
Dossier

Ageing Society



Ageing Society – un défi pour la Suisse

(lb) Le vieillissement démographique touche actuellement la Suisse, tout comme bien d'autres pays à travers le monde. En soi, une vie plus longue et une meilleure santé sont des éléments positifs. Cependant, cette évolution a un impact sur divers secteurs de la société, et crée de nombreux défis – notamment pour le système de santé, les soins ainsi qu'en matière de logement, de travail et de mobilité.

Le vieillissement démographique est dû à l'augmentation de l'espérance de vie des Suisses et au vieillissement de la génération du baby-boom, mais aussi (et surtout) au recul de la natalité au cours des dernières décennies. Il est également lié à l'augmentation du nombre d'années passées en bonne santé et devrait se poursuivre à moyen voire à long terme. Cela appelle des modifications, des réorientations et de nouvelles mesures dans de nombreux domaines de la vie qu'il convient de coordonner puisqu'ils sont interdépendants – en particulier dans le domaine de la santé, du système d'assurance sociale, du travail de soins et de prise en charge, de l'habitat, du marché du travail, de la mobilité et de la recherche.

La stratégie de l'OMS

En 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié une stratégie visant à favoriser le vieillissement en bonne santé («Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health») qui se base sur le concept de qualité de vie fonctionnelle: «Vieillir en bonne santé» est défini comme le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être» (Rapport mondial de l'OMS sur le vieillissement et la santé, publié le 1^{er} octobre 2015).

Une plateforme pour le sujet de la société vieillissante

Ayant été active, par le passé, dans les domaines de la politique des générations ou encore de la santé et la qualité de vie, l'ASSH a créé, en 2017 et sous mandat des Académies

Dossier Ageing Society

29

- 29 Ageing Society – un défi pour la Suisse
- 31 Es war einmal ein Land, das immer älter wurde
Karen Torben-Nielsen
- 33 Perceptions des personnes âgées dans les soins
Delphine Roulet Schwab
- 35 Swiss Frailty Network & Repository
Heike A. Bischoff-Ferrari
- 37 Soins de santé – besoins des personnes âgées
Brigitte Santos-Eggimann
- 39 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
Gerold Stucki und Jerome Bickenbach
- 41 Die Betreuung im Alter – eine neue sozialpolitische Herausforderung. *Carlo Knöpfel*
- 43 Pflege und Betreuung im Alter – Sicht von CURAVIVA Schweiz. *Michael Kirschner*
- 45 Entwicklung von langfristigen Betreuungs- und Pflegesystemen. *Devrim Yetergil Kiefer*
- 47 Alternsfreundliche Quartiere und Wohnformen – Sicht der Forschung. *Ulrich Otto*
- 50 Altersfreundliche Wohnformen: Einsam oder umsorgt? *Rita Gisler*
- 52 Ermöglichende kulturelle Partizipation für Menschen mit Demenz. *Sandra Oppikofer*
- 54 Die Studie SHARE: Alterung ganzheitlich verstehen
Carmen Borrat-Besson, Jürgen Maurer, Simon Seiler, Sarah Vilpert
- 56 Altwerden 4.0: Altwerden im Kontext der Digitalisierung. *Sabina Misoch*

30

suisse des sciences, la plateforme «a+ Swiss Platform Ageing Society» (www.ageingsociety.ch). Cette plateforme vise à contribuer à la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS en Suisse, en promouvant la collaboration entre tous les acteurs impliqués sur les différents terrains – scientifique, social, sanitaire, économique, technique et politique. Actuellement, elle compte une cinquantaine d'organisations partenaires. (Cf. article p. 15.)

Questions clés

Mettre en œuvre la stratégie de l'OMS implique la promotion d'une vieillesse active et la construction de systèmes capables de répondre aux besoins des personnes âgées, ce qui nécessite de thématiser, entre autres, les questions suivantes:

Comment l'âge et le vieillissement est-il perçu dans la population suisse, par exemple dans les médias? Quelles sont les éventuelles discriminations liées à cette percep-

tion (âgisme)? Comment le système de santé peut-il répondre sans discrimination aux besoins d'une population vieillissante? Quels sont les répercussions pratiques d'une nouvelle définition de la santé, basée sur la notion de «fonctionnalité»? Comment développer des systèmes de soins et de prise en charge durables, ou encore des environnements adaptés à l'âge en ce qui concerne par exemple le logement, la vie sociale et de quartier, la culture et la digitalisation? Comment garantir une bonne qualité de vie à toutes les personnes âgées en Suisse? Quelles analyses scientifiques et infrastructures de recherche sont nécessaires pour garantir un développement efficace et durable des adaptations mises en œuvre?

Le présent dossier présente quelques pistes de réponse à cette liste de questionnements non exhaustive.

Nous vous souhaitons bonne lecture!

Es war einmal ein Land, das immer älter wurde

Karen Torben-Nielsen, Dozentin, Berner Fachhochschule

«Die Welt sieht für verschiedene Leute unterschiedlich aus, abhängig davon, wie die Redakteure ihrer Lieblingszeitung die Weltkarte für sie zeichnen», sagte Politforscher Bernard Cohen. Jetzt, da unsere Welt immer älter wird, untersucht ein Team unter Federführung der Berner Fachhochschule, wie die Zeitungen NZZ, Blick und 20 Minuten über die alternde Schweizer Gesellschaft berichten – oder wie sie ihre Karte zeichnen.

Mehr Läden für Prothesen als für Kinderspielzeug? Längere Überquerungszeiten bei Ampeln? Babywindelfabrikanten, die sich zu Inkontinenzlösungen für Erwachsene umorientieren? Dies sind nur ein paar mögliche, frivole Auswirkungen der alternden Gesellschaft (Niejahr, 2004). Die echten, alltäglichen Auswirkungen beeinflussen allerdings bereits heute die Schweiz und die meisten anderen europäischen Länder.

Wie sind wir aber zu einer alternden Gesellschaft geworden? Es gibt drei Faktoren, die die Altersstruktur einer Gesellschaft beeinflussen: die Geburtenrate, die Lebenserwartung und die Migration (European Commission, 2012). Wenn die Geburtenrate sinkt, die Lebenserwartung steigt und die Migration keinen Ausgleich bietet, wird die Bevölkerung stets älter. Manche Aspekte des demografischen Wandels sind bereits ausführlich erforscht. So gibt es Studien, die die sich verändernde Bevölkerungsstruktur einzelner Länder im Voraus projizieren oder die aufzeigen, wie ältere Menschen in verschiedenen Medien abgebildet werden – in der Regel eher marginal und wenn, dann oft klischeehaft (z.B. Milner, Van Norman & Milner, 2011; Fealy & McNamara, 2009).

Geld für Schule oder Altersheim?

Weniger Kenntnisse dagegen gibt es darüber, wie Medien die alternde Gesellschaft insgesamt darstellen als gesell-

schaftlichen Prozess mit Auswirkungen auf die Einwohner. Obwohl für einige andere europäische Länder dazu bereits Forschungsergebnisse vorhanden sind (z.B. Schweden, Lundgren & Ljuslinder, 2011; und Belgien, Torben-Nielsen, 2016), fehlen für die Schweiz bis jetzt empirische Daten. Genau diese Wissenslücke versucht das Medienforschungsprojekt «Swiss Ageing Society» zu schliessen, indem es die Berichterstattung in den Zeitungen NZZ, Blick und 20 Minuten untersucht. Medienberichterstattung ist deshalb so wichtig, weil sie Einfluss darauf hat, wie wir uns selber und die anderen sehen, und wie die Ressourcenverteilung in der Gesellschaft legitimiert wird (Lundgren & Ljuslinder, 2012; Lin et al., 2004); z.B. eher Geld für Schulen oder für Altersheime.

Das Forschungsprojekt «Swiss Ageing Society» befindet sich zurzeit in der Analysephase. Es zeichnen sich bereits einige Ergebnistendenzen für die drei untersuchten Zeitungen ab. So fällt auf, dass viele verschiedene Labels (Namen) für die alternde Gesellschaft kursieren; beispielweise demografischer Wandel, Alterung der Bevölkerung, zunehmend alternde Gesellschaft usw. Die Label-Vielfalt erschwert den Wiedererkennungseffekt: Weil nicht immer das gleiche Label mit den Auswirkungen der alternden Gesellschaft verbunden wird, erscheint der Zusammenhang weniger klar. Zudem wird die «alternde Gesellschaft» selten präzise definiert. Diese Definitionslücke führt dazu, dass die alternde Gesellschaft gewissermassen als eine blanko Leinwand erscheint, worauf verschiedene Meinungen projiziert werden können. Zum Teil wird die alternde Gesellschaft sogar als Überzeugungsargument für kontrastierende Meinungen instrumentalisiert.

Zudem zeigt sich, dass die Zeitungen die alternde Gesellschaft deutlich häufiger als Herausforderung denn als Opportunität darstellen. Obwohl wir heute nur dank

grosser Fortschritte in u.a. Gesundheitswesen und Bildung überhaupt so alt werden können, wird die alternde Gesellschaft selten als grosse menschliche Leistung dargestellt. Die vorläufigen Projektergebnisse zeigen ausserdem, dass in erster Linie politische, wirtschaftliche und Gesundheitsthemen mit der alternden Gesellschaft verbunden werden. Andere relevante Themen, z.B. Wohnraum oder (Weiter-)Bildung, sind seltener vertreten. Auch kommen vor allem professionelle Experten zu Wort und weniger Menschen, die zwar keinen beruflichen Bezug zum demografischen Wandel haben, aber gleichwohl direkt mit den Auswirkungen konfrontiert sind, z.B. pflegende Angehörige.

Weitere Informationen

Forschungsprojekt «Swiss Ageing Society»:

Erstmals Schweizer Resultate

Das Medienforschungsprojekt «Swiss Ageing Society» untersucht, mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse, wie die Zeitungen NZZ, Blick und 20 Minuten zwischen 2014 und 2017 über die alternde Gesellschaft berichteten. Das Projekt ist eine Zusammenarbeit der Berner Fachhochschule (Federführung), der Universität de Fribourg und der Università della Svizzera italiana und wird vom Schweizerischen Nationalfonds SNF unterstützt. Definitive Ergebnisse gibt es 2019. Projektwebsite: www.swissageingsociety.ch

Zur Autorin

Karen Torben-Nielsen



Dr. Karen Torben-Nielsen arbeitet als Forscherin und Dozentin am Institut Alter der Berner Fachhochschule. Als ehemalige Zeitungsjournalistin kennt sie die Nachrichtenredaktionen und Nachrichtenproduktion aus erster Hand. Nun verbindet sie Medienforschung mit Untersuchungen über die breiten kulturellen Auswirkungen der alternden Gesellschaft.

Literatur

- Cohen, B.C. (1963). *The press and foreign policy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- European Commission (2012). *Ageing Report: Europe needs to prepare for growing older* (Press Release). Brussels: European Commission Printing Office.
- Fealy, G. & McNamara, M. (2009). *Constructing ageing and age identity: a case study of newspaper discourses*. Dublin: National Centre for the Protection of Older People.
- Lin, M.-C., Hummert, M.L. & Harwood, J. (2004). Representation of age identities in on-line discourse. *Journal of Aging Studies*, 18 (3), 261–274.
- Lundgren, A.S. & Ljuslinder, K. (2012). «The baby-boom is over and the ageing shock awaits»: populist media imagery in news-press representations of population ageing. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6 (2), 39–71.
- Lundgren, A.S. & Ljuslinder, K. (2011). Problematic demography: representations of population ageing in the Swedish daily press. *Journal of Population Ageing*, 4 (3), 165–183.
- Milner, C., Van Norman, K. & Milner, J. (2011). The media's portrayal of ageing. In J.R. Beard, S. Biggs, D.E. Bloom, L.P. Fried, P. Hogan, A. Kalache, & J. Olshansky (Eds.), *Global Population Ageing: Peril or Promise* (pp. 25–29). Geneva: World Economic Forum.
- Niejahr, E. (2004). *Alt sind nur die anderen. So werden wir leben, lieben und arbeiten*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Torben-Nielsen, K. (2016). *The Ageing Society. Analyzing the coverage of the population ageing in a Belgian quality newspaper*. Lugano: Università della Svizzera italiana.

