



TRINATIONALES KOMPETENZZENTRUM
für Ihre Gesundheitsprojekte



GESUNDHEIT OHNE GRENZEN
SANTÉ SANS FRONTIÈRE

DIE PFLEGE ÄLTERER PERSONEN IN DEUTSCHLAND, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)
Fonds Européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt
Dépasser les frontières: projet après projet

Die Pflege älterer Personen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

Oktober 2018

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter www.trisan.org / Publikationen verfügbar.

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Documentation).

Einleitung:

Wie kann eine qualitative Pflege für die steigende Anzahl an Pflegebedürftige gesichert werden? Wie wird mit dem Kostendruck umgegangen? Welche Maßnahmen müssen umgesetzt werden, um ein Leben zu Hause so lange wie möglich sicherzustellen? Die Thematik der Pflege älterer Personen wird aufgrund des demografischen Wandels und des damit verbundenen Anstiegs der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in aktuellen Gesellschaftsproblematiken und Debatten aufgenommen.

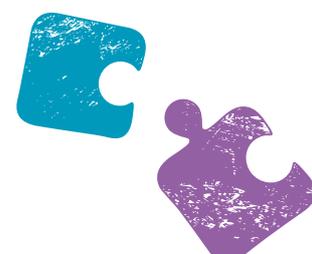
TRISAN – trinationales Kompetenzzentrum für die Gesundheitskooperation am Oberrhein – wirft einen grenzüberschreitenden Blick auf das Thema Pflege. Um den zukünftigen Herausforderungen zu begegnen kann es nur von Vorteil sein, sich unter Nachbarn über geführte Strategien, Projekte und innovativen Praktiken auszutauschen.

Wichtig ist es jedoch zunächst, den globalen Kontext dieser Strategien zu verstehen. Mit diesem Themenheft soll anhand einer Übersicht der Systeme der drei Länder des Oberrheins (Deutschland, Frankreich, Schweiz) eine erste Basis gesetzt werden. Für alle drei Länder werden vor allem folgende Aspekte behandelt: Die Definition pflegebedürftiger Personen, Zahlen und Fakten, Kompetenzverteilung und Akteure, Strukturen, Finanzierungsmodalitäten usw.

In den föderalistisch geprägten Ländern Deutschland und Schweiz können je nach Bundesland/Kanton bedeutende strukturelle Unterschiede auftauchen. Das Themenheft legt den Fokus auf die Bundesländer und Kantone der Oberrheinregion (Mandatsgebiet des Kompetenzzentrums TRISAN). Diese Region umfasst Baden (Baden-Württemberg), die Südpfalz (Rheinland-Pfalz), die Nord-West-Schweiz (Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau, Jura, Solothurn) und die Departements Bas-Rhin und Haut-Rhin (Region Grand-Est).

Wichtig ist es anzumerken, dass sich der Begriff Pflege sowohl auf ältere als auch auf geistig, psychisch und körperlich behinderte Menschen bezieht. Dieses Themenheft konzentriert sich auf die Pflege älterer Menschen.

Die Pflege älterer Personen in Deutschland	9
1. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit	10
2. Pflegebedürftigkeit in Deutschland – Zahlen und Fakten	10
3. Die Pflegeversicherung in Deutschland	11
3.1 Die Pflegeversicherung und das deutsche Sozialversicherungssystem	11
3.2 Die Reform des Pflegesystems: Die Pflegestärkungsgesetze	12
4. Die zuständigen Akteure	12
4.1 Aufgabenteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen	12
4.2 Pflegekassen	13
4.3 Der Qualitätsausschuss	14
5. Die stationäre Betreuung und Begleitung pflegebedürftiger Personen	14
5.1 Die Pflegeangebote der Pflegeheime	14
5.2 Finanzierung	16
6. Ambulante Leistungen und Hilfe	17
6.1 Ambulante Serviceangebote und Pflegedienste für zu Hause wohnende pflegebedürftige Menschen	17
6.2 Die Pflegesachleistung	18
7. Wohn- und Hausgemeinschaften	19
8. Pflegenden Angehörige	19
8.1 Die Situation der pflegenden Angehörigen in Deutschland	19
8.2 Das Pflegegeld	20
8.3 Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige	20
Die Pflege älterer Personen in Frankreich	25
1. Die Definition von pflegebedürftigen älteren Personen in Frankreich	26
2. Zahlen und Fakten	27
3. Die Organisation der Pflege	28
4. Die Kostenübernahme bei älteren, pflegebedürftigen Personen	31
4.1 Die Kostenübernahme bei der häuslichen Pflege	31
4.2 Die Kostenübernahme in einer Einrichtung	31



5. Die Unterbringung in einer Einrichtung	32
5.1 Nicht-medizinische Einrichtungen	32
5.2 Medizinische Einrichtungen/Pflegeeinrichtungen	33
6. Die häusliche Pflege	35
7. Die pflegenden Angehörigen	37
7.1 Der Status der pflegenden Angehörigen in Frankreich.....	37
7.2 Die Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige	37
Die Pflege älterer Personen in der Schweiz	41
1. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Zahlen und Fakten	42
2. Das Versicherungssystem der Schweiz.....	43
2.1 Versicherungen	43
2.2 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung	44
3. Die zuständigen Akteure	44
4. Die Versorgungsstruktur in der Langzeitpflege	45
5. Stationäre und intermediäre Strukturen zur Pflege älterer Menschen.....	45
5.1 Alters- und Pflegeheime	45
5.2 Intermediäre Strukturen	47
5.3 Finanzierung stationärer Einrichtungen.....	48
5.4 Qualifikation des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen.....	49
5.5 Qualitätssicherung in der stationären Pflege	50
6. Ambulante Dienste	50
6.1 SPITEX	50
6.2 Finanzierung der ambulanten Pflege	51
6.3 Qualifikation des Personals in der ambulanten Pflege.....	52
6.4 Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege.....	53
7. Betreuende und pflegende Angehörige	53
7.1 Die Situation der betreuenden und pflegende Angehörigen in der Schweiz	53
7.2 Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige.....	54
8. Schlusswort.....	54

Konzeption und inhaltliche Koordinierung:

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Redaktion:

- Lydia Kassa (TRISAN).

Fachlektorat:

- Carla Aichele, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg,
- Joachim Kubitzka, Pflegestützpunkt Kehl,
- Christian Manitz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz,
- Dr. Andreas Marg, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.

Übersetzung:

- Flore Scetbon.

Gestaltung:

- Print Europe – Céline Agaësse.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34



Die Pflege älterer Personen in Deutschland

1. DER BEGRIFF DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Laut dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI zur sozialen Pflegeversicherung ist eine Person dann pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb die Hilfe anderer benötigt. Diese Beeinträchtigungen können körperlicher, kognitiver oder psychischer Natur sein. Die Person kann gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss voraussichtlich mindestens sechs Monate bestehen¹. Die Definition berücksichtigt neben der körperlichen Einschränkung ebenfalls die Fähigkeit zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe und integriert beispielsweise Menschen mit Demenz². Anders als in Frankreich wird das Alter nicht in die Definition miteingenommen. Bei einer pflegebedürftigen Person kann es sich demnach auch um jüngere Menschen mit Behinderungen handeln.

Die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit wird in sechs Lebensbereichen untersucht:

- » Mobilität,
- » Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- » Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- » Selbstversorgung (Körperpflege, Anziehen, Essen, Trinken, Benutzung einer Toilette...),
- » Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- » Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Je nach Ausmaß der Beeinträchtigungen werden die betroffenen Personen in fünf Pflegegrade eingeteilt. Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der jeweiligen Krankenkasse, oder weitere unabhängige Gutachter, mit der Einteilung der Personen in die Pflegegrade. Je höher der Pflegegrad, desto schwerer sind die Beeinträchtigungen:

- » Pflegegrad 1: Geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- » Pflegegrad 2: Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- » Pflegegrad 3: Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten
- » Pflegegrad 4: Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

- » Pflegegrad 5: Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

In dieser Einstufung werden die Ursachen für die Beeinträchtigungen nicht spezifiziert, somit berücksichtigt sie gleichermaßen sowohl körperliche, kognitive als auch psychische Beeinträchtigungen. Die Höhe der Pflegeleistungen (siehe Punkt 6.2 zur Pflegesachleistung und 8.2 zum Pflegegeld) richtet sich nach dem Pflegegrad.

2. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN DEUTSCHLAND – ZAHLEN UND FAKTEN

Die Statistiken zur Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland basieren auf die Anzahl der Menschen, die durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen versorgt, sowie auf die Anzahl der Menschen, die von Angehörigen gepflegt werden und hierfür Pflegegeld empfangen. Nach dieser Definition gab es im Jahr 2015 fast 2,9 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland³. Das repräsentiert fast 4 % der gesamten Bevölkerung. Bei 64 % handelte es sich um Frauen. Die Zahlen beziehen sich auf pflegebedürftige Personen aller Altersgruppen, also auch auf jüngere Menschen mit Behinderungen.

Die Graphik 1 bildet die Verteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart ab. Ungefähr zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut, während ein Drittel in Heimen versorgt wird. Auffällig ist, dass fast die Hälfte der Pflegebedürftigen zu Hause allein durch Angehörigen versorgt werden.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland wird aufgrund der Alterung der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit in den nächsten Jahrzehnten ansteigen. Wie die Grafik 2 es aufzeigt, kann 2060 mit über 4,8 Millionen pflegebedürftigen Personen gerechnet werden.

Die Grafik verdeutlicht ebenfalls den starken Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen der älteren Altersgruppen. Besonders der Anteil der über 80-jährigen Pflegebedürftigen wird stark zunehmen, und sich bis 2060 von 5 % der Bevölkerung auf 12 % mehr als verdoppeln⁴. Dies lässt sich durch die steigende Lebenserwartung, durch die sinkenden Geburtenraten und den Baby-Boom der sechziger Jahre erklären.

