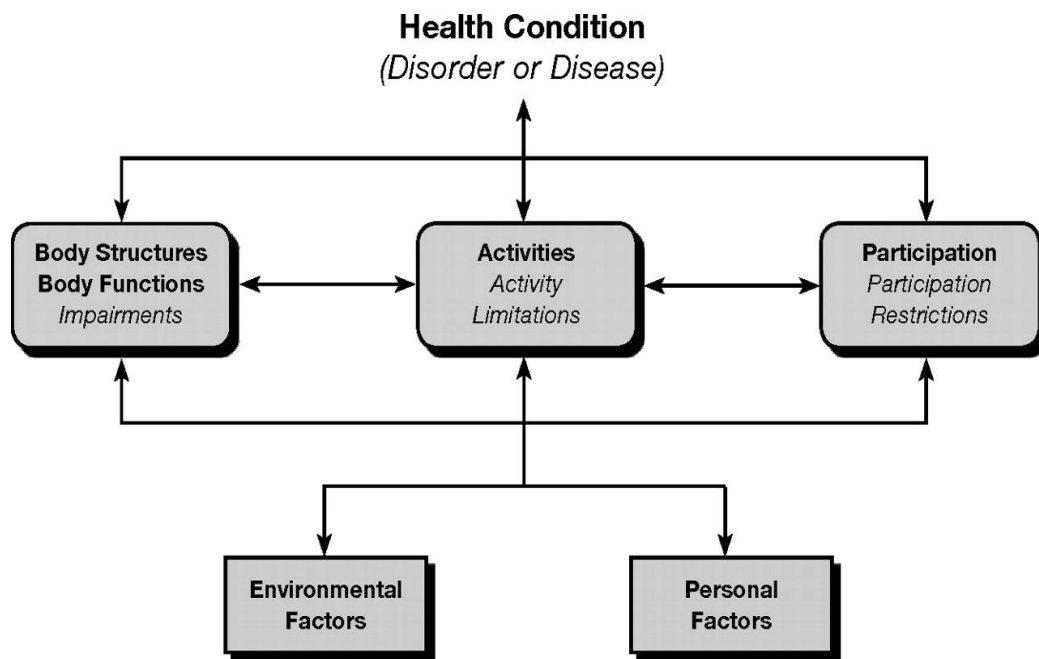
werden soll, gehören dazu Gesundheit, zu aktive Teilnahme am Leben im sozialen Umfeld und Aufrechterhaltung der persönlichen Sicherheit.

Im Folgenden sollen drei interessante Ansätze vorgestellt werden, die interessante Ansätze für weitere Überlegungen enthalten und auf die aufgeworfenen Fragen antworten, die sich zu der Thematik stellen.

A) Das WHO Klassifikationsmodell

Einen Beitrag zu einem "modernen" Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit leistet die überarbeitete Version eines im Jahre 1980 zum ersten Mal publizierten WHO-Klassifikationssystems mit der ursprünglichen Bezeichnung "International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap", das im Jahre 2001 unter der veränderten Bezeichnung "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) veröffentlicht worden ist (WHO, 2001). Die Bedeutung des Systems liegt dabei insbesondere darin, dass es hilfreiche Unterscheidungen und konzeptuelle Schwerpunktsetzungen zu Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ("disability") anbietet, die in einer ganzen Reihe von Anwendungsbereichen zum Tragen kommen.

Abbildung 1.1 (Diagram from: International classification of functioning, disability and health: ICF, World Health Organisation 2001, p. 18): International classification of functioning, disability and health (ICF). www.lookfordiagnosis.com. (Abruf: 12.01.2016)



Im Mittelpunkt des Ansatzes steht das Konzept der "Aktivität" (Activity) mit den verbliebenen bzw. weiter möglichen bzw. wiederherzustellenden Handlungskompetenzen von Menschen mit einem Hilfe- und Pflegebedarf. Aktivität ist ferner prozesshaft eingebettet in eine Abfolge von weiteren Konzepten, die wie folgt definiert werden (nach WHO, 2002, S. 10, wir bleiben bei den Originalbeschreibungen): ev. Genehmigung...