Perceptions des personnes âgées dans les soins

Delphine Roulet Schwab, Professeure à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source et Présidente de la Société Suisse de Gérontologie

Notre société pose un regard souvent négatif sur le vieillissement. De nombreux préjugés et stéréotypes sont associés aux personnes âgées. Les perceptions négatives et les discriminations liés à l'âge sont désignées par le terme «âgisme». Elles s'observent également dans les soins. Les études actuelles fournissent peu de données fiables sur les mesures efficaces en termes de prévention.

Le concept d'âgisme désigne l'ensemble des préjugés, stéréotypes et discriminations liés à l'âge. Dans notre société, les personnes âgées sont souvent considérées comme lentes, dépendantes, peu productives et coûtant cher. Ces représentations sont parfois intégrées par les personnes âgées elles-mêmes, les conduisant à s'auto-déprécier. De nombreux travaux montrent que l'âgisme est très présent et qu'il constitue une discrimination beaucoup plus acceptée socialement que le racisme et le sexisme. L'Eurobaromètre des statistiques de discrimination en Europe (2012) met en évidence que le motif de discrimination le plus souvent mentionné est l'âge (4% – correspondant au fait d'avoir plus de 55 ans), suivi par l'origine ethnique (3%).

L'âgisme a des conséquences importantes sur la santé et l'estime de soi des personnes âgées. Les aînés ayant une vision négative de l'âge ont tendance à avoir de moins bonnes capacités mnésiques et une moins bonne santé comparativement aux personnes de leur âge et à développer plus de problèmes cardio-vasculaires. Une réduction de 7,5 ans de l'espérance de vie a également été constatée en comparaison avec des personnes présentant une vision plus positive de l'âge.

Perceptions de l'âge chez les soignants et incidences sur la prise en soins

La littérature montre que la plupart des gens ont tendance à surestimer le taux d'institutionnalisation, de dépression et de problèmes auditifs des personnes âgées. Cette surestimation semble être encore plus marquée chez les professionnels de la santé que dans la population générale. En

raison de leurs contacts réguliers avec des personnes âgées malades et dépendantes, les soignants percevraient les aînés comme étant, de manière générale, en souffrance et en perte d'autonomie.

Des études soulignent que les interlocuteurs des personnes âgées tendraient à parler plus fort et plus lentement, et à utiliser des phrases simplifiées («elderspeak»). Ce mode de communication induirait un sentiment d'impuissance et une faible estime de soi chez les personnes âgées concernées, avec le risque qu'elles se conforment à l'image qui leur est renvoyée. Un cercle vicieux peut alors se mettre en place, les difficultés induites devenant réelles et renforçant les stéréotypes déjà présents. Dans les soins, on observe également que les patients âgés sont plus facilement tutoyés ou appelés par leur prénom.

La manière dont l'âge est perçu dans le système de santé a également des répercussions sur la qualité des soins aux personnes âgées. Certains pays pratiquent un rationnement explicite ou implicite des soins selon le critère de l'âge. A problématique de santé et pronostic égaux, un patient jeune est donc souvent considéré comme prioritaire par rapport à un patient âgé. Plus généralement, les personnes âgées tendent à être considérées comme des objets de soins. Beaucoup de décisions sont prises «pour leur bien» ou uniquement sur la base de leur âge, sans considération de leur situation singulière. Ces pratiques sont sources de sur-interventions (p.ex. pratiquer une chirurgie invasive chez une personne de 95 ans en fin de vie) et de sous-interventions (p.ex. considérer qu'une reconstruction mammaire n'est de toute façon pas nécessaire chez une femme âgée).

Comment lutter contre l'âgisme dans les soins?

De nombreux travaux ont cherché à mettre en évidence les effets de la proximité des soignants avec les personnes âgées, de l'expérience et de la formation sur les perceptions de l'âge, afin de développer des mesures de prévention. Une méta-analyse récente a toutefois montré que les

34

résultats d'études fournissent peu d'informations fiables sur la fréquence et l'impact de l'âgisme dans les soins, ainsi que sur les mesures à prendre pour le prévenir. Rendre les soignants attentifs aux risques de discriminations liées à l'âge et sensibiliser les personnes âgées à leurs droits constituent un premier pas vers la prévention de l'âgisme dans les soins.

Références

- Abrams, D. & Swift, H.J. (2012). *Experiences and Expressions of Ageism: Topline Results (UK) from Round 4 of the European Social Survey, ESS Country Specific Topline Results (2)*. London: Centre for Comparative Social Surveys. Retrieved from https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS4_gb_toplines_experiences_and_expressions_of_ageism.pdf
- Lagace, M. et al. (2011). A mots couverts: le regard des aînés et des soignants sur la communication quotidienne et ses manifestations d'âgisme implicite. *Canadian Journal on Ageing / La revue canadienne du vieillissement*, 30(2), 185–196.
- Schroyen, S. et al. (2015). Le regard (peu optimiste) du soignant sur la personne âgée. *Medi-Sphere*, 469, 1–3.
- Wilson, D. M. et al. (2017). A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23/24), 3881–3892.

L'auteure

Delphine Roulet Schwab



Delphine Roulet Schwab est Docteure en psychologie (Dr. phil.) et Professeure ordinaire à l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne. Présidente de la Société Suisse de Gérontologie (SSG), elle est l'auteure de plusieurs études sur la maltraitance envers les personnes âgées, les droits des aînés, les relations entre soignants et patients âgés, la bien-traitance et l'âgisme.

Swiss Frailty Network & Repository

Heike A. Bischoff-Ferrari, Klinikdirektorin Geriatrie,
UniversitätsSpital Zürich und Stadtspital Waid

Frailty (Gebrechlichkeit) ist ein Konzept der Altersforschung, das an Bedeutung gewinnt. Hierbei geht es im Grunde um einen beschleunigten Alterungsprozess, bei dem die Anfälligkeit für Krankheiten höher und die Genesungszeit länger ist als üblich. Um im Klinikalltag besser auf die Gebrechlichkeit und ihre Folgen eingehen zu können, braucht es ein Konzept zur standardisierten Messung von Frailty. Das Projekt «Swiss Frailty Network & Repository» (SFNR) hat zum Ziel, solche Messinstrumente zu erarbeiten.

Das Konzept Frailty (Gebrechlichkeit) gewinnt an Bedeutung in der Medizin des älteren Menschen, da es eine dem rein chronologischen Alter überlegene Risikoabschätzung bezüglich akutmedizinischer Komplikationen, Mortalität und Verlust der Autonomie zulässt. Frailty symbolisiert im Grunde den Phänotyp eines akzelerierten Alterungsprozesses, der mit einer Einschränkung mehrerer Organsysteme und Funktionalität einhergeht. Daraus resultieren eine erhöhte Anfälligkeit für akutmedizinische Entgleisungen verschiedener Organsysteme und 30–60% mehr Re-Hospitalisationen, einschliesslich einer etwa 150% längeren Verweildauer in der Akutversorgung aufgrund von vermehrten Komplikationen.

Bedeutende gesundheitsökonomische Konsequenzen

Etwa 10–30% älterer Erwachsener (Alter 70+), die zu Hause leben, gelten als «frail», weitere 40% sind gefährdet (Pre-Frailty). Bis zum Jahr 2030 dürfte sich die Zahl älterer Erwachsener mit Frailty parallel zum prognostizierten Wachstum des älteren Bevölkerungssegments mindestens verdoppeln. Hochrelevant für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft als Ganzes ist, dass ältere Patienten mit Frailty 3-mal mehr Gesundheitsressourcen konsumieren als Gleichaltrige mit einem robusten Gesundheitszustand und guter Funktionalität. Daher wird erwartet, dass die gesundheitsökonomischen Auswirkungen von Frailty enorm sein werden. Ein internationaler Auftrag, das

Thema Frailty als zentrales volksgesundheitliches Handlungsfeld aufzunehmen, ist bereits erfolgt.

Fehlende Messinstrumente

Trotzdem wird Frailty in der klinischen Versorgung älterer Erwachsener weiterhin unterdiagnostiziert, da ein internationaler Konsens über die Definition beziehungsweise die Messinstrumente von Frailty ausstehend sind. Eine breite Anerkennung findet jedoch der von Linda Fried entwickelte und gut untersuchte Frailty Phänotyp, der sich über 5 Komponenten definiert: ungewollter Gewichtsverlust, Erschöpfung, Kraftlosigkeit, verminderte Ganggeschwindigkeit und verminderte physische Aktivität. Die Erfassung von Frailty ist ein zentrales Konzept des umfassenden geriatrischen Assessments. Ausserdem haben mehrere medizinische Fachgebiete begonnen, Frailty bei Karzinompatienten, herzchirurgischen Patienten und potenziellen Organempfängern zu beurteilen.



SFNR-Team, fünf Lehrstühle Geriatrie Schweiz: die Professoren Christoph Bula, CHUV, Lausanne; Gabriel Gold, HUG, Genf; Heike A. Bischoff-Ferrari, USZ, Zürich; Andreas Stuck, Inselspital, Bern; Reto Kressig, Felix-Platter-Spital, Basel (v.l.n.r.).

Konsens entwickeln

Ein wichtiger Schritt zur breiten klinischen Verankerung von Frailty in der Klinik und Grundlage zur Überwindung der verbundenen Komplikationen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen ist die Entwicklung eines Konsensus zur standardisierten Messung von Frailty. Das sollte sowohl klinisch bezogen auf die geriatrischen Teams (z.B. durch den Fried Phänotyp), sowie automatisiert über routinemässig im Akutspital erfasste Daten (elektronische Krankenakte), erfolgen. Das im Rahmen von SPHN (Swiss Personalized Health Network) finanzierte nationale Driver Projekt SFNR des UniversitätsSpital Zürichs hat zum Ziel, beide Messinstrumente in Zusammenarbeit der Geriatrischen Lehrstühle und der IT-Teams aller fünf Universitätsspitäler der Schweiz zu erarbeiten. Damit wäre für die Schweiz eine wertvolle Grundlage geschaffen, Frailty in der Akutversorgung bei allen Patienten ab 65 Jahren als unabhängigen Risikofaktor für negative Ergebnisse elektronisch zu kennzeichnen. Durch die Zusammenführung dieser Daten aus den fünf Universitätskliniken in einem im Rahmen des SPHN etablierten Datenzentrum können zudem klinische Forscher die Prävalenz und die Auswirkungen von Frailty in allen Bereichen der Medizin untersuchen.

Massnahmen zur Prävention und Behandlung

Verknüpft mit dem SFNR-Projekt, leitet das Zentrum Alter und Mobilität am UniversitätsSpital Zürich in Kollaboration mit den Universitäten Basel und Genf zwei grosse Interventionsstudien, in denen konkrete Massnahmen zur Prävention und Behandlung von Frailty untersucht werden. Die im Rahmen des Siebten Europäischen Forschungsrahmenprogramms finanzierte DO-HEALTH Studie untersucht bei über 2000 gesunden Erwachsenen im Alter von 70+, inwieweit Omega-3, Vitamin D oder ein einfaches Krafttrainingsprogramm für zu Hause das Risiko von Frailty zu senken vermögen. Die vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierte STRONG-Studie untersucht die Wirkung von Molke-Eiweiss mit und ohne

Krafttraining zu Hause bei 800 Erwachsenen im Alter von 75+ mit erhöhtem Frailty-Risiko.