¹ Sozialgesetzbuch XI, § 14.

² Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg – Spezialheft ambulante und stationäre Pflege.

³ Statistisches Bundesamt, in: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html.

⁴ Bundesministerium für Gesundheit, in: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/aelttere-menschen.html>.

Grafik 1: Pflegebedürftige in Deutschland nach Versorgungsart, 2015

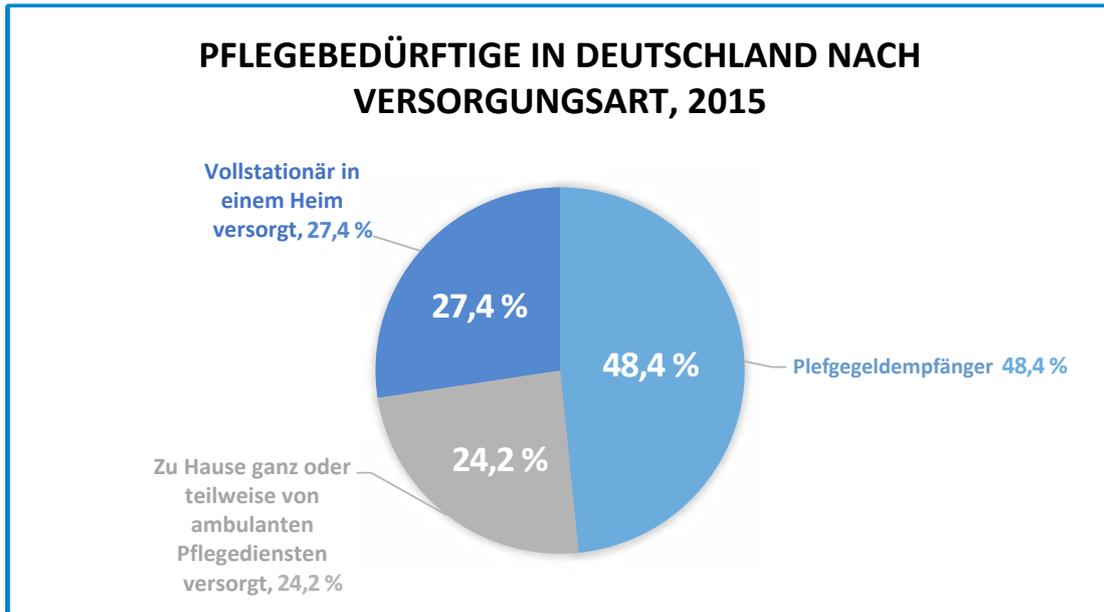


Diagramm nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes, 2015.

Grafik 2: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Altersgruppen

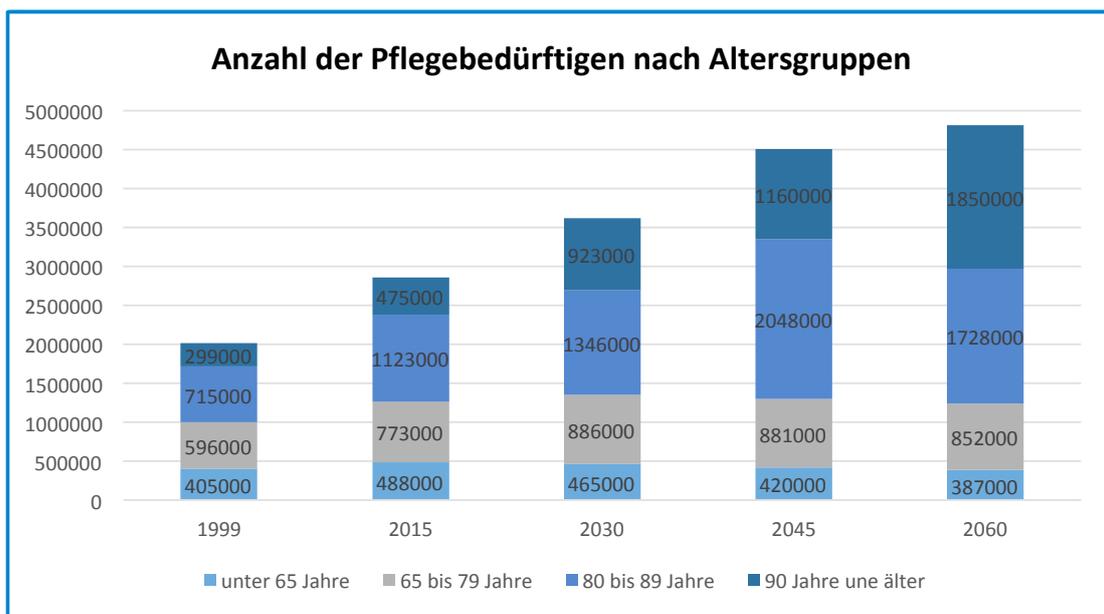


Diagramm nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes, 2015.

3. DIE PFLEGEVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND

3.1 Die Pflegeversicherung und das deutsche Sozialversicherungssystem

In Deutschland kann die soziale Pflegeversicherung von der privaten Pflegeversicherung unterschieden werden, die sich an privat versicherte Patienten/innen richtet. Da Letztere nur einen geringen Teil der Bevölkerung ausmacht, widmet sich dieses Themenheft der sozialen Pflegeversicherung.

Das deutsche Sozialversicherungssystem basiert auf fünf Säulen:

- » Krankenversicherung,
- » Unfallversicherung,
- » Rentenversicherung,
- » Arbeitslosenversicherung,
- » Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung wurde 1995 mit dem Pflegeversicherungsgesetz eingeführt und ist seitdem in das deutsche Sozialversicherungssystem als Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) eingebunden. Laut dem SGB XI besteht die Pflicht, pflegeversichert zu sein. Wie bereits in Punkt 1 erwähnt, werden die Leistungen der Pflegeversicherung abhängig vom Pflegegrad gewährt. Es handelt sich nicht um eine Vollversicherung, die Kosten werden nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernommen. Zuzahlungen erfolgen durch die pflegebedürftige Person, von unterhaltspflichtigen Angehörigen oder durch die Sozialhilfe als steuerfinanzierte, einkommens- und vermögensabhängige Fürsorgeleistung.

Die soziale Pflegeversicherung wird überwiegend durch Beiträge aus Arbeitsentgelte und Renten finanziert. Bei den Trägern der sozialen Pflegeversicherung handelt es sich um die Pflegekassen. Diese sind bei den Krankenkassen eingerichtet, die ihre Aufgaben wahrnehmen. Es gibt demnach ebenso viele Pflegekassen wie Krankenkassen, und zwar 113 deutschlandweit (Stand 2017).

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung beträgt bundesweit 2,55 % der beitragspflichtigen Einnahmen (Stand Juli 2017)⁵. Für Kinderlose gilt nach Vollendung des 23. Lebensjahres eine Erhöhung des Satzes um 0,25 %. Familienangehörige und Lebenspartner/innen sind unter bestimmten Voraussetzungen im Wege der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

3.2 Die Reform des Pflegesystems: Die Pflegestärkungsgesetze

Im Jahr 2012 wurde das Pflege-Neuausrichtungsgesetz verabschiedet, welches neue Leistungen, mehr Geld für Menschen mit Demenz und Zuschüsse für die Gründung ambulant betreuter Wohnformen bereitstellte. Aufgrund des Anstiegs der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen hat der Gesetzgeber nun das Pflegesystem weiterentwickelt und umfassende Reformen beschlossen.

» Zum 1. Januar 2015 wurde das Erste Pflegestärkungsgesetz eingeführt. Dieses sieht eine Erhöhung der Leistungen vor, insbesondere um den Werterhalt zu gewährleisten (Dynamisierung), teilstationäre Angebote zu stärken und mehr Betreuungskräfte bei stationärer Pflege zu finanzieren. Die Umsetzung wird durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung um 0,2 % finanziert. Zudem wurde ein Pflegevorsorgefonds eingerichtet, um Beitragssatzsteigerungen in Zukunft zu dämpfen. In dem Fonds wird ein Anteil von 0,1 % der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr angelegt.

» Zum 1. Januar 2017 traten weite Teile des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes in Kraft. Es wurde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, sowie ein neues Begutachtungsinstrument. Das Instrument wandelt die drei Pflegestufen, die seit der Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen waren, in fünf Pflegegrade (siehe Punkt 1) um. Ziel war es, allen Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu gewährleisten, unabhängig von den Gründen oder Ursachen ihrer Beeinträchtigung. Insbesondere sollen Menschen mit Demenz von höheren Einstufungen profitieren. Die Finanzierung erfolgt durch eine Erhöhung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung um 0,2 %.

» Ebenfalls zum 1. Januar 2017 trat das Dritte Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Im Mittelpunkt standen weniger die Leistungen, sondern eher die Stärkung von Beratungs-, Kooperations- und Vernetzungsstrukturen. Unter anderem sollte die Pflegeberatung für Pflegebedürftige und deren Angehörige gestärkt und die Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen ausgebaut werden.

4. DIE ZUSTÄNDIGEN AKTEURE

Das SGB XI definiert in § 8 die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und legt die gemeinsame Verantwortung der verschiedenen Akteure fest.

4.1 Aufgabenteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen

Auf Bundesebene fällt die Pflegeversicherung in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, arbeitsrechtliche Aspekte im Zusammenhang mit Pflegekräften fallen in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend spielt eine zentrale Rolle in der Altenpolitik und Pflegeausbildung.

Die Bundesländer sind laut § 9 SGB XI verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Somit entwickelt jedes Bundesland seine eigene Gesetzgebung im Bereich der Pflege, und setzt somit den rechtlichen Rahmen fest. Die Kompetenzen hierfür haben die jeweiligen Landesministerien, denen das Thema Gesundheit zugeordnet ist. In Baden-Württemberg handelt es sich um das Ministerium für Soziales und Integration, in Rheinland-Pfalz um das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Die

⁵ Sozialgesetzbuch XI, § 55.