Im Zusammenhang mit Gesundheit gelten folgende Definitionen:

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen: Körperfunktionen n von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers Körperstrukturen , wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktionen oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.

Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogen sein in eine Lebenssituation.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten/Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Besonders hervor zu heben ist in diesem Konzept der Anspruch eines umfassenden Verständnisses von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unter den Prämissen der Aktivität, Autonomie und Partizipationsmöglichkeiten von Altern vor dem Hintergrund je gegebener Person- und Umweltmerkmale.⁷

B) Ein funktionales umfassendes Verständnis von (chronischen) Erkrankungen im Alter: Ein Rahmenmodell von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter von Verbrugge und Jette⁸

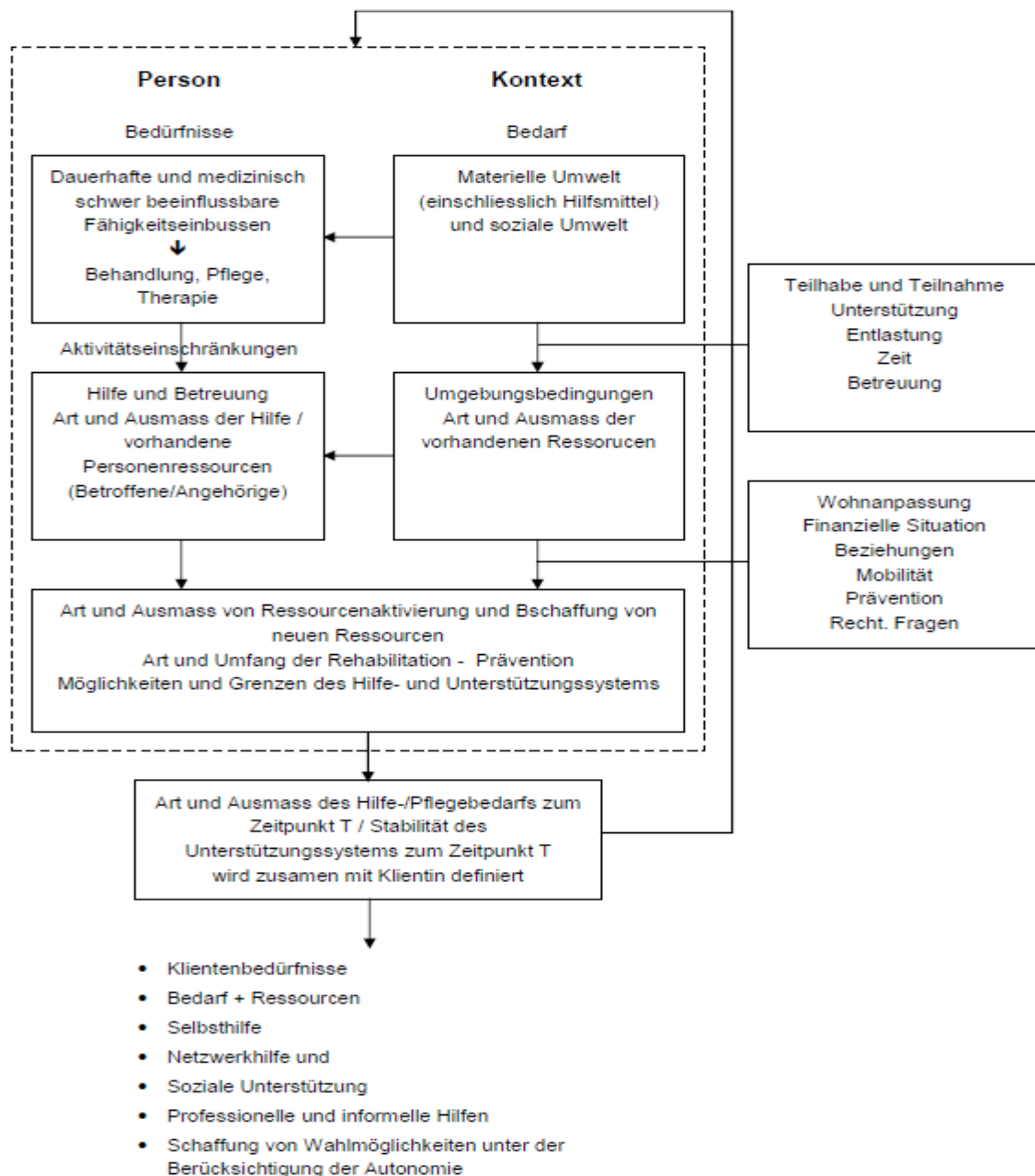
Das folgende Rahmenmodell in Anlehnung an das Modell von Verbrugge und Jette (1994) zeigt die wesentlichen Elemente, die bei der Konzipierung von Alltagsunterstützung, sozialer Betreuung und Pflege im Alter zu berücksichtigen sind. Zentral für dieses Modell, das auch unter der Bezeichnung "Disablement Process" publiziert wurde, ist ein funktionales Verständnis von (chronischen) Erkrankungen im Alter. Das Auftreten von Erkrankungen führt danach in der Regel nicht eindeutig zu bestimmten Folgen im alltäglichen Leben der Betroffenen, sondern die aus Krankheiten (Morbidity) entstehenden Funktionseinbußen (gesprochen wird auch von "impairment"). Erst die Resultate dieser Einflüsse können nebst weiteren Faktoren zu einem spezifischen Hilfe-, Betreuungs- und Pflegebedarf im Alter führen. Besonders wichtig ist an dem Modell von Verbrugge und Jette der Prozesscharakter der Entstehung von Hilfe- und Pflegebedarf, der auch die mögliche Verbesserung einschließt. Im Folgenden soll das mehrdimensionale Verständnis von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beschrieben werden:

In **Abbildung 1.2** ist dazu zunächst ein Rahmenmodell wiedergegeben, das sich anhand der anschließenden Konzeptionen in unterschiedlichen Richtungen weiter ausdifferenzieren lässt. **Abbildung 1.1** Ein Rahmenmodell von Hilfe-, Betreuung und Pflegebedürftigkeit im Alter in Anlehnung an das Prozessmodell Hilfe und Betreuung von Verbrugge und Jette.

⁷ Modell des 'Active Aging' und die 'International Classification.

<http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/Abschnitt-1-einfuehrung/1/1-3/1-3-3-modell-des-active-aging-und-die-international-classification-of-functioning-disability-and-health-der-weltgesundheitsorganisation.html>. (Abruf: 1.9.2015, 8.15)

⁸Ulrich Schneekloth & Hans Werner Wahl (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefunden unter <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-nlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf> (Abruf: 10.01.2016)



Entsprechend ihren bisherigen Lebenshintergründen und Lebenserfahrungen gehen Menschen mit ihrem Altern unterschiedlich um, und je nach beruflichen, familialen und sozialen Erfolgen bzw. Misserfolgen weist die zweite Lebenshälfte eine andere Prägung auf. Natürlich kann es zu einer verstärkten Fragilisierung oder auch zu Pflegebedürftigkeit kommen, es geht jedoch darum, die notwendigen Massnahmen zu ergreifen, damit für den einzelnen Menschen in der jeweiligen Lebensphase im Alter gesellschaftliche Teilhabe möglich sind (wie Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Häusliches Leben, Spiritualität sowie bedeutende Lebensbereiche wie Arbeit und Beschäftigung).

C) Skandinavien macht es vor: Eine gute Langzeitpflege und Betreuung ist gut für alle

In den meisten westlichen Ländern existieren politisch gestaltete Altersversorgungssysteme. Gemäss einer Studie zum Vergleich mit den Skandinavischen Ländern von Cornelia Heintze⁹ lassen sich grundsätzlich zwei Grundtypen herauskristallisieren: das familienbasierte-subsidiäre“ und das

⁹ C. Heintze: Skandinavien macht es vor: Eine gute Langzeitpflege +betreuung ist gut für alle (Manuskript) 25.05.2015