Letztendlich würden die Bemühungen in der Diagnostik und Behandlung von Frailty die Gesundheitsversorgung von älteren Erwachsenen mit einem erhöhten Risiko enorm verbessern, indem zukünftig individualisierte Behandlungskonzepte für Frailty in der Klinik etabliert werden können.

Weitere Informationen

Link zum Projekt «Swiss Frailty Network & Repository»:

<http://www.alterundmobilitaet.usz.ch/forschung/klinische-studien/seiten/swiss-frailty-network-repository.aspx>

Dieser Artikel ist mit ausführlichen Literaturausgaben online aufgeschaltet: www.sagw.ch/bulletin

Zur Autorin

Heike Bischoff-Ferrari



Prof. Dr. med. Heike Bischoff-Ferrari hat ihre klinische Ausbildung Altersmedizin in Basel und Boston absolviert. Ihre wissenschaftliche Ausbildung hat sie mit einem Doctor of Public Health an der Harvard School of Public Health in Boston abgeschlossen mit Schwerpunkt Epidemiologie, Biostatistik und Ernährung. 2013 erhielt sie den Ruf an die Universität Zürich als Lehrstuhlinhaberin Geriatrie und Altersforschung. Prof. Bischoff-Ferrari ist

Studienleiterin der grössten Altersstudie Europas DO-HEALTH, die zum Ziel hat, die gesunde Lebenserwartung zu verlängern. Seit 2017 koordiniert sie das «Swiss Frailty Network & Repository»-Projekt in Kollaboration mit den fünf Geriatrie-Lehrstühlen und den IT-Teams der fünf Universitätsspitäler der Schweiz.

Soins de santé – besoins des personnes âgées

Brigitte Santos-Eggimann, Université de Lausanne

L'augmentation de la longévité humaine répond à des aspirations très anciennes, mais elle place les systèmes de santé face à des besoins nouveaux auxquels il s'agit de répondre rapidement sans pouvoir se référer à des expériences du passé. L'hétérogénéité de la population âgée et la diversité de ses besoins sont des freins à l'adaptation de systèmes de santé dont l'organisation et la logique souffrent d'une relative inertie.

Alors que le vieillissement démographique observé depuis plus d'un siècle s'accélère sous l'effet du baby-boom de l'après-guerre, l'adaptation du système de santé reste lente face aux besoins complexes des personnes âgées. Une crainte des effets sociaux du vieillissement peut en outre générer des réactions négatives (déli, agisme) pouvant la compromettre. Les systèmes de santé sont appelés à répondre sans discrimination aux problèmes de santé aigus que présentent les personnes âgées comme l'ensemble de la population, mais aussi à diversifier leur offre et à l'ajuster à des besoins qui, sans être réellement nouveaux, prennent une ampleur inédite.

Hétérogénéité des personnes âgées

Pour définir la personne âgée il est courant de faire appel à un critère social, l'âge légal de la retraite professionnelle, délimitant un groupe dont le seul point commun est d'avoir vécu au moins 65 ans. Or l'écart entre les plus jeunes et les plus âgés de ce groupe est d'une quarantaine d'années qui, sur le plan de la santé, n'ont pas toutes le même poids. De plus, si une personne récemment retraitée et un super-centenaire sont difficilement comparables, deux personnes du même âge ne le sont pas davantage car les particularités individuelles, génétiques ou socio-économiques, influencent la santé. Comme le souligne l'OMS, chaque personne âgée est différente. Aucune catégorie d'âge n'est en effet plus hétérogène en matière de santé que celle des «personnes âgées».

Prévalence élevée de maladies chroniques

Bien que diverses, les personnes âgées ont derrière elles une vie suffisamment longue pour permettre le développement de maladies chroniques. Selon l'étude Lc65+, deux tiers des hommes et trois quarts des femmes de 65 à 70 ans en rapportent une ou plusieurs sans même considérer l'hypertension artérielle, largement répandue. Les données d'assurance-maladie illustrent l'ampleur de la multimorbidité et son augmentation avec l'avancée en âge (Bähler et al. 2015).

Diversité des besoins

D'où vient alors la diversité des besoins? D'abord du fait que le nombre, la nature, la sévérité et les conséquences des affections chroniques, notamment en termes de fragilisation et de difficultés fonctionnelles, sont très variables. L'intersection entre morbidité, fragilité et dépendance fonctionnelle détermine une complexité d'autant plus grande que les besoins de soins qui en résultent sont modulés par le contexte social. La réponse adéquate déborde parfois du champ médical, nécessitant une collaboration entre secteurs sanitaire et social, ou entre professionnels et proches aidants, dont les perspectives ne sont pas toujours convergentes.

Les défis pour le système de santé

Prévenir la dépendance fonctionnelle et préserver la qualité de vie des personnes âgées sont les principaux défis pour notre système de santé. Le premier appelle une détection précoce des maladies et de la fragilité ainsi qu'une réponse médicale ne négligeant aucune opportunité de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le second demande une offre médico-sociale correspondant aux attentes des personnes âgées et de leurs proches et une coordination des soins adéquate, lorsque les besoins deviennent complexes. Enfin, quand les défaillances d'organes compromettent définitivement la perspective d'une survie digne, la qualité de vie peut aussi être favorisée par une approche palliative et un renoncement à des soins héroïques devenus futiles.

38

Selon un récent rapport (Merçay), en Suisse 97% des personnes de 65 ans ou plus ont un médecin traitant qui fournit, en général, une aide à la coordination des soins. Son accessibilité est cependant ressentie comme limitée et semble avoir diminué au cours des ans. La prévention est moins souvent discutée que dans d'autres pays. Le recours aux spécialistes est similaire mais la coordination entre médecin traitant et spécialistes et le suivi post-hospitalier paraissent moins satisfaisants en Suisse. Les données objectives indiquent aussi que les taux d'hospitalisation des personnes de 80 ans et plus ont nettement augmenté entre 2010 et 2015 pour des raisons indéterminées (Andreani).

Les limitations d'accès aux soins peuvent être dommageables, mais aussi contre-productives si elles conduisent aux portes de l'hôpital des personnes âgées restées sans réponse adéquate à leurs besoins et à leurs attentes. Le système de santé suisse repose essentiellement sur un principe de rationnement implicite; une analyse des mécanismes limitant de fait l'accès des personnes âgées aux soins dont elles ont besoin et qui favorisent leur hospitalisation devient urgente.

L'auteure

Brigitte Santos-Eggimann



Prof. Brigitte Santos-Eggimann MD, DrPH, MPH est responsable de l'Unité des services de santé de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne, et depuis 2004 investigateur principal de la cohorte Lc65+ consacrée à l'étude de la fragilisation liée à l'âge. Formée en médecine (Université de Genève) et en santé publique (Johns Hopkins University, Baltimore),

sa recherche porte sur l'épidémiologie du vieillissement et sur l'adaptation des services de santé au vieillissement démographique.

Références

- Andreani T. Les hospitalisations à partir de 60 ans. Actualités OFS, 14 Santé. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2017. OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/vieillissement-infographie-oms.pdf?ua=1>
- Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Serv Res* 2015;15:23. DOI 10.1186/s12913-015-0698-2.
- Lc65+: <http://lc65plus.iuimsp.ch/>
- Merçay C. Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. *Obsan Dossier 60*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2017.
- Santos-Eggimann B. La santé des personnes de 65 à 70 ans: un profil instantané, *Revue Médicale Suisse* 2007;3:2546–2551.

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Gerold Stucki und Jerome Bickenbach

Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik,
Kultur- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Luzern
Schweizer Paraplegiker-Forschung, Nottwil

Funktionsfähigkeit ist der dritte Gesundheitsindikator im Gesundheitssystem. Er ergänzt die beiden seit langem etablierten Indikatoren Mortalität und Morbidität. Er ist der entscheidende Indikator zur Planung und zum Monitoring der Gesundheitsversorgung für eine alternde Bevölkerung. Ziel ist die Optimierung der Funktionsfähigkeit, die die biologische und die gelebte Gesundheit in der Interaktion mit der physischen und sozialen Umwelt umfasst.

Funktionsfähigkeit ist der dritte Gesundheitsindikator im Gesundheitssystem¹. Er ergänzt die beiden seit langem etablierten Indikatoren Mortalität und Morbidität. Die drei Indikatoren erlauben das Monitoring der fünf Gesundheitsstrategien Prävention und Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation und Palliation. Als Referenzsystem stellt die WHO zwei Klassifikationen zur Verfügung: die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) für das Monitoring der Funktionsfähigkeit² und die ICD (International Classification of Diseases) für das Monitoring von Mortalität und Morbidität.

Funktionsfähigkeit – eine Operationalisierung von Gesundheit für wissenschaftliche Zwecke

Das Konzept von Gesundheit wird seit jeher intensiv reflektiert und diskutiert. Definitionsansätze reichen von der wegen ihres Anspruchs von «complete health» kritisierten Definition der WHO (1948) bis zur Auffassung, dass der Versuch einer Definition zwecklos sei³. Mit der ICF wurde ein alternativer Weg beschritten, nämlich die Entwicklung einer weltweit anwendbaren Operationalisierung für wissenschaftliche und praktische Zwecke. Die ICF erfüllt zwei Grundvoraussetzungen für eine solche Operationalisierung. Erstens ist dies ein intuitives Verständnis für «what matters to people about their health», repräsentiert durch das Konzept der Funktionsfähigkeit. Dieser Schlüsselbegriff der ICF erlaubt die gesamte Bandbreite menschlicher Aktivitäten zu beschreiben:

vom einfachen Greifen und Stehen bis zu komplexeren Aktivitäten wie arbeiten, zur Schule gehen oder an gemeinschaftlichen Aktivitäten teilnehmen. Zweitens sind dies die methodischen Grundlagen, welche eine Dokumentation der Funktionsfähigkeit in Forschung und Praxis ermöglichen⁴.

Funktionsfähigkeit – ein entscheidendes Konzept, um den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden

Es ist kein Zufall, dass die WHO die ICF gerade jetzt, das heisst zu Beginn des 21. Jahrhunderts, lanciert hat. So ist es notwendig, Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse dieses Jahrhunderts auszurichten. Grosse Herausforderungen diesbezüglich sind das Altern, das Leben mit chronischen Gesundheitsstörungen und die Erfahrung von Behinderung. Ihnen gemeinsam ist eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit. Sie umfasst die Verminderung der biologischen Gesundheit oder «intrinsischen Gesundheitskapazität» wie auch die Verminderung der gelebten Gesundheit oder «funktionalen Fähigkeit» in der Interaktion mit der physischen und sozialen Umwelt.

Für jüngere Menschen tritt Gesundheit oft erst mit einer Verletzung oder einer Krankheit ins Bewusstsein. Mit dem Älterwerden und den damit verbundenen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit wird Gesundheitserfahrung ein ständiger Begleiter. Das Ziel für ältere Menschen ist der Erhalt der Funktionsfähigkeit. Dies gelingt durch die Optimierung einerseits der biologischen Gesundheit und andererseits der gelebten Gesundheit in der Interaktion mit der physischen und sozialen Umwelt. Dies ist auch vor dem Hintergrund einer abnehmenden biologischen Gesundheit möglich.