Länder treffen beispielsweise eigene Regelungen für Pflege-Wohnformen, und können Initiativen in diesem Bereich fördern. In Baden-Württemberg wurde im Jahr 2014 das Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz verabschiedet. Das Gesetz fördert neue Wohn- und Versorgungsformen wie ambulante betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf. In Rheinland-Pfalz wurden ordnungsrechtliche Regelungen im Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe von 2009 und in der Landesverordnung zur Durchführung dieses Landesgesetzes von 2013 getroffen.

Eine Liste mit allen Länder-Heimgesetzen kann auf der Internetseite der Bundesinteressenvertretung für alte pflegebetroffene Menschen (BIVA) entnommen werden: <https://www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/>.

Zur Beratung des Landes über Fragen der Pflegeversicherung wird für jedes Land, oder für Teile des Landes, ein Landespflegeausschuss gebildet. Die Länder müssen dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Art und den Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen und über die durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen berichten.

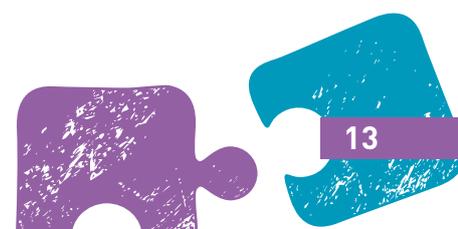
Im Jahr 2015 veröffentlichte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Empfehlungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit setzte sich die Gruppe aus Vertreter/innen der Bundesministerien für Gesundheit und für Arbeit und Soziales sowie von elf Länderministerien und den drei kommunalen Spitzenverbänden zusammen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen hatten zum Ziel, pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich ein Leben in ihrem gewohnten Umfeld zu gewährleisten. Die Umsetzung vereinbarter Maßnahmen erfolgte mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz.

Noch vor der Veröffentlichung der Empfehlungen wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2009 Pflegestützpunkte initiiert. Pflegestützpunkte werden von den Pflege- und Krankenkassen eingerichtet und dienen zur neutralen wohnortnahen Beratung, Betreuung und Versorgung der Bevölkerung. Beratungsangebote gibt es ebenfalls für Privatversicherte durch die private Pflegeberatung COMPASS. Entscheidungen bezüglich den Leistungen treffen aber dennoch die Kranken- oder Pflegekasse oder das Sozialamt.

In einigen Bundesländern haben des Weiteren kreisfreie Städte und Landkreise den gesetzlichen Auftrag zur Bildung von Pflegekonferenzen, die die Kooperation und Mitwirkung der Pflegestützpunkte, Einrichtungen und Träger im Bereich der Pflege sichern, Netzwerke etablieren und bürgerliches Engagement fördern.

4.2 Pflegekassen

Wie bereits erwähnt, spielen die Pflegekassen eine zentrale Rolle, denn sie sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung und haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Die Pflegekassen schließen Verträge mit den Leistungserbringern ab und dürfen ambulante und stationäre Pflege nur mit Einrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Im Vertrag werden Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistung festgelegt, die die Einrichtung erbringen muss. Zum Zweck der Qualitätssicherung geben die Pflegekassen Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen in Auftrag.





Halfpoint – Shutterstock

Auf Bundesebene sichert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Koordinierung der Pflegekassen. Seine Aufgaben werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der gesetzlich vorgesehene Verband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband), wahrgenommen. Er erlässt unter anderem die Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung der Versicherten, zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung und zur Qualitätsprüfung der Pflegeeinrichtungen. Zu seinen Aufgaben gehört auch die Bestimmung von Richtlinien zur Qualifikation und zu den Tätigkeiten zusätzlicher Betreuungskräfte bei stationärer Pflege. Er fördert Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

4.3 Der Qualitätsausschuss

Der §113b des SGB XI richtet einen Qualitätsausschuss ein, der zu gleichen Teilen aus Vertretern/innen der Leistungserbringer und Vertretern/innen der Leistungsträger besteht. Zu seinen Aufgaben gehört die Entwicklung von Instrumenten zur Prüfung von stationären Pflegeeinrichtungen und der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen sowie die Qualitätsberichtserstattung. Zudem entwickelt er ein Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen. Neue Instrumente sollen die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität erlauben. Der Qualitätsausschuss

⁶ Sozialgesetzbuch XI, §113b.

evaluiert die Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung und unterbreitet den Spitzenverbänden Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neusten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse⁶.

5. DIE STATIONÄRE BETREUUNG UND BEGLEITUNG PFLEGEBEDÜRFTIGER PERSONEN

In Deutschland unterscheidet man zwischen einem Altenbeziehungsweise Seniorenheim, einem Pflegeheim und einer Seniorenresidenz. In diesem Themenheft wird stets auf Pflegeheime eingegangen.

5.1 Die Pflegeangebote der Pflegeheime

Laut dem SGB XI handelt es sich bei einer stationären Pflegeeinrichtung um eine selbstständig wirtschaftende Einrichtung, in der eine pflegebedürftige Person unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft entweder vollstationär oder teilstationär gepflegt wird. Es muss sich hierbei um Gesundheits- oder (Kinder)-Krankenpfleger/innen beziehungsweise Altenpfleger/innen handeln.

Pflegeheime können sich sowohl in freigemeinnütziger, öffentlicher oder privater Trägerschaft befinden. 53 % der Pflegeheime befanden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft⁷. Diese sicherten 55 % der verfügbaren 928 939 Plätzen. 42 % befanden sich in privater Trägerschaft, und nur 5 % der Pflegeheime in öffentliche Trägerschaft.

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen

- » Dauerpflege,
- » Kurzzeitpflege,
- » Tagespflege,
- » und Nachtpflege.

Die teilstationäre und die Kurzzeitpflege bieten Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und ermöglichen ihnen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Es ist ebenfalls möglich, in Krisensituationen auf dieses Angebot zurückzugreifen. Das Ziel besteht darin, es pflegebedürftigen Personen so lange wie möglich zu ermöglichen, zu Hause zu leben.

Dauerpflege/vollstationäre Pflege

Wenn eine Person nicht mehr in der Lage ist, alleine zu leben, kann in einer vollstationären Einrichtung eine durchgehende Betreuung und Vollversorgung sichergestellt werden. Diese umfasst sowohl pflegerische, soziale als auch hauswirtschaftliche Leistungen.

Kurzzeitpflege

Bei der Kurzzeitpflege halten sich die Betroffenen für ein paar Tage oder Wochen in einer stationären Einrichtung auf. Diese Möglichkeit wird wahrgenommen, wenn die Tages- und Nachtpflege nicht ausreicht. Die Kurzzeitpflege kann ebenfalls als Übergangszeit im Anschluss an eine akutstationäre Behandlung und somit als Nachsorge dienen. In Krisensituationen können pflegende Angehörige vor einer Überlastung geschützt werden.

Tages- und Nachtpflege

Wenn eine Ergänzung zur häuslichen Pflege nötig ist wird oftmals zur Tages- oder Nachtpflege zurückgegriffen. Die Betroffenen kehren am Abend wieder nach Hause zurück. Diese Option ist besonders für Patienten/innen mit Demenz interessant. Bei Nachtpflege werden sie nachts versorgt.

Im Jahr 2015 boten bundesweit knapp zwei Drittel der 13 596 Pflegeeinrichtungen nur eine vollstationäre Dauerpflege an. Aus der folgenden Tabelle kann das Pflegeangebot in Deutschland entnommen werden.

Von den insgesamt 857 302 stationär versorgten Pflegebedürftigen (zur Erinnerung: diese Zahlen beziehen sich auf pflegebedürftige Menschen aller Altersgruppen, also auch auf jüngere Menschen mit Behinderung) erhielten im Jahr 2015 759 204 eine Dauerpflege, 24 212 eine Kurzzeitpflege, 73 844 Tagespflege und nur 42 Nachtpflege.

Tabelle 1: Anzahl der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegeangebot, 2015.

Pflegeangebot	Anzahl
Pflegeangebot insgesamt	13 596
Pflegeeinrichtungen mit einer Option	
Nur Dauerpflege	8 617
Nur Kurzzeitpflege	146
Nur Tagespflege	2 244
Nur Nachtpflege	-
Pflegeeinrichtungen mit mehreren Optionen	
Dauer- und Kurzzeitpflege	1 093
Dauer- und Tages- und/oder Nachtpflege	1 051
Kurzzeit- Tagespflege und/oder Nachtpflege	32
Tages- und Nachtpflege	10
Pflegeeinrichtungen mit allen Optionen	403

Tabelle nach den Zahlen des Statistischen Bundesamts, 2015.

⁷ Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime, veröffentlicht im Jahr 2015.

Grafik 3: Verweildauer in Pflegeheimen 2007 bis 2014, in Monaten

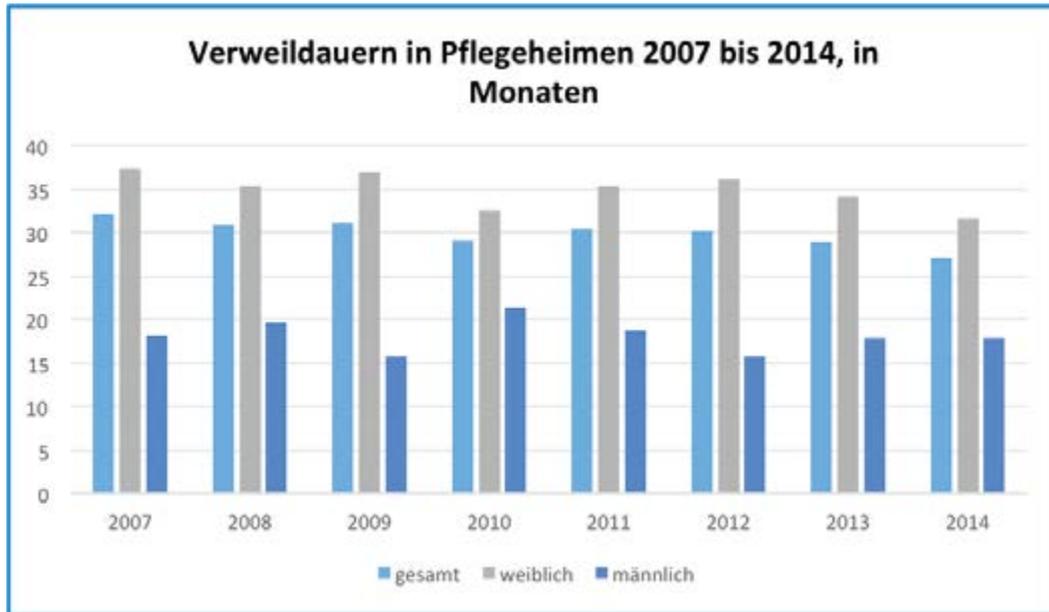


Diagramm nach den Zahlen des Alters-Instituts, in: Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Einrichtungen, 2015.