„staatsbasierte- universalistische System. Familienbasierte Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass die Familie die primäre Leistungserbringerin für die Betreuung und Pflege ist, die öffentliche Finanzierung und Leistungserbringung ist ergänzend bis subsidiär tätig. Bei den staatsbasierten Systemen steht primär der Staat in der Verantwortung, die Langzeitversorgung als öffentliche Aufgabe zu organisieren. Informelle Leistungen ergänzen die staatlichen Leistungen. Während beim familienbasierten Modell die Steuerung auf der Geringhaltung der öffentlichen Ausgaben und die Schaffung hoher Hürden für die Leistungsgewährung (Input-Orientierung) zielt, setzt die Steuerung des staatlich-universalistischen Systems auf die Qualitätsbasierte (Standards) und aufbauend auf dem individuellen Nutzerbedarf (Outcome-orientierte) definierten Leistungspakete auf. Während man bei den familienbasierten Modellen von der Annahme ausgeht, es handle sich bei der Versorgung um Allerweltstätigkeiten und der gute Wille genüge – wird beim staatlich basierten System von der Orientierung an einem Standard eines bestimmten Outcomes ausgegangen. In familienbasierten Systemen wird die Langzeitpflege eher aus dem Blickwinkel Medizin gesehen, während in den skandinavischen Ländern die sozialen Dienste im Mittelpunkt stehen.

Fazit: Menschen im Alter sollen mit individuell abgestimmten Betreuungs- und Pflegeangeboten, solange als immer möglich ambulant begleitet und betreut werden. Der Anspruch auf Selbstbestimmung und Forderungen nach Wahlmöglichkeiten wird zunehmen. Gefragt sind modulare flexible Unterstützungsformen, um damit so lange wie möglich autonom und gut informiert zu Hause leben zu können mit der Möglichkeit, bezahlbare und altersgerechte ambulante Dienstleistungen beziehen zu können. Es liegt nahe, dass ein interdisziplinärer Zugang gefordert ist, um entsprechende Antworten für die Umsetzung eines Wirkungsmodells zu erhalten. Das Altern beinhaltet viele Facetten, umso unverständlicher ist es, dass mit wenigen Ausnahmen eigentliche interdisziplinäre Auseinandersetzungen im Sinne einer Gesamtschau auf das älter werden fehlen. Wenn man den einzelnen Menschen nur noch in unzählige Einzelanliegen zerlegt, zerfällt die Gesamtsicht. Ob wir der Ausrichtung, den älteren Menschen nur noch mit einer ökonomischen und technokratischen Brille zu betrachten, entgegen treten wollen, ist eine Frage, die sich unserer Gesellschaft heute stellen muss. „Die Zeit ist gekommen für ein neues Paradigma, das in älteren Menschen aktive Teilnehmer/innen in einer alten-integrierenden Gesellschaft sieht, die gleichermaßen Geber/innen und Empfänger/innen von Beiträgen zur Entwicklung der Gesellschaft sind“. (Aktiv Altern –Weltgesundheitsorganisation (WHO): 2005)

Quellen:

- Zukünftige Herausforderungen in der Langzeitpflege: Wie sehen die Strategien aus? Wer steuert? Mit welchen Instrumenten wird gesteuert? Ein Vergleich der staatlichen Strategien und Steuerungsinstrumente in Basel, Bern und Zürich Masterarbeit
- Masterarbeit eingereicht der Universität Bern im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA) Betreuender Dozent: Prof. Fritz Sager Kompetenzzentrum für Public Management Schanzeneckstrasse 1 CH-3001 Bern von: Michael Allgäuer aus Vuisternens-en-Ogoz (FR) Scheuchzerstrasse 22, 8006 Zürich Bern, 15.
- Wen kümmern die Alten?: Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft Broschiert – 14. Januar 2014 von [Thomas Klie](#) Hardcover, Pattloch. 14.01.2014, 256 S.
- Ulrich Schneekloth & Hans Werner Wahl (Hrsg.). **Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)**. Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen
- Versorgungsangeboten Integrierter Abschlussbericht. im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend München, März 2005