Handlungsbedarf für die Gesundheitspolitik

Für die Gesundheitspolitik ergeben sich entsprechend zwei aufeinander bezogene Desiderata. Erstens muss die Gesundheitsstrategie, welche als Ziel die Optimierung der Funktionsfähigkeit hat, im Gesundheitssystem gestärkt

werden. Diese Strategie ist die Rehabilitation⁵. Zweitens muss Funktionsfähigkeit als dritter Gesundheitsindikator systematisch in Gesundheitsinformationssysteme integriert werden. Konkret gelingt dies durch die Implementierung der ICF als Referenzsystem für das standardisierte Reporting von Gesundheitsinformationen. Im Rahmen eines Projektes des NFP 74 «Smarter Health Care» wird zurzeit aufgezeigt, wie mit unterschiedlichen Messinst-

umenten erfasste Gesundheitsdaten auf Basis der ICF berichtet werden können. Mit dem Ziel der Vergleichbarkeit und einfachen Interpretierbarkeit von Informationen zur Funktionsfähigkeit sollten deshalb Daten in der Altersforschung in Bezug auf die ICF als Referenzsystem berichtet werden. Dies betrifft insbesondere klinische Studien, Register und Kohorten sowie Gesundheitsbefragungen. Mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungserbringung sollten zudem kantonale Leistungsaufträge und nationale Qualitätsprogramme die ICF als Referenzsystem zur normativen Formulierung von Berichtsstandards verwenden. Schlussendlich ist es zur fairen Finanzierung von Versorgungsleistungen für ältere Menschen notwendig, dass Funktionsfähigkeit zur Berechnung und Vergütung ihrer Kosten in Ergänzung zu Informationen betreffend Krankheiten und Prozeduren mitberücksichtigt wird.

Zu den Autoren

Gerold Stucki



Prof. Gerold Stucki, MD, MS, ist Lehrstuhlinhaber am Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik an der Universität Luzern und leitet das Center for Rehabilitation in Global Health Systems sowie die Schweizer Paraplegiker-Forschung in Nottwil. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Gestaltung des Gesundheitssystems und die

Optimierung der Leistungserbringung mit dem Ziel der Optimierung der Funktionsfähigkeit von Menschen mit Gesundheitsproblemen.

Jerome Bickenbach



Jerome Bickenbach, PhD, LLB, ist Professor Emeritus an der Queen's University (Kanada) und ständiger Gastprofessor am Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik der Universität Luzern. Er ist Autor von *Physical Disability and Social Policy* (1993) und *Ethics, Law and Policy* (2015) und Berater der Weltgesundheitsorganisation für Behindertenfragen. Er ist Leiter der Disability Policy Unit der Schweizer Paraplegiker-Forschung.

Literatur

- 1 World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO Press; 2011.
- 2 Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):134-8.
- 3 Stucki G, Rubinelli S, Bickenbach J. We need an operationalization, not a definition of health. *Disabil Rehabil.* [In press]
- 4 Stucki G, Prodinger B, Bickenbach J. Four steps to follow when documenting functioning with the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53(1):144-9.
- 5 World Health Organization. Rehabilitation: key for health in the 21st century. *Rehabilitation 2030: a call for action.* [Internet] 2017. Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>.

Die Betreuung im Alter – eine neue sozialpolitische Herausforderung

Carlo Knöpfel, Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz

Pflege ohne Betreuung ist nicht denkbar. Aber Betreuung ohne Pflege sehr wohl. Trotzdem fehlen klare Regelungen im Sozialrecht, was unter guter Betreuung im Alter zu verstehen ist.

In der Schweiz gibt es kein umfassendes Gesetz, das die Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen älteren Menschen regelt. Die Bestimmungen und Zugangskriterien zu den Leistungen für betagte Personen sind in den verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen, in 26 unterschiedlichen kantonalen Gesetzen und Verordnungen sowie in kommunalen Weisungen verankert. Gemein ist der komplexen Regelung, dass explizite Bestimmungen zur Betreuung der Betagten auf allen staatlichen Ebenen fehlen. Der Begriff Betreuung bleibt im sozialrechtlichen Kontext unterbestimmt.

Zwei Formen von Betreuung

In der Ausbildung und im Arbeitsalltag mit Betagten nimmt die Betreuung zwei Formen an. Zum einen ist Betreuung Beziehungsarbeit, zum anderen handelt es sich um fachspezifische Aufgaben, entweder komplementär zur Pflege oder als eigenständige Unterstützung. Damit lässt sich die implizite von der expliziten Betreuung unterscheiden. Unter impliziter Betreuung sind die sorgende Haltung und unterstützende Handlungen zu verstehen. Die Bedürfnisse der betreuenden Person stehen dabei im Mittelpunkt. Hingegen umfasst die explizite Betreuung Beschäftigungs- und Aktivierungsmassnahmen im Rahmen von Betreuungsangeboten. Dabei stehen der jeweilige Alltag sowie seine Gestaltung und Bewältigung im Fokus.

Schwer fassbare Vielfalt von Aufgaben

Die Betreuung von älteren Menschen zu Hause wie auch in stationären Einrichtungen zeichnet sich durch eine grosse Vielfalt der Aufgaben aus und ist dadurch nur schwer zu fassen. Letztlich lassen sich Betreuungsaufgaben nicht auf eine verlässliche und ökonomisierbare Zeit-

dauer festlegen. Die Lebenssituation und die Bedürfnisse der Leistungsempfangenden geben die Taktung der Betreuung vor. Diese muss sich darum auf Unvorhersehbares und Ungeplantes einlassen (können).

Betreuung ist eine Unterstützungsform, die je nach Wohnsituation und gesundheitlicher Verfassung der betroffenen Person von unterschiedlichen Akteuren geleistet wird. Am häufigsten übernehmen PartnerInnen und Familienangehörige Betreuungsaufgaben. Ergänzt wird die Betreuung daheim durch Angebote von privaten Betreuungsunternehmen, Spitex-Diensten, Altersorganisationen und Care-MigrantInnen. «Ageing in place» ist also eine Aufgabe des privaten Umfelds und ist stark von den finanziellen Ressourcen der betagten Person und ihrer Familie abhängig. Neben der gesundheitlichen Situation ist das Fehlen sozialer Netzwerke denn auch ein ausschlaggebender Faktor für einen Heimeintritt.

In stationären Einrichtungen liegen die Betreuungsaufgaben in den Händen des Fachpersonals (Pflege- und Betreuungspersonal, Aktivierungstherapeutinnen etc.) oder von Freiwilligen. Sie sind durch Veranstaltungen sowie alltagsnahe Beschäftigungs- und Aktivierungsmassnahmen institutionalisiert. Letztere sind in die Alltagsstrukturen der Institutionen eingeplant und zeitlich begrenzt. Die Betreuung wird dadurch formalisiert, in fachspezifische Aufgaben unterteilt und auf punktuell stattfindende Aktivierungen fixiert. Meistens sind die Angebote gruppenorientiert, was es dem Personal erschwert, auf die Bedürfnisse der einzelnen BewohnerInnen einzugehen.

Getakteter Arbeitsalltag erschwert individuelle Betreuung

Spontane Handlungen wie ein Spaziergang, individuelle Gespräche bei einem Kaffee oder die einmalige Unterstützung beim Ausfüllen eines Formulars rücken im getakteten Arbeitsalltag in den Hintergrund oder werden verunmöglicht. Der betreuerische Blick auf das alltäglich Normale gerät aus dem Fokus. BewohnerInnen mit genü-

42

gend finanziellen und sozialen Ressourcen können ihren Heimalltag bedürfnisorientierter gestalten. Schwieriger wird es für die BewohnerInnen mit geringen ökonomischen Ressourcen und einem schwachen sozialen Netzwerk.

Das Unterstützungssystem für betagte Menschen in der Schweiz mündet darum immer stärker in eine Zweiklassenversorgung, in der gut situierte Betagte sich eine professionelle Betreuung leisten können und andere nicht. Um allen betagten Personen trotzdem die nötige Unterstützung im Alltag zu bieten, braucht es in der Schweiz in Zukunft ein Anrecht auf Betreuung als Teil eines sozial ausgerichteten Service public.

Weitere Informationen

Gute Betreuung im Alter – Perspektiven für die Schweiz; ein Bericht der Paul Schiller Stiftung aufgrund einer Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) zur Situation sowie zu den Entwicklungen und Herausforderungen der Betreuung im Alter für die Schweiz: www.gutaltern.ch

Carlo Knöpfel, Riccardo Pardini, Claudia Heinzmann: Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme. Seismo Verlag, Zürich 2018.

Zum Autor

Carlo Knöpfel



Carlo Knöpfel ist Sozialwissenschaftler. Er nimmt eine Professur für Sozialpolitik und Soziale Arbeit an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) wahr. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören der Wandel der Arbeitsgesellschaft, Armut und soziale Ungleichheit sowie die Lebensphase Alter. carlo.knoepfel@fhnw.ch

Pflege und Betreuung im Alter – Sicht von CURAVIVA Schweiz

Michael Kirschner, wissenschaftlicher Mitarbeiter,
CURAVIVA Schweiz

Die Pflege und Betreuung älterer Menschen wird heute freudlos als Kostenfaktor wahrgenommen. In den politischen und öffentlichen Diskussionen über das Alter und Altern brauchen wir deshalb dringend ein Umdenken. Die Zukunftsfragen müssen heute in der richtigen Reihenfolge gestellt werden: Welches Angebot wollen wir? Für wen wollen wir es? Was kostet dieses? Wer bezahlt es?

Lebensqualität für Bewohner und Mitarbeiter

Die «gute Lebensqualität» ist aus subjektiver und objektiver Sicht ein Paradox. Den Kontext hierfür bilden die jährlich in 1570 Pflegeheimen von 128 700 Mitarbeitern an 20,4 Mio. Arbeitstagen für 149 000 Bewohner geleisteten 32 Mio. Pflgetage (SOMED-Statistik). Es muss wie eine Illusion erscheinen, in dieser Komplexität individuelle Lebensqualität objektiv vermessen zu wollen.

Der Öffentlichkeit wird durch polarisierende Medienberichte aber glauben gemacht, dass sie in Gefahr sei. Die Berichterstattung über Einzelfälle führt zu Schlagzeilen wie «Missstände – und keiner schaut hin», «Unsere Mutter wurde gefesselt» oder «Pflegerinnen belasten ihren Arbeitgeber» – gefolgt vom medialen Shitstorm. Dort, wo im Einzelfall Missstände und Misswirtschaft vorkommen, muss natürlich konsequent berichtet, aufgeklärt und korrigiert werden.

Unabhängige repräsentative Studien zeigen aber ein anderes Bild: Mehr als 70 Prozent der Bewohner schätzen ihre Lebens- und Pflegequalität subjektiv als gut bis sehr gut ein, wenn es um ihre Alltagsgestaltung, Autonomie, Komfort, Privatsphäre oder Würde geht. 75 Prozent leben gerne in ihrem Pflegeheim. 94 Prozent (!) würden dieses sogar anderen weiterempfehlen (RESPONS-Studie). Zudem sind 88 Prozent des Pflege- und Betreuungspersonals in den Pflegeheimen mit der eigenen Arbeitsstelle insgesamt zufrieden (SHURP-Studie).

Herausforderungen für die Pflegeheime in der Schweiz

Die grössten Herausforderungen aus Sicht der Betriebe sind bekannt:

- (1) die Suche nach genügend qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal,
- (2) der steigende Kosten- und Zeitdruck in der Betreuung und Pflege,
- (3) die Zunahme von Personen mit Demenz und Verhaltensauffälligkeiten sowie
- (4) neue gesetzliche Bestimmungen und Qualitätsanforderungen (CURAVIVA-Studie).

Ältere und pflegebedürftige Menschen treten aufgrund der besseren ambulanten Versorgung immer später in Pflegeheime ein. Bei ihrem Eintritt sind sie somit immer älter und pflegebedürftiger. Die Intensität der Pflege wird ansteigen. Die Babyboomer-Generation kommt ins hohe Alter und möchte ihr selbstbestimmtes Leben trotz Pflegebedürftigkeit möglichst lange weiterführen können. Schon heute fordern die Bewohner mehr Dienstleistungen und Serviceangebote aus einer Hand. Die Pflegeheime müssen sich diesen Entwicklungen anpassen.