Bei der Dauerpflege betrug die Verweildauer in deutschen Pflegeheimen im Jahr 2014 durchschnittlich 27,1 Monate und sinkt somit im Vergleich zu 2007 (32 Monate)⁸. Hier lässt sich ein geschlechterspezifischer Unterschied feststellen (siehe Grafik 3).

5.2 Finanzierung

Es kann zwischen drei Arten von Kosten in Pflegeheimen unterschieden werden:

- » Kosten für die Unterkunft und Verpflegung,
- » Kosten für die Pflegeleistungen,
- » Investitionskosten.

Kosten für die Unterkunft und Verpflegung

Unterkunft und Verpflegung müssen grundsätzlich privat gezahlt werden, entweder von der pflegebedürftigen Person oder ihren zum Unterhalt verpflichteten Angehörigen. Bei finanziellen Schwierigkeiten kann ebenfalls das Sozialamt Unterstützung leisten.

Kosten für die Pflegeleistungen

Die Entgelte für die teil- oder vollstationäre Pflegeleistung sowie die Kurzzeitpflege werden als Pflegesätze bezeichnet. Sie umfassen die Vergütung des Pflegeaufwands, der medizinischen Behandlungspflege (medizinische Leistungen wie Medikamentenausgabe,

siehe Punkt 6.1) und der sozialen Betreuung. Die Pflegesätze sind entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Die Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Kostenträgern vereinbart. Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht und für alle Heimbewohner/innen einheitlich bemessen sein. Pflegeeinrichtungen dürfen unter bestimmten Voraussetzungen mit den pflegebedürftigen Menschen Zuschläge für zusätzliche Leistungen oder besonderen Komfort vereinbaren, die dann privat bezahlt werden müssen.

Je nach Pflegegrad übernehmen die Pflegekassen für die Pflegeleistungen einer vollstationären Einrichtung einen Pauschalbetrag in Höhe von:

- » 770 Euro/Monat für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2,
- » 1 262 Euro/Monat für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3,
- » 1 775 Euro/Monat für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4,
- » 2 005 Euro/Monat für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5⁹.

Für vollstationär versorgte Patienten/innen bleibt die finanzielle Eigenbelastung bei den reinen Pflegekosten gleich, unabhängig vom Pflegegrad.

Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten einen Zuschuss von 125 Euro monatlich.

⁸ Alters-Institut: Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Einrichtungen, Zusammenfassender Forschungsbericht, veröffentlicht im Jahr 2015.

⁹ Sozialgesetzbuch XI, § 43.



Photographiee.eu - Shutterstock

Bei der Tages- und Nachtpflege übernimmt die Pflegekasse Leistungssätze je nach Pflegegrad für pflegebedingten Aufwendungen mit einem monatlichen Gesamtwert bis zu

- » 689 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2,
- » 1 298 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3,
- » 1 612 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4,
- » 1 995 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5¹⁰.

Für Kurzzeitpflege leisten die Pflegekassen unabhängig davon, welcher der Pflegegrade 2 bis 5 vorliegt, bis zu 1 612 Euro pro Jahr. Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege kann auch gegenüber der Krankenkasse bestehen, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und nicht maximal Pflegegrad 1 festgestellt ist (§ 39c SGB V).

Investitionskosten

Unter Investitionskosten versteht man laut § 82 SGB XI die Aufwendungen für Maßnahmen bezüglich der Gebäude und Anlagengüter der Pflegeeinrichtungen, sowie Aufwendungen für den Erwerb von Grundstücken, Miete oder Pacht. Sie können vom Land oder von der Kommune öffentlich gefördert werden. Nicht öffentlich geförderte Investitionskosten müssen von den Bewohnern/innen, unterhaltspflichtigen Angehörigen oder gegebenenfalls durch die Sozialhilfe finanziert werden.

6. AMBULANTE LEISTUNGEN UND HILFE

Um bei auftretendem Hilfe- und Pflegebedarf weiterhin zu Hause leben zu können, greifen ältere Personen oftmals auf ambulante Serviceangebote zurück. Diese unterstützen in privaten Wohnungen oder Wohngemeinschaften und bieten hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie Leistungen in der Grundpflege und medizinische Behandlungspflege an. Es lassen sich folgende ambulante Versorgungsstrukturen identifizieren:

- » ambulante Serviceleistungen und
- » ambulante Pflegedienste.

Darüber hinaus können ältere Personen auf Unterstützungsangebote im Alltag zurückgreifen, die meist von Ehrenamtlichen angeboten werden. Diese Angebote werden im Punkt 8.3 näher erläutert.

6.1 Ambulante Serviceangebote und Pflegedienste für zu Hause wohnende pflegebedürftige Menschen

Auch wenn noch kein Pflegebedarf besteht, doch in verschiedenen Bereichen des Alltags Unterstützung notwendig wird, können ältere Personen auf ambulante Servicedienstleister zurückgreifen. Unter anderem gibt es folgende Möglichkeiten:

- » **Einkaufshilfen:** Hierfür können ambulante Servicedienste beansprucht werden.
- » **Essen auf Rädern:** Diese Leistung wird von den meisten Wohlfahrtsverbänden angeboten. Die Mahlzeiten werden direkt nach Hause geliefert.
- » **Hauswirtschaftshilfen:** Spezielle Agenturen vermitteln Fachkräfte für die Instandhaltung der Wohnung und die Reinigung der Wäsche. Auch Reparatur- oder Gartenarbeiten sind meistens mitbegriffen und werden von Hausmeisterdiensten wahrgenommen¹¹.

10 Sozialgesetzbuch XI, § 41.

11 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Länger zuhause Leben - Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter, 2015.

Bei Pflegebedarf wird auf ambulante Pflegedienste zurückgegriffen. Die Dienste versorgen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft mit Berufserfahrung und Weiterbildung pflegebedürftige Personen in ihren Wohnungen unter anderen mit folgenden Leistungen:

- » medizinische Behandlungspflege, wie Medikamentengabe,
- » körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- » hauswirtschaftliche Tätigkeiten,
- » pflegerische Betreuung,
- » regelmäßige Beratungsbesuche bei Bezug von Pflegegeld.

Begriffsklärungen

Bei der medizinischen Behandlungspflege werden medizinische Leistungen wie die Medikamentengabe, der Wechsel von Wundpflastern oder Injektionen erbracht. Körperbezogene Maßnahmen umfassen im Wesentlichen Pflegemaßnahmen im Bereich der Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten umfassen Alltagsaufgaben wie Einkaufen, Kochen oder das Reinigen der Wohnung. Im Bereich der pflegerischen Betreuung werden Beschäftigungen und Begleitungen zu Aktivitäten mitgezählt.

Die ambulanten Pflegedienste müssen, wie stationäre Pflegeeinrichtungen, einen Vertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen haben, um eine Versorgung durchführen zu dürfen. Bundesweit 13 323 zugelassene ambulante Pflegedienste erbrachten im Jahr 2015 ambulante Leistungen. Sie können sich in einer frei gemeinnützigen, in einer privaten oder einer öffentlichen Trägerschaft befinden. 65 % befanden sich in einer in privaten Trägerschaft. Der Anteil der freigemeinnützigen Träger betrug 33 %, während die öffentlichen Träger nur 1 %-2 % repräsentieren¹².

Bei privaten Pflegediensten wurden im Jahr 2015 pro Pflegedienst im Durchschnitt 40 Pflegebedürftige betreut, insgesamt lag die Anzahl bei 52 Personen pro Pflegedienst¹³. In der Tat stieg die Zahl der ambulanten Dienste im Vergleich zu 2013 um 4,5 % beziehungsweise 600 Einrichtungen. Die steigende Anzahl der ambulanten Dienste und der Beschäftigten belegt die zunehmende Bedeutung dieser Pflegeoption¹⁴.

Pflegebedürftige Personen können sich auch für eine 24-Stunden-Versorgung entscheiden (siehe Kasten).

24-Stunden Versorgung/„Care-Migrantinnen“/ Live-Ins

Viele Menschen entscheiden sich für eine 24-Stunden-Versorgung. In diesem Fall lebt die betreuende Hilfskraft bei der zu pflegenden Person und gewährleistet eine intensive Betreuung rund um die Uhr. Die Hilfskraft übernimmt in der Regel hauswirtschaftliche Tätigkeiten aber auch Aufgaben der Pflege. Auch die Begleitung außer Haus wird durchgeführt.

In Deutschland werden oftmals Hilfs- oder Pflegekräfte aus Osteuropa engagiert, weshalb die Begriffe „osteuropäische Hilfskräfte“ oder „Care-Migrantinnen“ verwendet werden. Da es sich zum größten Teil um Frauen handelt, die die älteren Personen betreuen, wird hauptsächlich die weibliche Form benutzt. Die Pflegekassen übernehmen hier allerdings keine Kosten.