Vision: Wohn- und Pflegemodell 2030

Im Sinne einer zukunftsorientierten Vision hat CURAVIVA Schweiz deshalb das Wohn- und Pflegemodell 2030 entwickelt. In diesem Modell verstehen sich Pflegeheime als dezentralisierte und sozialraumorientierte Dienstleistungsunternehmen, die älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der von ihnen bevorzugten Wohnumgebung ermöglichen. Immer mehr Anbieter aus dem ambulanten und stationären Bereich werden in unterschiedlicher Form zusammenarbeiten. Das Angebot aus «einer Hand» wird überschaubarer, die Wahl und der Wechsel zwischen Teilangeboten aus der gesamten Versorgungskette vereinfacht.

44 Handlungsbedarf bei der Wahrnehmung und bei der Umsetzung

Der Handlungsbedarf ist seit Jahrzehnten bekannt. Es sind die suggestiven Bilder, Parolen, Phrasen und Ängste, die uns zu schaffen machen: Alters-Tsunami, Überalterung der Gesellschaft, Epidemie nichtübertragbarer Krankheiten, die Formel «Je älter die Menschen, desto höher die Gesundheitsausgaben», der auf den Pflegefall reduzierte ältere Mensch. Ältere Menschen verkommen so zum Zündstoff einer «Kostenexplosion». Welche Explosion dauert 30 Jahre?! Deshalb brauchen wir in den politischen und öffentlichen Diskussionen über das Alter und das Altern dringend ein Umdenken.

Ist der vielfach geforderte Systemwechsel nicht in Sicht (Pflegefiananzierung, Pflegeversicherung, einheitliche Finanzierung, Finanzierung Demenz / Palliative Care, Komplexpauschalen, Subjektfinanzierung, Reform Ergänzungsleistungen usw.), müssen es Innovationen richten. In der Schweiz haben wir aber kein Innovations-, sondern ein Umsetzungsproblem. Geschäftsleitungen und Trägerschaften sollten die Herausforderungen und das grosse Potenzial integrierter Ansätze kennen. Um diese Strukturen aufzubauen, müssen die Zukunftsfragen deshalb in der richtigen Reihenfolge gestellt werden:

- (1) Welches Angebot wollen wir?
- (2) Für wen wollen wir es?
- (3) Was kostet dieses?
- (4) Wer bezahlt es?

Der Strukturwandel in der «Ageing Society» hat begonnen. Die Akteure können Prozesse beschleunigen und mitgestalten – oder verhindern.

Literatur

- CURAVIVA Schweiz (2016). Das Wohn- und Pflegemodell 2030. Die Zukunft der Alterspflege. Online: www.curaviva.ch/wopm
- Leser, M. (2017). Herausforderungen Alter. Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben. Stuttgart: Kohlhammer.

Links

Bundesamt für Statistik: SOMED-Statistik
www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html

Berner Fachhochschule: RESPONS-Studie
www.gesundheit.bfh.ch/de/forschung/aktuell/respons.html

Universität Basel: SHURP-Studie
<https://shurp.unibas.ch/>

CURAVIVA Schweiz: Herausforderungen und Erfolgsfaktoren der Schweizer Altersinstitutionen
www.curaviva.ch/Fachinformationen/Forschung-und-Praxis/Studien/

Zum Autor

Michael Kirschner



Michael Kirschner ist Soziologe und arbeitet im Fachbereich Menschen im Alter bei CURAVIVA Schweiz, dem Dachverband der Heime und sozialen Institutionen | www.curaviva.ch

Entwicklung von langfristigen Betreuungs- und Pflegesystemen

Devrim Yetergil Kiefer, Geschäftsleiterin Spitex Zürich Sihl

Die Lebenserwartung steigt. Natürlich möchten alle trotz hohen Alters unabhängig bleiben und in den eigenen vier Wänden wohnen. Die ambulante Pflege macht dies möglich. Aber damit die Qualität stimmt, müssen gewisse Rahmenbedingungen gegeben sein.

Die heutige Bevölkerung blickt auf eine hohe Lebenserwartung. Die meisten Menschen können diese dank immer besserer Technik und rasanter medizinischer Fortschritte sehr lange geniessen. Auf der anderen Seite nimmt die Pflegebedürftigkeit generell zu; denn Krankheitsbilder wie Demenz und Mehrfacherkrankungen vieler Klienten machen die Pflege von morgen noch anspruchsvoller und komplexer. Spezielle Dienstleistungen wie Palliative Care, gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung und Unterstützung von behinderten Menschen im Alter gehen mit einer weiteren Verlagerung der Pflege von den Heimen hin zu anderen Betreuungsformen (Spitex, intermediäre Strukturen) einher. Auch, weil unsere Gesellschaft im Alter ein Leben in den eigenen vier Wänden unbedingt wünscht.

Gute Betreuung im ambulanten Bereich

Eine gute Versorgung im ambulanten Setting zu Hause setzt ein optimales Zusammenspiel von Pflege, Hauswirtschaft und Betreuung voraus. Hauswirtschaft und Betreuung fördern und erhalten ein selbstständiges Leben zu Hause. Sie tragen zu einer guten Lebensqualität auch im Alter bei. Sie helfen, soziale Isolation zu vermeiden und entlasten pflegende Angehörige.

Mit der demografischen Entwicklung und der Zunahme von chronischen Erkrankungen nimmt die Bedeutung der hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen zu. Die Mitarbeitenden der Spitexorganisationen sind dabei entscheidende Schlüsselpersonen für Früherkennung und Prävention z.B. bei eingeschränkter Mobilität, Veränderungen kognitiver Leistung oder einer Beeinträchtigung des psychischen Zustands. Durch frühe

professionelle Massnahmen in Absprache mit den Klientinnen und Klienten kann solchen Veränderungen rechtzeitig begegnet werden. Gleichzeitig beraten, begleiten und entlasten die Spitexorganisationen pflegende Angehörige und vermitteln ihnen spezifische Dienstleistungen.

Herausforderungen für die Spitex

Spitex-Dienstleistungen werden durch öffentliche Spitex-Organisationen mit Versorgungspflicht und private Organisationen angeboten. Für ihre Leistungen erhalten die Spitex-Organisationen von den Krankenkassen und vom Kanton, welche dies an die Gemeinden delegieren können, zeitabhängige Beträge. Die Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung ist insbesondere für die Finanzierung relevant. Es besteht jedoch keine allgemeingültige Definition des Betreuungsbegriffs. Im Spitex-Bereich werden daher die KLV¹-pflichtigen Leistungen (Pflege) und nicht KLV-pflichtigen Leistungen (Hauswirtschaft und Betreuung) unterschieden.

Die hauswirtschaftlichen und betreuerischen Leistungen kommen politisch unter Druck, obwohl sie für die Klientinnen und Klienten von zentraler Bedeutung sind. Sie müssen darum sowohl niederschwellig und einkommensunabhängig sichergestellt werden als auch kostendeckend sein. Die öffentliche Hand ist hier stark gefordert.

Ein wesentlicher Faktor guter ambulanter Versorgung zu Hause ist die Betreuung. Eine professionelle Betreuung fördert die Ressourcen der Klienten, damit diese in möglichst hoher Autonomie lange zu Hause leben können. Betreuung ermöglicht aber auch die Teilnahme am sozialen Leben und fördert die Entlastung von Angehörigen. Dennoch ist die Finanzierung von Betreuungsleistungen nicht gewährleistet. Dabei erfordert die Zunahme von

¹ Krankenpflege-Leistungsverordnung (Anm. d. Redaktion).

demenziellen Erkrankungen hier dringend und zwingend eine gute neue Lösung.

Handlungsbedarf beim Berufsbild und in der koordinierten Versorgung

Die gesundheitspolitische Strategie «ambulant vor stationär» akzentuiert massiv den Fachkräftemangel. Es sind mehr Ausbildungsplätze nötig, die Arbeitsplätze müssen fachlich und finanziell attraktiv, aber auch familienfreundlich sein. Zudem muss der Pflegeberuf im gesellschaftlichen Diskurs deutlich aufgewertet werden.

Die koordinierte Versorgung ist zentral, um die Hilfe und Pflege zu Hause effektiver und effizienter zu machen. Wesentlich dafür ist ein optimal abgestimmtes Austrittsmanagement zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Mit Blick auf die Schnittstelle von der ambulanten zur stationären Pflege sind sogenannte integrierte Versorgungsmodelle mit flexiblen Leistungsangeboten entscheidend. Die koordinierten und integrierten Behandlungs- und Pflegeprozesse sollen einerseits die Versorgungsqualität sichern und erhöhen, andererseits aber auch die Effizienz und Effektivität der angebotenen Leistungen steigern.

In der Pflege entstehen neue Berufsbilder mit hochqualifizierten Pflegefachpersonen – PflegeexpertInnen mit Masterabschluss in Pflege (MSc Nursing). Diese PflegeexpertInnen APN (Advanced Practice Nurses) haben ausgewiesene Kompetenzen in der klinischen Entscheidungsfindung, in der Beratung von Klienten und Angehörigen und in der Versorgung von komplexen Pflegesituationen zu Hause. Spitex Zürich Sihl hat dafür ein wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt lanciert. Zukünftig können mit dem Einsatz von PflegeexpertInnen APN fachliche Kooperationen mit Haus- und Fachärzten vertieft und weiterentwickelt werden.

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit: Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung – Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung des Bundesamtes für Gesundheit», Bern 2018.
- Bundesrat: Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, Bericht des Bundesrates, Bern 2016.
- Cosandey Jérôme, Kienast Kevin: Neue Massstäbe für die Alterspflege, Kantonsmonitoring 7, Avenir Suisse, Zürich 2016.
- Spitex Magazin: Komplexere Pflegefälle verlangen nach mehr Kompetenzen, S. 12–13, April/Mai, Bern 2/2018.
- Spitex Schweiz, Curaviva Schweiz: Gemeinsame Erklärung der Vorstände von Spitex Schweiz und CURAVIVA Schweiz zur Entwicklung der Langzeitpflege und zur Zusammenarbeit der Verbände, April 2018.
- Spitex Verband Schweiz: Hauswirtschaftliche und sozialbetreuende Leistungen in der NPO Spitex – Eine Notwendigkeit. Die Grundhaltung des Spitex Verbandes Schweiz, Bern, 26. September 2016.
- Wächter Matthias, Hafen Martin, Bommer Angela, Rabhi-Sidler Sarah: Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick, Hochschule Luzern 2015.

Zur Autorin

Devrim Yetergil Kiefer



Dr. Devrim Yetergil Kiefer ist Ökonomin und promovierte Umweltnaturwissenschaftlerin mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie. Sie war lange Inhaberin eines Management-Consulting-Unternehmens, seit 2014 ist sie Geschäftsleiterin Spitex Zürich Sihl.

Altersfreundliche Quartiere und Wohnformen – Sicht der Forschung

Ulrich Otto, Leiter Careum Forschung
 Anna Hegedüs, wissenschaftliche Mitarbeiterin
 Careum Forschung

Ältere Menschen in ihren sozialräumlichen Umwelten – diese Perspektive steht immer stärker im Fokus der Forschung wie der gesellschaftlichen Entwicklungsarenen. Ziel ist, die vielen wirkungsmächtigen Faktoren zusammenzudenken, die das Älterwerden vor Ort erleichtern – sowohl Hardware- wie Software-Bereiche: stadträumliche, bauliche, wohnungs- und verkehrsbezogene Aspekte, soziale Netzwerkbeziehungen, informelle und formelle Unterstützung und Versorgung, schliesslich auf all dies bezogene Sozial-, Pflege- und Raumplanung u.a.m.

Zentrale Fluchtpunkte der ganz unterschiedlichen Paradigmen sind Intersektoralität, eine Querschnittspolitik für gutes Altern – mit Blick auf Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Gesundheit – sowie stark integrierte koproduktive Versorgungsansätze. Seit ihrer Entwicklung durch die WHO hat hier v.a. die Perspektive auf «Age-friendly Cities und Communities» weltweit eine prägende und starke Entwicklung genommen (Moulaert & Garon, 2018). International kamen benachbarte Konzepte hinzu, bspw. «Livable Communities for all Ages». Die Quartiersorientierung gehört bereits seit einigen Jahren gerade im deutschen Sprachraum zu ganz zentralen Leitorientierungen der Alterspolitik und Altenarbeit sowie mehr und mehr auch der Versorgung – obwohl ihre Wurzeln (bspw. Quartiersmanagementmodelle) nicht vorrangig auf Ältere zielten.

In der deutschsprachigen Diskussion haben seit bald zehn Jahren das deutsche KDA-Quartierskonzept sowie die Schriften «Zukunft Quartier» der Bertelsmann-Stiftung und der 7. deutsche Altenbericht (DZA, 2016) die

wissenschaftlichen und praktischen Diskurse stark geprägt. Indem Letzterer die neuere Perspektive der «Caring Communities / sorgenden Gemeinschaften» propagiert, ist er Teil einer breiter werdenden auch internationalen Debatte, die über die Quartiersorientierung noch mehrdimensional hinausgeht. Dies gilt ähnlich auch für die ebenfalls immer mehr Platz greifende Idee der Gesundheitsregionen und Gesunden Städte. Allen Konzepten gemein ist neben dem Raumbezug, dass sie ein Korrektiv zur Übergewichtung medizinisch-versorgerischer Aspekte in alternden Gesellschaften darstellen.

«Älterwerden im Quartier» – Projekt mit nachhaltiger Ausstrahlung

2014 lancierte die Stadt Frauenfeld das Pilotprojekt «Älter werden im Quartier» (AwiQ), vorher lief bereits die partizipative Altersplanung. Das Ziel ist es, möglichst gute Rahmenbedingungen schaffen, die älteren Menschen selbständiges Wohnen und Leben in ihrer gewohnten Umgebung ermöglichen. Im Pilotprojekt wirkte die Bevölkerung im systematisch partizipativen Prozess bei der Entwicklung und Umsetzung des Themas «Leben und Wohnen im Alter zu Hause/im Quartier» mit (Jakovac, 2017).

Im Folgenden nur einige Essentials aus (Begleit-)Forschungssicht:

Das Projekt geht – vom Selbstanspruch, aber auch von der konkreten Umsetzung – weit darüber hinaus, nur einige wenige zusätzliche «Angebote» zu schaffen. Es ging den AkteurInnen nicht nur um die Bespielung einer bürger-

schaftlichen «Spielwiese», also eines «Gärtlis» der Freiwilligenarbeit am Rande des eigentlichen Spielfelds sozusagen, auf der die bezahlten Dienste, die Langzeitversorgung usw. spielen. AwiQ bietet einen Rahmen für attraktive und vielgestaltige Formen des Freiwilligenengagements und zeigt bereits eine breitere Aufbruchsbewegung des partizipativen koproduktiven Mitgestaltens in Sachen «Älter werden» über die Grenzen des Pilotquartiers hinaus. Zusammengenommen wäre das deutlich mehr als die Summe aller neuen Teile – hier: mehr als die Summe der überschaubaren Zahl hinzugewonnener neuer HelferInnen oder Angebote.

- Zentral ist hier der eng verlinkte Prozess «Vernetzung der Organisationen». Es ging darum, die partizipativen und bürgerschaftlichen Prozesse mehr und mehr anzuschliessen an das Feld der formellen Hilfen sowie der ebenfalls wichtigen Akteure weiter aussen in den konzentrischen Ringen rund um die Altershilfe. AwiQ ist ein hochgradig lernendes Projekt, das damit auf vielfältigen Ebenen Prozesse befördert sowie immer wieder kreative Lösungs-suchen und Weiterentwicklungen bewerkstelligt hat.
- Die Verstetigung ist ein besonderes Problem vieler Quartiersprojekte – gerade, weil diese oft befristet finanziert werden. Frauenfeld zeigt, wie langer Atem aussehen kann und wie sehr er lohnt. Es werden klug

aufeinander aufbauend immer wieder weitere Projekte auf den Weg gebracht – eine sukzessive Folge von Kristallisationspunkten, um die herum die angestossenen Entwicklungen weiter wachsen und nachhaltig werden. Dies zeigt schon allein die Abfolge von Altersplanung, Projekt Älter werden im Quartier, aktuellen Projekten zu Demenz sowie zu «Technikeinsatz im Quartier» bis hin zur begonnenen Ausdehnung auf weitere Quartiere.

- Forschung ist herausgefordert: (1) Gerade mit Blick auf evidente Wirkungen zeigt auch AwiQ eine grosse unge löste Problematik: Wie kann der Impact zu finanziellen Nutzenaspekten sowie zu gesundheitlichen und Versorgungsoutcomes aufgezeigt werden? Um Politik und Geldgeber zu überzeugen, wären hier überzeugende Wirkungsstudien mit harten Befunden dringend nötig. Quartiersinterventionen sind jedoch «weiche» Interventionen in einem hochkomplexen Feld. Neue Methoden, abseits von randomisierten kontrollierten Studien, sind gefragt. Einige wenige Beispiele (u.a. zum Social Return on Investment), weisen hier die Richtung. (2) Forschung ist aber auch am entgegengesetzten Pol gefordert: Sie hat beispielsweise im Sinne von Aktions- und partizipativer Forschung hohes Potenzial, die positiven Wirkungen vor Ort nachhaltig zu verstärken.

- Damit Nachhaltigkeit und breite Unterstützung für altersfreundliche Städte, Gemeinden und Quartiere erzielt werden, müssen (1) Diversityausprägungen der Städte und ihrer Bewohnenden sowie (2) mit einer Lebenslaufperspektive die Bedürfnisse der Menschen aller Altersstufen stärker einbezogen und (3) ältere Menschen substanziell in Stadt- und Sozialplanung sowie Massnahmenentwicklung partizipativ involviert werden (Buffel et al., 2012).

Frauenfeld ist hier schon weit. Und zeigt: So wie momentan aus zwar unterschiedlichen, aber jeweils raum- und environment-bezogenen Konzepten integrative Pfade der Politik- und Versorgungsentwicklung immer stärker Platz greifen, könnte dies eine nachhaltige und tiefgreifende Entwicklungschance markieren.

Literatur

- Buffel, T., Phillipson, C. & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing «age-friendly» cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597–617.
- DZA (2016). Siebter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49790-2>
- Jakovac, A. (2017). Älter werden im Quartier. Ein partizipatives Pilotprojekt im Frauenfelder Kurzdorf-Quartier 2014–2017. Zürich: AgeStiftung. URL: www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/2013/008/2017_Age_I_2013_008.PDF
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA (Hg.) (2011). Quartierskonzepte.
- Moulaert, T. & Garon, S. (eds.) (2018). Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison. Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues. Cham u.a.: Springer.

Zu den Autoren

Ulrich Otto



Prof. Dr. Ulrich Otto (*1961) leitet das 24-köpfige Forschungsinstitut Careum Forschung (Zürich) sowie den dortigen Programmbereich «Ageing at Home». Er ist habilitierter Sozialpädagoge. Seine Forschungsschwerpunkte: Koproduktion im Welfare Mix, Altersforschung (soziale Gerontologie), soziale Netzwerke und Unterstützung, pflegende und betreuende Angehörige, integrierte quartiersorientierte Versorgung am Gesundheitsstandort Privathaushalt, Caring Communities, innovative Wohnpflegeformen, gemeinschaftliche Wohnformen.

Anna Hegedüs



Mag. Anna Hegedüs ist Pflegewissenschaftlerin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team «Ageing at Home» bei Careum Forschung, Forschungsinstitut der Kalaidos FH Gesundheit. Sie war mitverantwortlich für die Evaluation des Projekts AwiQ in Frauenfeld. Sie arbeitet u.a. zu Partizipation von Betroffenen und Angehörigen, integrierter Versorgung, psychiatrischer Pflege und Recovery.

Altersfreundliche Wohnformen: Einsam oder umsorgt?

Rita Gisler, Inhaberin von Rita Gisler · STRATEGIEN für Alter und Gesundheit
und Geschäftsleiterin des Schweizer Netzwerks altersfreundlicher Städte

50

Das Wohnen im Alter ist eine grosse Herausforderung für Städte und Gemeinden. Der Bedarf an altersgerechtem Wohnraum ist gross und die Handlungsmöglichkeiten sind oft eingeschränkt. Dem Grundsatz «ambulant vor stationär» oder «ambulant mit stationär» kann jedoch nur nachgelebt werden, wenn genügend den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechende Wohnmöglichkeiten bestehen.

Vom zentralen zum Lebensraumkonzept

Noch vor einigen Jahren erarbeiteten Städte Alterskonzepte, die von einem zentralen Ansatz ausgingen. Es wurden Ziele und Massnahmen formuliert, die für alle Quartiere der Stadt oder für das ganze Dorf galten. In den letzten Jahren hat ein Umdenken stattgefunden und der Fokus hat sich verschoben in den unmittelbaren Lebensraum der Menschen, ins Quartier oder in die Siedlung.

Denn die Sorge um ältere Menschen soll dort stattfinden, wo sie leben. In den Sozialräumen sind meistens bereits mannigfaltige Ressourcen vorhanden. Die Gemeinwesenarbeit ist schon vor Ort aktiv, Nachbarinnen und Nachbarn nehmen wahr, wenn mit der älteren Frau, dem älteren Mann im oberen Stock etwas nicht stimmt, und sie können mit wenigen Handreichungen im Alltag unterstützen.

Was macht ein Quartier altersfreundlich?

An und für sich kann sich jedes Quartier zum altersfreundlichen Quartier entwickeln. Es gibt jedoch Rahmenbedingungen, die das aktive Leben trotz altersbedingter Einschränkungen erleichtern, so z.B. hindernisfreie Gehwege und Zugänge zu den Wohnungen, Plätze zum Verweilen, Treffpunkte und Begegnungsmöglichkei-

ten, Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitangebote sowie professionelle und nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen. Nachbarschaftliche Kontakte sind für ältere Menschen besonders wichtig, weil sie weniger mobil sind und ihren Alltag vorwiegend im Wohnumfeld verbringen. Zudem leben die Angehörigen oft weit weg und können sich nur wenig um sie kümmern.

So lange wie möglich zu Hause

Viele ältere Menschen möchten am liebsten so lange wie möglich in der angestammten Wohnung oder im angestammten Haus bleiben. Bauliche Anpassungen können bei funktionalen Einschränkungen Teil der Lösung sein. Jedoch braucht es einen verständnisvollen Vermieter, der die Notwendigkeit versteht. Hilfsmittel sind Handläufe bei Treppen, Rampen, Haltegriffe, rutschfeste Beläge und Dusch-WCs oder eine gute Beleuchtung im ganzen Haus. Der Verbleib im eigenen Haus scheint dann nicht mehr sinnvoll, wenn das Treppensteigen und die Umgebungsarbeit mühevoll werden und der Wohnraum sowieso viel zu gross ist. Wie wäre es z.B. mit einem Umbau zu einem Mehrgenerationenhaus oder mit dem Einbau einer Einliegerwohnung? Das sind grosse Vorhaben, die frühzeitig und bei guter Gesundheit in Angriff genommen werden sollten.