6.2 Die Pflegesachleistung

Die Kostenübernahme für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen, sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung durch die Pflegekassen wird als Pflegesachleistung definiert. Laut § 36 SGB XI können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 eine häusliche Pflegehilfe erhalten, die pflegerische Maßnahmen und Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens umfassen. Die Pflegekassen übernehmen die monatlich entstehenden Kosten bis zu einer jeweiligen Gesamtsumme der Sachleistungsansprüche je nach Pflegegrad¹⁵:

- » 689 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2,
- » 1 298 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3,
- » 1 612 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4,
- » 1 995 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5¹⁶.

12 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Deutschlandergebnisse, veröffentlicht im Jahr 2015.

13 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015, Deutschlandergebnisse.

14 Statistisches Bundesamt, in: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile.

15 Anmerkung: Die Pflegesachleistung decken ebenfalls zusätzlich zu den Leistungssätzen der Pflegekassen die Tages- und Nachtpflege.

16 Sozialgesetzbuch XI, § 36.

Weitere finanzielle Unterstützungen für zu Hause lebende, pflegebedürftige Personen

Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen können unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen gewähren. Dies kann beispielsweise technische Hilfe betreffen. Pro Maßnahme stehen maximal 4000 Euro zur Verfügung. Es besteht weiterhin Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die die Pflege erleichtern oder Beschwerden lindern sollen oder zu einer selbstständigeren Lebensführung beitragen. Die Pflegekassen erstatten eine monatliche Pauschale von bis zu 40 Euro für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

7. WOHN- UND HAUSGEMEINSCHAFTEN

Pflegebedürftige Personen können sich dafür entscheiden, in ambulant betreute Wohngemeinschaften zu ziehen. Hier wohnen mehrere pflegebedürftige Personen zusammen, die gemeinsam auf ambulante Pflegedienste zurückgreifen. Die Nutzung der Dienste wird kontrolliert. Die Einzelheiten zu den Wohnformen werden im jeweiligen Landesrecht festgehalten, wie beispielsweise im Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz in Baden-Württemberg oder im Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) in Rheinland-Pfalz. Je nach Landesgesetz werden bauliche und organisatorische Aspekte geregelt sowie Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Betreuungskräfte.

Förderung ambulant betreuter Wohngemeinschaften

Einmalig wird aus Mitteln der Pflegeversicherung für die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen ein Zuschuss von 2 500 Euro pro Person gewährt, der Gesamtbetrag je Wohngruppe ist auf 10 000 Euro beschränkt. Den Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngruppen kann außerdem ein monatlicher pauschaler Zuschlag von 214 Euro gewährleistet werden, wenn mindestens drei und maximal zwölf Personen zusammenleben, um gemeinsame pflegerische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Für die Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen stellt die Pflegeversicherung zusätzlich zu den Förderungen für ambulant betreuter Wohngemeinschaften 10 Millionen Euro zur Verfügung. In den Ländern gibt es zum Teil eigene Programme, um den Auf- und Ausbau neuer Wohnformen zu befördern (siehe beispielsweise <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/wohnen/>).

Privat können Senioren auch selbstverantwortete Wohngemeinschaften gründen. Hier regeln die Bewohner/innen eigenverantwortlich ihre Angelegenheiten. Sie wählen ihre Pflege- und Unterstützungsleistungen frei aus und werden nicht durch öffentliche Behörden kontrolliert.

Neben den klassischen Wohngemeinschaften gibt es auch Hausgemeinschaften, wie Seniorenhausgemeinschaften in einem Mehrfamilienhaus oder Mehrgenerationshäuser.

8. PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Das deutsche Pflegesystem kann als ein familienbasiertes System betrachtet werden. Pflegenden Angehörige sind ein tragender Teil des Systems und werden als solche rechtlich anerkannt. Das SGB XI definiert pflegende Angehörige als Personen, die nicht erwerbstätig einen Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung pflegen. Einen eigenständigen Anspruch auf Geldleistungen der Pflegeversicherung haben Angehörige nicht; das Pflegegeld wird an die pflegebedürftige Person gezahlt (siehe Punkt 8.2). Eine Ausnahme bildet das zehntägige Pflegeunterstützungsgeld, eine Lohnersatzleistung der Pflegeversicherung während einer kurzzeitigen Pflegezeit (§ 44a SGB XI). Zudem zahlt die Pflegeversicherung unter verschiedenen Voraussetzungen, abhängig vom Pflegegrad und der Einbindung von Pflegediensten, Beiträge zur Rentenversicherung für pflegende Angehörige. Laut dem statistischen Bundesamt werden von 2 860 293 Pflegebedürftigen 1 384 604, und somit fast 50 %, allein durch pflegende Angehörige versorgt (Stand 2015)¹⁷.

8.1 Die Situation der pflegenden Angehörigen in Deutschland

Die Deutsche Allgemeine Krankenkasse (DAK) veröffentlichte im Jahr 2015 die Studie „Wie pflegt Deutschland?“. In einer Befragung wurde sichtbar, dass es sich bei pflegenden Angehörigen meist um Frauen handelt. Dabei kam heraus, dass viele pflegende Angehörige ihre Arbeitstätigkeiten ruhen lassen oder verringern müssen. Nur ein Fünftel der Befragten ging einer Vollzeitbeschäftigung nach. Die Zahlen variieren zwischen den Bundesländern, doch im Schnitt sind 80 % der Angehörigen zwischen 45 und 70 Jahre alt. Aufgrund der Überlastung werden sie oft selber krank. 55 % gaben an, von psychischen Leiden betroffen zu sein, ein Fünftel bestätigte das Aufkommen depressiver Episoden. Auch körperliche Konsequenzen sind nicht unüblich, 16 % beklagen sich über chronische Rückenschmerzen. Weiterhin leidet das private Leben unter der Pflegetätigkeit¹⁸.

17 Statistisches Bundesamt, in: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html>.

18 DAK: Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Veröffentlicht durch die DAK-Forschung, 2015.

Nur 31 % der Befragten wiesen eine vorherige Pflegeerfahrung auf. Fast jeder zweite kümmerte sich um einen Elternteil, 11 % um einen Elternteil des Partners/der Partnerin. Auffallend ist ebenfalls, dass das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit oft weit fortgeschritten ist, 36 % der Angehörigen pflegen eine Person mit Demenz.

70 % der pflegenden Angehörigen übernehmen diese Verantwortung aus Verbundenheit, 13 % gaben an, nicht für die Kosten eines Heims aufkommen zu können.

Zu den Grundtätigkeiten gehören die hauswirtschaftliche Versorgung, die Körperpflege, Fortbewegung, Toiletten-gang und Essen. Die Grundpflege und medizinische Behandlung wird oftmals von Pflegediensten übernommen.

8.2 Das Pflegegeld

Pflegebedürftige, die zu Hause von Angehörigen, Bekannten oder Freunden gepflegt werden haben Anspruch auf Pflegegeld, welches ihnen direkt überwiesen wird. Das Pflegegeld richtet sich pro Monat wie die Pflege-sachleistungen nach dem Pflegegrad:

- » 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 2,
- » 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 3,
- » 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 4,
- » 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrads 5¹⁹.

Wenn Pflegebedürftige nur einen Teil der Pflegesachleistung in Anspruch nehmen, können sie diese mit dem Pflegegeld kombinieren. Bei dieser Kombinationleistung wird das Pflegegeld dann um den Vomhundertsatz der in Anspruch genommenen Sachleistung vermindert.

Am Beispiel von Baden-Württemberg wird in der folgenden Tabelle deutlich, dass ein großer Anteil der pflegebedürftigen Leistungsempfänger/innen Pflegegeld beanspruchen und somit zu Hause von pflegenden Angehörigen gepflegt wird.

8.3 Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Die Gesetzgebung sieht eine Reihe von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige vor:

- » **Verhinderungspflege:** Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5, die seit mindestens sechs Monaten von einem Angehörigen zu Hause betreut werden, haben Anspruch auf Verhinderungspflege, wenn letzterer eine Vertretung benötigt. Die Verhinderungspflege kann von ganz unterschiedlichen Personen beziehungsweise Anbietern geleistet

werden. Die jährliche Kostenübernahme durch die Pflegekassen für die Verhinderungspflege beträgt bis zu 1612 Euro²⁰, der Anspruch besteht auf bis zu sechs Wochen im Jahr. Bis zu 50 Prozent der nicht verbrauchten Kurzzeitpflegeleistung können für Verhinderungspflege genutzt werden. Das Pflegegeld kann bei einer Verhinderungspflege weiterhin beansprucht werden.

- » **Unterstützungsangebote im Alltag:** Es handelt sich hierbei um Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helfer/innen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen übernehmen und die zur Entlastung und beratender Unterstützung von pflegenden Angehörigen dienen. Sie unterstützen Pflegebedürftige bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags und tragen dazu bei, dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Sie ermöglichen außerdem, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Die Landesregierungen werden dazu ermächtigt, näheres zur Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag durch Rechtsverordnungen zu bestimmen. Die Länder haben somit umfassende Regelungen zur Anerkennung und Förderung dieser Angebote geschaffen (siehe Kasten). Eine Kostenerstattung ist für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ab Pflegegrad 2 möglich. Sie erhalten einen Anspruch auf ambulante Pflegesachleistung, soweit diese nicht für andere Leistungen bezogen wurde. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert außerdem mit 25 Millionen Euro im Jahr den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, den Auf- und Ausbau und die Unterstützung ehrenamtlicher Gruppen und die Erprobung neuer Versorgungskonzepte. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit 10 % des Fördervolumens.

¹⁹ Sozialgesetzbuch XI, § 37.

²⁰ Pflege.de, in: <https://www.pflege.de/altenpflege/verhinderungspflege/>.