Weitere Wohnformen

Das Generationenwohnen ist ein beliebtes Thema unter Fachleuten, und auch ältere Menschen äussern sich dahingehend, dass sie nicht in «Altersgettos» leben möchten. Insbesondere neue Überbauungen sind eine gute Chance für eine Realisierung. Denn grossräumig lassen sich die verschiedenen Bedürfnisse am besten verein-

baren. Mittels eines Masterplans können von Anfang an die Voraussetzungen für eine gute Durchmischung geschaffen werden. Es braucht u.a. ein differenziertes Wohnangebot, gemeinschaftlich orientierte Wohnprojekte, nutzungs offene und gruppenspezifische Aufenthaltsräume, generationenübergreifende Bildungs- und Freizeitangebote sowie die schon erwähnten wohnungsnahen Dienstleistungen durch professionelle Anbietende oder auch formell oder informell organisierte Nachbarschaftshilfe.¹

Beitrag der öffentlichen Hand

Die öffentliche Hand nimmt eine wichtige Rolle ein in der Unterstützung der älteren Bevölkerung beim Wohnen und Leben zu Hause. Möglichkeiten sind das Fördern von Nachbarschaftshilfe durch eine Kümmerin oder einen Kümmerer vor Ort, die Verankerung von Altersarbeit in den Leistungsverträgen mit der Gemeinwesenarbeit, das Vermitteln von Wohnen für Hilfe. Damit unterstützt sie nicht nur den Verbleib zu Hause, sondern hilft auch, Einsamkeit und Isolation vorzubeugen. Ein gut begehbar und begegnungsfreundlich ausgestatteter öffentlicher Raum trägt das Seine dazu bei. Viele Städte und Gemeinden ziehen die ältere Bevölkerung mit ein und laden sie zu Quartier rundgängen ein, an welchen Potenziale und Defizite in den Quartieren zur Sprache gebracht und Verbesserungen eingeleitet werden.

Zur Autorin

Rita Gisler



Rita Gisler ist Expertin für Altersfragen und Unternehmensentwicklerin (NDS, FHNW). Sie absolvierte ein betriebswirtschaftliches Studium (HFW Bern) und erwarb ein DAS in Öffentlichem Recht an der Universität Bern. Rita Gisler berät Gemeinwesen sowie Institutionen im Alters- und Gesundheitswesen in strategischen Fragen. Sie ist Gründerin und Geschäftsleiterin des Schweizer Netzwerks altersfreundlicher Städte.

¹ C. Feuerstein und F. Leeb. Generationengerechte Siedlungen und Quartiere, in: GenerationenWohnen, München, 2015, S. 83.

Ermöglichende kulturelle Partizipation für Menschen mit Demenz

Sandra Oppikofer, Zentrum für Gerontologie und UFSP Dynamik
Gesunden Alterns der Universität Zürich

Almuth Fricke, Kompetenzzentrum für Kulturelle Bildung im Alter
und Inklusion am Institut für Bildung und Kultur, Remscheid

52

Mit dem neuen WHO-Verständnis gesunden Alterns ist ein wachsendes Bewusstsein dafür entstanden, dass Gesundheit mehr beinhalten muss als die Abwesenheit von Krankheit. Das zunehmende Forschungsinteresse an kultureller und sozialer Partizipation zeigt, dass diese zukünftig eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsversorgung spielen kann – auch für ältere Menschen, die von einer Demenz betroffen sind.

In den letzten zehn Jahren sind im deutschsprachigen Raum vielerorts kulturelle Teilhabeangebote entstanden, die sich speziell an diese Zielgruppe richten: In Chören oder offenen Kunstateliers, bei Museums- oder Konzertbesuchen können Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen und Pflegenden gemeinsam sinnstiftende Momente gesellschaftlicher Teilhabe erleben (Nebauer & de Groot, 2012).

Aufgeweckte Kunst-Geschichten

Ein Beispiel aus der Schweiz für eine solche ermöglichende kulturelle Partizipation kognitiv beeinträchtigter Menschen sind die «Aufgeweckten Kunst-Geschichten». Dieses Museums-Angebot regt Personen anhand mehrdeutiger Bilder zum kreativen Geschichtenerfinden an – und dies im Beisein von Angehörigen und Betreuenden. Dass solche kulturellen Angebote das Potenzial haben, die Stimmung, das Wohlbefinden und die verbalen Ressourcen der Teilnehmenden zu verbessern, konnte in einer Begleitstudie deutlich gemacht werden. Bei dem Angebot konnten die Betroffenen, aber auch die teilnehmenden Angehörigen und professionellen Begleitpersonen sowie die anwesenden Freiwilligen gemeinsame positive Erfahrungen von emotionaler Nachhaltigkeit machen (Oppikofer, Niekke & Wilkening, 2015).

Kulturorte als Erfahrungsräume

Menschen mit Demenz sind durch den sukzessiven Verlust ihres autonomen Selbst stärker auf Umgebungsfaktoren angewiesen als andere. Kulturorte als besondere öffentliche Räume scheinen Menschen mit Demenz dank

ihrer sinnlichen Impulse, einer wertschätzenden Atmosphäre und eingebettet in ein «sorgendes Umfeld» eine erfüllende Erfahrung mit der Kunst zu ermöglichen. In fachkundiger und geschulter Begleitung, in einem geschützten Rahmen und mithilfe einer besonderen Vermittlungsdidaktik (Ganss et al., 2016) wird es ihnen und ihren Angehörigen wieder möglich, tatsächlich sozial teilzuhaben und mitzugestalten. Eine Personengruppe, die besonders stark von Exklusionsprozessen bedroht ist, erhält so die Möglichkeit, wieder soziale Eingebundenheit und Identität zu erfahren.

Anknüpfen an Emotionen

Auch wenn kognitive Fähigkeiten schwinden, verfügen Menschen mit Demenz weiterhin über eine hohe emotionale Erlebnisfähigkeit. Sie sind durchaus in der Lage, sich auf der sinnlichen Ebene sehr ernsthaft mit Kunst auseinanderzusetzen. An diese Ressource lässt sich dort, wo Kunst und Kultur stattfindet, besonders gut anknüpfen, denn es sind «sinnliche Orte per se» (Nebauer & de Groot, 2012). Bei der Bildbetrachtung, dem kreativen Gestalten oder beim Hören von Musik werden leibliche Erinnerungen an Orte und Handlungen biografischer Prägung angesprochen. So können die verbliebenen Kompetenzen und Ressourcen von Menschen mit Demenz gefördert werden, ihr kreatives Potenzial zutage geführt und angeregt sowie die Freude am eigenen Tun verstärkt werden. Entscheidend ist zudem, dass die Teilhabeangebote dergestalt inklusiv sind, dass sie nicht nur bauliche Barrierefreiheit bieten, sondern für Jung und Alt, für Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen Begegnungs- und Ermöglichungsräume eröffnen.

Herausforderungen

Der Handlungsraum, in dem sich Menschen bewegen, hängt ebenso von strukturellen (z.B. von Zugängen und Mobilität) wie von personalen Variablen (z.B. von der Einstellung zum Alter und zum eigenen Älterwerden) ab. Diese im Blick zu behalten ist Grundvoraussetzung, um

Partizipation zu ermöglichen. Zudem bedarf es einer noch stärkeren Öffnung der (Kultur-)Orte und einer Vervielfältigung des Angebots für diese besondere Zielgruppe. Grundlegend dafür sind Vernetzung, Interdisziplinarität, flankierende Schulungsangebote, Finanzierung, gesellschaftliche Aufklärung und eine konsequente Ressourcenorientierung der Beteiligten. Auch wenn schon einige Forschungsarbeiten, besonders aus dem anglo-amerika-

nischen Raum, positive Ergebnisse bezüglich der Wirkungen kunstbasierter Interventionen auf die emotionale Befindlichkeit und das sozial-kommunikative Verhalten von Menschen mit Demenz vorweisen, besteht Potenzial für weitere umfassendere Studien (Fricke & Hartogh, 2016). Der Handlungsbedarf ist somit auf vielen Ebenen vorhanden.

Literatur

- Fricke, A. & T. Hartogh (Hrsg.) (2016). *Forschungsfeld Kulturgeragogik – Research in Cultural Geragogy* (S. 447–463). München: Kopaed.
- Ganss, M., Kastner, S. & Sinapius, P. (2016). *Kunstvermittlung für Menschen mit Demenz – Kernpunkte einer Didaktik*. Hamburg, Potsdam, Berlin: University Press.
- Nebauer, F. & de Groote, K. (2012). *Auf Flügeln der Kunst. Ein Handbuch zur künstlerisch-kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz*. München: Kopaed.
- Oppikofer, S., Nieke, S. & Wilkening, K. (2015). *Aufgeweckte Kunst-Geschichten. Menschen mit Demenz auf Entdeckungsreise im Museum*. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie & UFSP Dynamik Gesunden Alterns.

Zu den Autorinnen

Sandra Oppikofer



Dr. phil., Betr. oec. Sandra Oppikofer ist Leiterin Entwicklung und Evaluation am Zentrum für Gerontologie sowie für den Universitären Forschungsschwerpunkt Dynamik Gesunden Alterns der Universität Zürich tätig. Sie ist spezialisiert auf die Entwicklung und Evaluierung von psychosozialen Interventionen und Bildungsprogramme im Bereich Demenz, Lebensqualität und gesundes Altern.

Almuth Fricke



M.A. Literaturwissenschaften, Dipl. Kulturmanagement, leitet das Kompetenzzentrum für Kulturelle Bildung im Alter und Inklusion am Institut für Bildung und Kultur in Remscheid. Sie hat zahlreiche Forschungsvorhaben und Modellprojekte zur Kulturellen Bildung und Beteiligung im Alter entwickelt und ist fachliche Leiterin der Weiterbildung «Kulturgeragogik» an der Fachhochschule Münster. www.ibk-kubia.de

Die Studie SHARE: Alterung ganzheitlich verstehen

Carmen Borrat-Besson, Jürgen Maurer, Simon Seiler, Sarah Vilpert

54

Die Bevölkerungsalterung in der Schweiz und in Europa bietet viele Chancen, stellt aber gleichzeitig auch eine gesellschaftliche und wirtschaftliche Herausforderung dar. Die Studie SHARE stellt Forschenden eine multidisziplinäre und international vergleichende Längsschnittdateninfrastruktur zur Verfügung, um Alterungsprozesse besser verstehen und evidenzbasierte Alternspolitikansätze entwickeln zu können.

Aufgrund sinkender Geburtenraten und steigender Lebenserwartung wird die Schweizer Bevölkerung immer älter. Natürlich sind die steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Bevölkerungsalterung in erster Linie ein grosser Erfolg und Grund zur Freude. Dennoch erfordert eine alternde Gesellschaft auch politische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Anpassungsprozesse, um die Herausforderungen einer alternden Bevölkerung zu bewältigen und die Chancen der Alterung optimal nutzen zu können. Um sicherzustellen, dass diese Anpassungen möglichst effektiv sind, sollten sie auf robusten wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Hierfür bedarf es qualitativ hochwertiger Forschungsdateninfrastrukturen und Analysen, welche die Herausforderung und Chancen alternder Gesellschaften wissenschaftlich beleuchten können.

Panelstudie zu den Lebensumständen von Menschen im Alter 50+

Die Studie SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) ist eine multidisziplinäre international vergleichende Panelstudie zur Erforschung der Lebensumstände von Menschen im Alter 50+ in Europa und Israel¹. Die erste Erhebung für SHARE wurde im Jahr 2004 in elf Ländern inklusive der Schweiz durchgeführt. Seither werden entsprechende Befragungen alle zwei Jahre

wiederholt, um die Verläufe der Alterungsprozesse der Studienteilnehmer detailliert nachverfolgen zu können. SHARE Schweiz wird gemeinsam von der Universität Lausanne und FORS durchgeführt und vom Schweizerischen Nationalfonds finanziell unterstützt. Im Jahr 2011 bildete SHARE das erste europäische Forschungsinfrastrukturkonsortium (SHARE-ERIC) und ist mittlerweile auf 28 teilnehmende Länder und eine Gesamtdatenbasis von Informationen über mehr als 120 000 ältere Menschen angewachsen.