Angebote zur Unterstützung im Alltag – Landesverordnungen

Die Unterstützungsangebote-Verordnung der Landesregierung Baden-Württemberg sieht eine Förderung für Dienste für Familienpflege und Dorfhilfe, Betreuungsgruppen für demenzkranke Menschen, häusliche Betreuungsdienst für demenzkranke Menschen, ehrenamtliche Initiativen für Pflege- und Hilfebedürftige Menschen, Seniorennetzwerke und Pflegebegleiter-Initiativen vor. Die Angebote werden aus Mitteln des Landes, der Kommunen und der Pflegeversicherung gefördert. Modellvorhaben dienen dazu, neue Versorgungsstrukturen und Konzepte zu entwickeln und zu erproben.

Die Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, über die Förderung von Modellvorhaben und Initiativen des Ehrenamts sowie über die Förderung der Selbsthilfe Rheinland-Pfalz erweitert das Spektrum der anererkennungsfähigen Angebote. Es werden auch separate oder integrative Angebote, die auf Entlastung im hauswirtschaftlichen Bereich ausgerichtet sind oder von privatgewerblichen Leistungserbringern erbracht werden, anerkannt.

- » **Entlastungsbetrag:** Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen einmaligen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat. Dieser Betrag kann zur Erstattung der Aufwendungen eingesetzt werden, die im Zusammenhang einer Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, eines ambulanten Pflegedienstes oder von Angeboten zur Unterstützung im Alltag anfallen.
- » **Neuregelungen im Familienpflegezeitgesetz:** Bei einem Betrieb ab 25 Mitarbeitern kann die Arbeitszeit für die Pflege von nahen Angehörigen bis zu längstens zwei Jahre lang auf 15 Stunden wöchentlich reduziert werden. Ein zinsloses Darlehen wird zur Absicherung des Lebensunterhalts gewährt und es besteht ein gesetzlich garantierter Kündigungsschutz. Aufgrund der verschiedenen Lebensformen werden als nahe Angehörige nun auch Stiefeltern, Schwäger/innen sowie gleichgeschlechtliche Lebenspartner/innen, die seit mindestens einem Jahr zusammen wohnen, anerkannt.
- » **Neuregelungen im Pflegezeitgesetz:** Es besteht das Recht auf eine sechsmonatige Pflegezeit, entweder in Form einer Reduzierung oder Unterbrechung der Arbeitszeiten bei Unternehmen ab 15 Mitarbeitern/innen. Sie erhalten außerdem Pflegeunterstützungsgeld. Bei Notfällen kann eine Auszeit von 10 Tagen beansprucht werden, bei der Pflege von Angehörigen in einer palliativen Situation kann die Dauer drei Monate betragen. Seit den Pflegestärkungsgesetzen besteht die Möglichkeit, Familienpflegezeit und



MonkeyBusiness – Shutterstock



Pflegezeit zu kombinieren. Die Gesamtdauer aller Freistellungsmöglichkeiten beträgt zusammen höchstens 24 Monate²¹.

» **Soziale Absicherung:** Das Zweite Pflegestärkungsgesetz verbessert die soziale Absicherung der pflegenden Angehörigen durch zum Teil höhere Beitragsleistungen an die Rentenversicherung. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson nicht mehr als 30 Stunden die Woche arbeitet und einen oder mehrere Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 mehr als 10 Stunden an mindestens 2 Tagen in der Woche pflegt. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person und der Leistungsart. Des Weiteren besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der aktiven Arbeitsförderung falls ein Einstieg in eine Beschäftigung nach Ende der Pflegetätigkeit nicht direkt gelingt.

Während der Pflegetätigkeit ist die pflegende Person beitragsfrei gesetzlich unfallversichert. Wenn sich die pflegende Person von der Arbeit freistellen muss, oder ihre Arbeitszeit reduziert, erhält sie Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach dem Beitrag der pflegenden Person an die gesetzliche Krankenkasse.

» **Pflegeberatung:** Der Beratungsanspruch kann in einem Pflegestützpunkt oder direkt bei der Pflegekasse eingelöst werden. Die Beratung erfolgt durch qualifizierte Pflegeberater und Pflegeberater/innen. Es kann eine individuelle Pflegeberatung, mit oder ohne Begleitung der pflegebedürftigen Person, aufgesucht werden.

» **Pflegekurse:** Die Pflegekassen oder private Pflegeversicherungen bieten zudem kostenlose Pflegekurse an, auf Wunsch auch in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person.

Tabelle 2: Übersicht des Pflegeangebots

Pflegeangebot	Charakteristiken	Finanzierung
Dauerpflege in Pflegeheimen	Die Dauerpflege bietet eine durchgehende Versorgung (Tag und Nacht). Die Versorgung umfasst sowohl pflegerische, soziale als auch hauswirtschaftliche Leistungen.	Pflegekassen übernehmen einen Pauschalbetrag je nach Pflegegrad für körperbezogene Pflege, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung. Unterkunft und Verpflegung müssen selbst getragen werden.
Tages- und Nachtpflege	Bieten eine Entlastungsmöglichkeit für pflegende Angehörige und tragen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei. Im Vordergrund steht häufig eher die Betreuung als die körperbezogene Pflege oder medizinische Behandlungspflege.	Pflegekassen übernehmen einen Pauschalbetrag je nach Pflegegrad für körperbezogene Pflege, medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung. Unterkunft und Verpflegung müssen selbst getragen werden.
Kurzzeitpflege	Bei gesundheitlichen oder anderen Krisensituationen sowie zur Entlastung pflegender Angehöriger.	Pflegekassen übernehmen ab Pflegegrad 2 bis zu 1 612 Euro im Jahr für pflegebedingte Aufwendungen; wird Verhinderungspflege nicht genutzt stehen bis zu 3 224 Euro zur Verfügung.
Ambulante Serviceleistungen	Hilfen beim Einkaufen, Lieferung von Mahlzeiten oder Hauswirtschaftliche Hilfen.	Kosten sind selbst zu tragen.
Ambulante Pflegedienste	Es können medizinische, pflegerische + hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden.	Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege durch Krankenkassen. Übernahme von Pauschalbeträgen für körperbezogene Pflege, pflegerische Betreuung und hauswirtschaftlicher Hilfen je nach Pflegegrad durch Pflegekassen.
Ambulant betreute Wohngemeinschaften	Gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung unter Einbindung eines verantwortlichen Trägers.	Bewohner/innen kommen für Miete und Nebenkosten auf, Pflegekassen leisten Pauschalbeträge für Pflegedienste. Monatlicher pauschaler Zuschlag von 214 Euro für zusätzliche Leistungen (pro Wohnung, unter Bedingungen), einmaliger Zuschuss bei der Gründung von 2 500 Euro pro Bewohner/in und maximal 10 000 Euro.
Selbstverantwortete Wohngemeinschaften	Pflege- und Unterstützungsmöglichkeiten werden frei gewählt und selbst organisiert; weitere Möglichkeiten sind Service-Wohnungen oder Mehrgenerationenhäuser.	Bewohner/innen kommen für die Miete, Nebenkosten auf und können für eventuellen Dienstleistungen Pflegegeld in Anspruch nehmen. Es stehen dieselben Leistungen wie bei trägerorientierten Wohngemeinschaften zur Verfügung.

21 Bundesministerium für Gesundheit in: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684>; <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/>.

9. WEITERFÜHRENDE LITERATUR

GESETZESTEXTE

- » Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (2009, geändert 2016)
- » Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung (Stand 2017)
- » Wohn- Teilhabe und Pflegegesetz Baden-Württemberg (2014)

BERICHTE/STUDIEN

- » Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015: Länger zuhause Leben – Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter.
- » Deutsche Allgemeine Krankenkasse 2015: Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Veröffentlicht durch die DAK-Forschung.
- » Jäggi, Jolanda/ Künzi, Kilian 2014: Die Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. Im Auftrag der Age Stiftung Zürich.
- » Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2013: Landesqualitätsbericht Gesundheit Baden-Württemberg – Spezialheft ambulante und stationäre Pflege.
- » Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2017: Pflegebedürftig – Was nun? Fragen und Antworten zur Pflegebedürftigkeit.
- » Simoes, Elisabeth/ Münnich, Ralf T. 2016: Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Eine grenzüberschreitende Studie Deutschland – Schweiz. Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen.
- » Techtmann, Gero (Dr.) 2015: Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Zusammenfassender Forschungsbericht, veröffentlicht durch das Alters-Institut.

STATISTIKEN

- » Demografie Portal des Bundes und der Länder
- » Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik – Deutschlandergebnisse, 2015
- » Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik – Ländervergleich, 2015

INTERNETSEITEN

- » Offizielle Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit/des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend/des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg/des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

Konzeption und inhaltliche Koordinierung:

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Redaktion:

- Lydia Kassa (TRISAN).

Fachlektorat:

- Véronique Breining, Conseil Départemental du Bas-Rhin,
- Christian Fischer, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Annabelle Hurth, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Béatrice Lorrain, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Isabelle Magnien, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Stéphane Mathieu, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Carole Mochel-Wirth, Conseil Départemental du Haut-Rhin.

Übersetzung:

- Michael Lörch.

Gestaltung:

- Print Europe – Céline Agaësse.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34



Die Pflege älterer Personen in Frankreich

1. DIE DEFINITION VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN ÄLTEREN PERSONEN IN FRANKREICH

Ein wesentliches Instrument der Versorgung älterer pflegebedürftiger Personen in Frankreich ist die *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA - personenbezogene Pflegeleistung). Der *Code de l'Action Sociale et des Familles* (Sozial- und Familiengesetzbuch) definiert eine pflegebedürftige ältere Person als eine Person, die 60 Jahre oder älter ist und beim Verrichten der Alltagsaktivitäten auf Hilfe angewiesen ist. Die Person befindet sich in einem invaliden Zustand und benötigt aufgrund ihrer funktionalen Einschränkungen eine regelmäßige Betreuung.

Im *Code de l'Action Sociale et des Familles* werden verschiedene Stufen der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) festgelegt. Der Pflegegrad hängt von der Schwere der Einschränkungen ab und wird mittels eines national einheitlichen Katalogs an Begutachtungsrichtlinien, der *Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)* bestimmt. Der Katalog begutachtet die Fähigkeiten der älteren Person bei der Durchführung von zehn körperlichen und geistigen Tätigkeiten:

- » Kohärenz,
- » Orientierung,
- » Körperpflege,
- » An- und Auskleiden,
- » Nahrungsaufnahme,
- » Toilettengang,
- » Mobilität,
- » Fortbewegen innerhalb des Wohnorts oder einer Einrichtung,
- » Fortbewegen außerhalb des Wohnorts oder einer Einrichtung,
- » Nutzung von Kommunikationsmittel.

Zu diesen Kriterien kommen sieben weitere Tätigkeiten hinzu, die es erlauben, die Situation der Person besser einschätzen zu können (Haushaltsführung, Kochen, Wäschereinigung, Transport, Einkäufe, Einhaltung der Behandlungsprozesse und Freizeitaktivitäten). Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit werden die Personen in den sechs vorgesehenen Pflegegraden der *Grille AGGIR* eingeteilt, den *Groupes Iso-Ressources (GIR 1 bis 6, siehe Kasten)*. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bedingt ebenfalls die Bezugsberechtigung für die APA fest. Die APA kann von pflegebedürftigen älteren Personen der Gruppen *GIR 1 bis 4* bezogen werden.

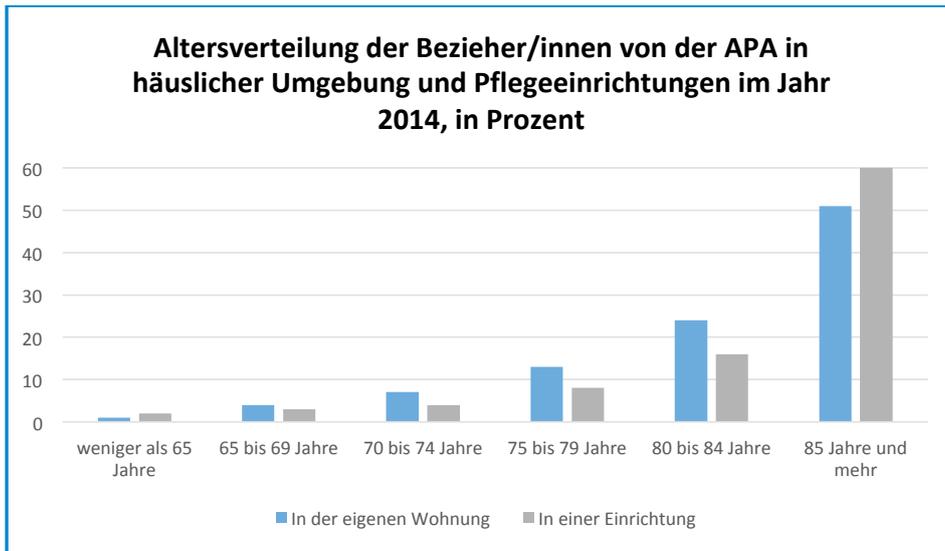
Die Modalitäten für die Begutachtung unterscheiden sich für Personen, die im eigenen Haushalt leben und für Personen, die in einer Einrichtung leben.

- » Wenn die Person in der eigenen Wohnung lebt, ist für die Begutachtung die sogenannte *équipe médico-sociale des Conseil Départemental* zuständig, ein Team, welches das insbesondere aus einem Arzt/einer Ärztin und einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin besteht. Der Antragsteller/die Antragstellerin kann verlangen, dass sein behandelnder Arzt/seine behandelnde Ärztin anwesend ist.
- » Wenn die Person in einem Pflegeheim lebt, obliegt die Begutachtung einem koordinierenden Arzt/einer koordinierenden Ärztin (siehe Teil 5.2). Ein Arzt/eine Ärztin des *Conseil Départemental* und ein Arzt/eine Ärztin der *Agence Régionale de Santé (ARS; Regionale Gesundheitsagentur)* validieren die Beurteilungen im Rahmen von Einrichtungenbesuchen.

Die Einteilung in *Groupes Iso-Ressources (GIR; Pflegegrade)*

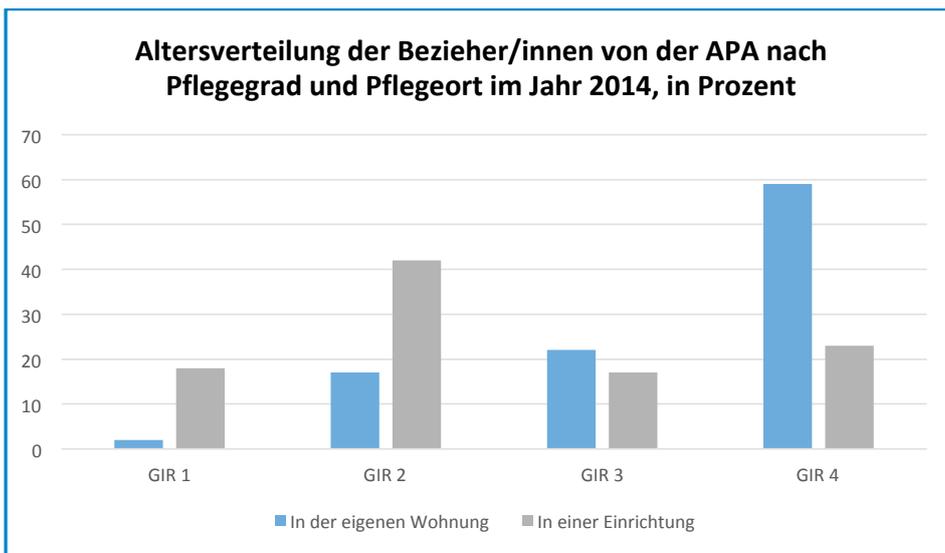
- » *GIR 1*: ältere bettlägerige Personen, bei denen die geistigen Fähigkeiten stark eingeschränkt sind und die eine durchgehende und unerlässliche Anwesenheit von Pflegekräften benötigen, sowie Personen am Ende ihres Lebens.
- » *GIR 2*: dieser Grad umfasst zwei wichtige Kategorien von älteren Personen:
 - bettlägerige oder im Rollstuhl sitzende Personen, deren geistige Fähigkeiten nicht vollständig eingeschränkt sind und die bei den meisten Alltagsaktivitäten Pflege benötigen;
 - Personen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, die sich aber selbstständig fortbewegen können.
- » *GIR 3*: ältere Personen, deren geistige Selbstständigkeit vollständig und deren Bewegungsfähigkeit teilweise gewährt ist, die aber täglich und mehrmals am Tag Hilfe bei körperlichen Aktivitäten benötigen. Die Mehrheit benötigt Unterstützung bei der Darm- oder Blasenentleerung.
- » *GIR 4*: dieser Grad umfasst zwei wichtige Kategorien von älteren Personen:
 - Personen, die nicht selbständig morgens aufstehen können, sich dann aber frei innerhalb der Wohnung fortbewegen können. Sie benötigen manchmal Hilfe bei der Körperpflege und dem An- und Auskleiden. Die Mehrheit benötigt keine Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme;
 - Personen ohne eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, die aber Hilfe bei körperlichen Aktivitäten und den Mahlzeiten benötigen.
- » *GIR 5*: Personen, die sich selbstständig innerhalb der Wohnung fortbewegen, sich selbstständig ernähren und an-/auskleiden können. Sie benötigen punktuelle Hilfe bei der Körperpflege und bei Tätigkeiten im Haushalt.

Grafik 1: Altersverteilung der Bezieher/innen von der *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) in häuslicher Umgebung und Pflegeeinrichtungen im Jahr 2014, in Prozent



Grafik nach den Zahlen der INSEE, *Personnes âgées dépendantes* (pflegebedürftige ältere Personen), 2017.

Grafik 2: Altersverteilung der Bezieher/innen von der *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) nach Pflegegrad und Pflegeort im Jahr 2014, in Prozent



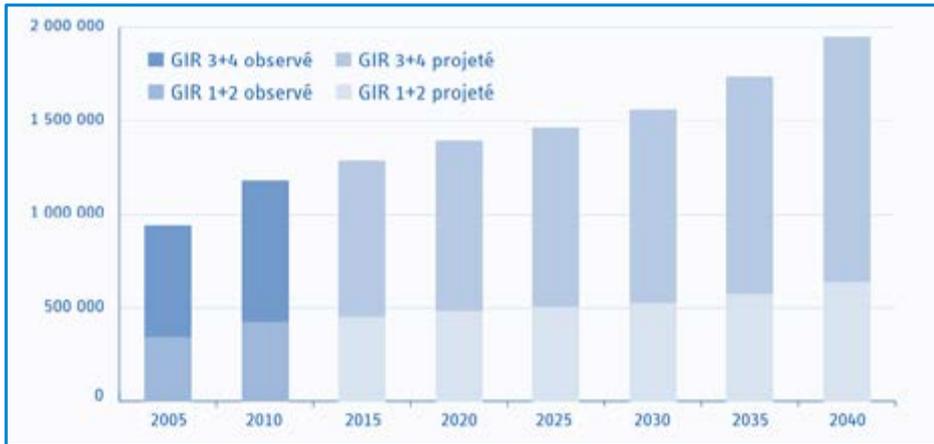
Grafik nach den Zahlen der INSEE, *Personnes âgées dépendantes* (pflegebedürftige ältere Personen), 2017.

2. ZAHLEN UND FAKTEN

Die Statistiken zur Pflege stützen sich auf die Anzahl der Leistungsempfänger der *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA – personenbezogene Pflegeleistung). Im Jahr 2015 wurden in Frankreich 1 265 000 APA-Bezieher/innen erfasst. Die tatsächliche Anzahl an pflegebedürftigen älteren Personen dürfte jedoch höher liegen, da nicht alle pflegebedürftigen Personen die APA beziehen.