SHARE als Forschungsinfrastruktur und Beitrag zur einer evidenzbasierten Politik zur Alterung in der Schweiz und Europa

Als international harmonisierte Panelstudie erlaubt SHARE nicht nur eine verbesserte Erfassung von Kausalzusammenhängen in multidimensionalen Alterungsprozessen, sondern auch international vergleichende Analysen und Politikevaluationen. Inhaltlich möchte SHARE zu einem ganzheitlichen Verständnis des Alterns beitragen und stellt daher das Zusammenspiel verschiedener Lebensbereiche im Alter in den Vordergrund. Neben objektiven und subjektiven Gesundheitsmassen erhebt SHARE u.a. auch Daten zur Lebensqualität, zur Arbeit, zu Einkommen und Vermögen sowie zum familiären und sozialen Umfeld. Ein solcher ganzheitlicher Ansatz zur Erforschung der Alterung wurde u.a. auch von der WHO im Rahmen ihres ersten «World Report on Ageing and Health»² gewählt, welcher u.a. auch auf SHARE basiert. Hierbei wird «Healthy Ageing» nicht einfach nur als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern vielmehr die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität im Alter sowie die Bedeutung von Gesundheits-, Pflege- und Rentensystemen und altersfreundlichen Lebensräumen

¹ www.share-project.org

² World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.

betont. Als breit angelegte Datenbasis für multidisziplinäre Analysen kann SHARE somit auch im Rahmen der aktuellen WHO-Strategie zur Alterung³ zur Verbesserung von Messung, Monitoring und Verständnis der Alterung aus holistischer Sicht genutzt werden und so einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung evidenzbasierter «Healthy Ageing»-Strategien und zum Erhalt, Aus- und Umbau der Schweizer Gesundheits- und Sozialsysteme leisten. Um möglichst viele Forschende in die Erarbeitung entsprechender Analysen und Vorschläge einzubinden, werden

die anonymisierten SHARE-Daten der gesamten Forschungsgemeinschaft kostenlos zur Verfügung gestellt. Mittlerweile hat SHARE über 8000 registrierte Nutzer weltweit, von den ca. 300 in der Schweiz forschen. Über 2200 Veröffentlichungen basieren auf den SHARE-Daten. Wir möchten alle interessierten Forschenden dazu einladen, die SHARE-Daten zu nutzen und mit ihren Analysen aktiv zur Altersforschung und evidenzbasierten Politik-evaluation in der Schweiz und Europa beizutragen.

³ World Health Organization (2017). Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva: WHO.

Zu den Autoren

Carmen Borrat-Besson



Carmen Borrat-Besson, Dr. der Universität Lugano in Health and Communication, ist Senior Researcher bei FORS. Sie hat eine über 10-jährige Erfahrung in Forschung und Projektmanagement im Bereich wissenschaftlicher Befragungen in der Schweiz, seit 2010 als Koordinatorin von SHARE Schweiz. Den inhaltlichen Fokus ihrer Forschung legt sie heute auf Wellbeing, Gebrechlichkeit und Entscheidungen mit Bezug zum Lebensende.

Jürgen Maurer



Jürgen Maurer, Prof. Dr., ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Lausanne und Hauptgesuchsteller sowie «Country Team Leader» von SHARE Schweiz. Er studierte Volkswirtschaftslehre in Bonn und Berkeley und promovierte in Economics am Europäischen Hochschulinstitut in Florenz. Seine Hauptforschungsinteressen liegen in den

Bereichen Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Gesundheitsförderung, Altersforschung sowie in der Umfrageforschung.

Simon Seiler



Simon Seiler, MA, Country Team Operator SHARE und Forschungsbeauftragter bei FORS, mit einem Fokus auf die quantitativen empirischen Sozialwissenschaften. Er studierte Geschichte und Soziologie in Bern und Paris. Am Institut für Soziologie der Universität Bern ist er dabei, seine Dissertation zur sozialen Mobilität in der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert abzuschliessen. Bei FORS, wo er seit 2017 arbeitet, legt er seinen Forschungsschwerpunkt auf Ungleichheiten in der Gesundheit und der Lebensqualität der älteren Bevölkerung.

Sarah Vilpert



Sarah Vilpert, MA in Soziologie und Demografie, ist eine Forschungsmitarbeiterin bei FORS und eine Doktorandin an der Fakultät für Biologie und Medizin der Universität Lausanne. Sie forscht zu Themen mit Bezügen zur Bevölkerungsalterung und Gesundheit (Gesundheitsversorgung, Sterblichkeit, Lebensende) und arbeitet seit 2014 für SHARE Schweiz. Davor arbeitete sie als Forscherin in der angewandten Gesundheitsforschung für das Schweizerische Gesundheitsobservatorium und die Spitäler der Universität Genf.

Altwerden 4.0: Altwerden im Kontext der Digitalisierung

Sabina Misoch, Leiterin des Interdisziplinären Kompetenzzentrums Alter (IKOA),
Fachhochschule St. Gallen

56

Die Digitalisierung kann Seniorinnen und Senioren im Alltag unterstützen und ihre Lebensqualität sichern. Obwohl viele ältere Menschen den Entwicklungen positiv gegenüberstehen, gilt dies nicht für alle. Es ist wichtig, einen partizipativen Weg der Entwicklung zu beschreiten und so die Ausgrenzung einzelner Gruppen zu vermeiden.

Altwerden heute bedeutet das Altwerden in einer digitalisierten Welt. Wir leben in einem Zeitalter der zunehmenden gesellschaftlichen Durchdringung mit digitalen Technologien und Medien, und diese dehnt sich zunehmend auch auf die Lebensphase Alter aus. Konnte man noch vor wenigen Jahren davon sprechen, dass die im analogen Zeitalter aufgewachsenen SeniorInnen in der Regel technikavers sind und dass für sie digitale Technologien keine entscheidende Rolle im Alltag spielen, so ist inzwischen zu konstatieren, dass die Menschen 65+ der Digitalisierung zunehmend offener gegenüberstehen. Hier zeigt sich aber derzeit noch ein Bruch zwischen den jüngeren und den älteren SeniorInnen, so dass Menschen 80+ (also die in den 1930er-Jahren und früher geborenen Personen) hier deutlich mehr Distanz zur Digitalisierung haben. Jüngere SeniorInnen hingegen, allen voran die sogenannten Babyboomer, sind teilweise bereits digital sozialisiert, wurden mit digitalen Technologien und Medien im Berufskontext konfrontiert und stehen dieser Entwicklung recht offen gegenüber.

Unterstützung im Alltag

Digitalisierung in der Lebensphase Alter kann sehr unterschiedliche Facetten haben. Zum einen ist der Lebensalltag zunehmend von digitalen Medien und Technologien durchdrungen (Internet, digitale Kommunikation usw.), so dass Muster der Kommunikation, Interaktion und Unterhaltung an die Digitalisierung angepasst werden. Auch die Nutzung eines Smartphones, die Internetrecherche oder die Nutzung von E-Banking ist für die meisten jüngeren SeniorInnen ganz selbstverständlich und wird von diesen auch sehr positiv beurteilt (Schumacher Dimech & Misoch, 2017). Aber auch Unterstützung zum Erhalt der Autonomie kann durch Digitalisierung geleistet werden, z.B. durch AAL-Technologien (Ambient/Active Assisted Living, siehe hierzu zusammenfassend Misoch, 2015). Hierbei handelt es sich um vernetzte digitale Technologien, die ältere Menschen unauffällig in ihrem Alltag zu unterstützen vermögen, wie z.B. interaktive Bewegungssensoren, intelligente Fussböden oder ein automatischer Sturznotruf für das eigene Zuhause oder in der Alterswohnung/-residenz. Unterstützung kann in den Bereichen Haushalt, Sicherheit, Gesundheit, Verpflegung sowie Kommunikation geleistet werden. Für die ambulante Pflege können digitale Technologien vor allem für die Bereiche der Prävention und Rehabilitation eingesetzt werden (Telemonitoring, Telemedizin, Telerehabilitation). Durch diese digitalen Technologien kann ein selbständiges Leben auch im höheren Alter länger gewährleistet werden.

Lebensqualität sichern mittels digitaler Technologien

Aber auch in den Alters- und Pflegeheimen spielt die Digitalisierung eine zunehmend relevante Rolle. So werden digitale Technologien zum Beispiel bei der Unterstützung der administrativen Prozesse (Intranet, Datenbanken, Prozessgestaltung) oder im Bereich der Pflege zur Unterstützung und zur Entlastung des Pflegepersonals entwickelt und, bislang in der Schweiz jedoch erst in seltenen Fällen, bereits eingesetzt. So kann das Heben der SeniorInnen aus dem Bett mittels Exoskelett unterstützt werden oder es können Roboter für Bring- und Holddienste eingesetzt werden. Wichtig ist hierbei, dass die derzeit stattfindende Innovationsentwicklung zusammen mit den relevanten Nutzergruppen erfolgt, d.h. mit den SeniorInnen selbst, den Pflegenden oder anderen relevanten Nutzergruppen, so dass die neu entwickelten digita-

len Technologien ihren Bedürfnissen entsprechen und von den Nutzergruppen akzeptiert werden. Hierzu hat sich in der Praxis die Entwicklung von digitalen Innovationen und deren Langzeittestung in realweltlichen Living Labs 65+ bewährt (Lehmann, Pauli & Misoch, 2017).

Partizipativer Weg der Entwicklung

Digitalisierung kann helfen, die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen, und kann eine Ressource für ein gutes, gesundes und selbstbestimmtes Altern darstellen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn man die Risiken der Exklusion von Nutzergruppen und der Nichtakzeptanz durch Zielgruppen immer im Blick behält. Nur wenn hier ein partizipativer Weg der Entwicklung beschritten wird, werden digitale Technologien der Zukunft gesellschaftliche Akzeptanz finden und somit ihr positives Potenzial entfalten können.

Zur Autorin

Sabina Misoch



Sabina Misoch, Prof. Dr., Soziologin, ist Leiterin des IKOA an der FHS St. Gallen und Leiterin des derzeit grössten nationalen Forschungsvorhabens im Themenfeld Alter «AGE-NT. Alter(n) in der Gesellschaft». Ihre Forschungsschwerpunkte sind Digitalisierung, Gero(n)technologien, AAL, Robotik, Technikakzeptanz, Living Labs 65+, Identität im Alter, Pflege, Hochaltrigkeit, Wertewandel und Lebensqualität im Alter.

Literatur

- Misoch (2015): AAL: Ambient Assisted Living. Unterstützung für ein gesundes Altern und Chancen für Medizin und Pflege; in: *Therapeutische Umschau*, 72 (9), S. 561–565; verfügbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/0040-5930/a000719>
- Pauli, Lehmann, & Misoch, (2017): AALiving Lab@home – Aufbau einer natürlichen Testumgebung für AAL-Innovationen in der Ostschweiz. In G. Kempster, & I. Hämmerle (Hrsg.), *Beiträge zum Usability Day XV. Umgebungsunterstütztes Leben (70–75)*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schumacher Dimech & Misoch (2017): Nutzung von digitalen Dienstleistungen bei Menschen 65+; verfügbar unter: <https://www.fhsg.ch/fhs.nsf/de/interdisziplinaere-kompetenzzentrum-alter-medien-beitraege-und-publikationen>