Wie die untenstehenden Grafiken 1 und 2 zeigen, unterscheidet sich die Aufteilung der älteren Personen auf die verschiedenen Arten der Versorgung je nach Alter und Grad der Pflegebedürftigkeit. Die große Mehrheit der APA-Bezieher/innen über 85 Jahre lebt in einer Pflegeeinrichtung.

Grafik 3: Anzahl der Bezieher/innen von der *Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) im Jahr 2015



Übersetzung der Legende:

festgestellte *GIR* 3+4
voraussichtliche *GIR* 3+4

festgestellte *GIR* 1+2
voraussichtliche *GIR* 1+2

Quelle: Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (Nationale Solidaritätskasse für die Selbstständigkeit), Schlüsselzahlen zur Hilfe zur Selbstständigkeit, 2016.



Die Anzahl der älteren pflegebedürftigen Personen wird in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der demografischen Entwicklung stark ansteigen. Laut einer Studie des *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques* (INSEE) werden im Jahr 2040 26 % der französischen Bevölkerung 65 Jahre oder älter sein, im Vergleich zu 18 % im Jahr 2013¹.

Grafik 3 zeigt einen starken Anstieg der Anzahl an älteren Personen bis zum Jahr 2040 sowie die voraussichtliche Entwicklung der Verteilung nach Pflegegraden.

3. DIE ORGANISATION DER PFLEGE

An der Organisation der Pflege älterer Personen ist eine Vielzahl von Akteuren beteiligt. Im Folgenden werden die Schlüsselakteure und deren wichtigsten Zuständigkeiten vorgestellt.

Der Staat legt, insbesondere im Rahmen der Pflegegesetze, den allgemeinen Organisationsrahmen des Systems sowie die grundlegenden Richtlinien fest, die anschließend auf territorialer Ebene umgesetzt werden. Als Beispiel sei hier die *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement* (Gesetz über die Anpassung der Gesellschaft an die Alterung) aus dem Jahr 2015 genannt (siehe Kasten). Das zuständige Ministerium ist das *Ministère des Solidarités et de la Santé* (Ministerium für Gesundheit und Solidarität).

Photographie.eu - Shutterstock

¹ INSEE, siehe: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.

Die Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Das Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung)

Die *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement* wurde im Dezember 2015 verabschiedet. Seit der Einführung dieses Gesetzes werden die Pflege von älteren Personen und die Pflege von Menschen mit Behinderungen getrennt voneinander behandelt. Vor diesem Hintergrund wurden mehrere Gesetzestexte geändert und an die Bedürfnisse einer alternden Bevölkerung angepasst. Die Pflege älterer Personen basiert nun auf drei Säulen:

- » **Antizipation:** Diese Säule basiert darauf, die Selbstständigkeit im gesamten Lebensverlauf weiterzuentwickeln und zielt darauf ab, aus der Prävention ein gesamtgesellschaftliches Anliegen zu machen. Das Gesetz regt Maßnahmen an, die den Zugang zu neuen Technologien für ältere Personen mit geringem Einkommen ermöglichen sollen und fördert individuelle und kollektive Präventionsprogramme. Der Kampf gegen die Isolation, der Erhalt sozialer Bindungen und die Förderung physischer Aktivität und guter Ernährungspraktiken sind ebenfalls Teil dieser Säule. Das Gesetz sieht ebenfalls die Entwicklung koordinierter Präventionsstrategien auf lokaler Ebene vor.
- » **Die Anpassung der Gesellschaft an die Alterung:** Die Alterung der Bevölkerung muss bei allen öffentlichen politischen Planungen berücksichtigt werden. Die Wohnungspolitik bestimmt etwa die Fähigkeit einer älteren Person, alleine zu wohnen. Das Gesetz fördert daher Strategien zur Anpassung des Wohnraums und greift auf den Wohnungsbau als Präventionsinstru-

ment zurück. Der Plan der baulichen Anpassung von 80.000 Wohnungen und die Förderung von Übergangswohnungen stellen Schlüsselmaßnahmen dar. Die Städtebaupolitik muss das Alter berücksichtigen und die Zugänglichkeit von Infrastruktur und Verkehrsmitteln erleichtern. Weitere betroffene Bereiche sind Arbeit und Bildung. Vorgesehen sind insbesondere die Entwicklung von Arbeitsplätzen im Dienstleistungsbereich, um auf die Bedürfnisse von älteren Personen eingehen zu können, sowie eine Verbesserung ihrer Begleitung.

- » **Verbesserung der Pflege und der Begleitung beim Verlust der Selbstständigkeit:** Die wichtigste Maßnahme des Gesetzes ist die Neubewertung der Obergrenzen für die APA am eigenen Wohnort. Ein weiteres zentrales Element liegt in der Anerkennung des Rechts auf Erholungsurlaub für pflegende Angehörige, sowie die Reform der Pflegefreistellung (siehe Teil 7). Das Gesetz fördert auch die Entwicklung der ambulanten Hilfs- und Pflegedienste (siehe Teil 6). Weitere Maßnahmen betreffen die Entwicklung der Kurzzeitpflege und der Unterbringung in einer Gastfamilie (siehe Teil 5). Ebenfalls ist die Verbesserung des Zugangs zu Informationen für ältere Personen und deren pflegende Angehörige vorgesehen, insbesondere durch die Einführung eines Internetportals, das die Angebote der verschiedenen Akteure zusammenfasst (Departements, Rentenkassen, lokale Anbieter etc.).

Auf territorialer Ebene ist die Organisation von der gemeinsamen Verwaltung durch die *Agences Régionales de Santé* (ARS) und die Departements geprägt, wobei erstere im Rahmen ihrer Zuständigkeit im medizinischen Bereich agieren und die Zuständigkeiten der Departements im Bereich der Pflege liegen. Daher besteht eine Kohärenz zwischen dem von der ARS ausgearbeiteten *Projet Régional de Santé* (Regionaler Gesundheitsplan) und dem departementalen Konzept zur Unterstützung älterer Personen.

Die ARS sind insbesondere mit der Planung des medizinischen und des sozialen Angebots beauftragt. Sie stellen die Zulassungen für die Eröffnung eines *Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* (EHPAD, Pflegeheim) oder für ambulante Pflegedienste aus.

Die Departements setzen Maßnahmen der sozialen Arbeit mit älteren Menschen und deren pflegende Angehörige um. Die Departements sind im Wesentlichen zuständig für:

- » Die Verteilung von finanziellen Hilfsleistungen: Das Departement ist insbesondere für die Zuweisung der APA verantwortlich. Dazu erhält es Mittel von der *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* (CNSA; Nationale Solidaritätskasse für die Selbstständigkeit)². Die bereits erwähnten *équipes médico-sociales* (Teams, die aus Ärzten/innen und Sozialarbeitern/innen bestehen) des Departements beurteilen die individuellen Bedürfnisse der APA-Antragsteller/innen und legen die individuellen Pflegemaßnahmen im Rahmen eines persönlichen Hilfeplans fest.
- » Die Organisation des Angebots: Das Departement erarbeitet ein Organisationsschema für die soziale und medizinische Entwicklung. Dieses legt die quantitativen und qualitativen Ziele der Weiterentwicklung des Angebots an Dienstleistungen in Pflegeheimen und der häuslichen Pflege fest. Beispielsweise bestimmt das Departement, in Abstimmung mit der ARS, die Anzahl der verfügbaren Betten in Einrichtun-

² *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement*, 2015, Artikel 70.

gen für ältere pflegebedürftige Personen. Das Departement ist ebenfalls verantwortlich für die Ausstellung der Genehmigungen für Einrichtungen, die keine Pflegeleistungen anbieten, und ambulante Hilfsdienste, für die es auch das Zuständigkeitsgebiet festlegt.

- » Die Koordinierung der Altenhilfeplanung: Die Departements koordinieren die Arbeit der Strukturen, die im Bereich der Seniorenarbeit tätig sind. Sie sind verantwortlich für die Organisation der *Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC; Lokale Informations- und Koordinierungszentren)*, welche die Nutzer/innen über deren Rechte und zu erledigende Formalitäten informiert und deren Bedürfnisse evaluieren.

Fokus auf die Departements Bas-Rhin und Haut-Rhin

Das Departement du Bas-Rhin verfügt über ein departementales Team (*équipe médico-sociale*), bestehend aus Ärzten/innen und Sozialarbeiter/innen, die für die Bemessung der APA zuständig ist. Vor Ort gewährleisten die *Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale* (Territoriale Einheiten der medizinischen und sozialen Arbeit) die Aufnahme, Information und Betreuung von älteren Personen. Die *Conseillers Territoriaux Autonomie* (Territoriale Pflegeberater) gewährleisten die Begleitung und die Koordinierung des Netzwerkes an lokalen Akteuren, um auf die auf dem Gebiet umgesetzten Maßnahmen bedarfsorientiert auszurichten.

Im Departement Haut-Rhin leistet der *Service Social Gérontologique* (Gerontologischer Sozialdienst) eine umfassende Begleitung von pensionierten Personen. Zu den Aufgaben dieses vielseitigen Diensts gehören die Aufnahme, die Informationsweitergabe, die Beratung und Orientierung zur Gewährleistung des Zugangs zu Rechten, bei Armut, Schutzbedürftigkeit und zur Missbrauchsprävention. Der Schwerpunkt des Diensts liegt in der Pflege zu Hause, er evaluiert in diesem Rahmen insbesondere die Anfragen auf APA, die Angemessenheit der individuellen technischen Hilfsmittel oder die Anfragen auf bauliche Anpassungen der Wohnung. Dieser Dienst richtet sich an Personen im Ruhestand und deren Angehörigen.

Auf dem Gebiet der Prävention soll an dieser Stelle auch auf die *Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des Personnes Âgées* (Finanziererkonferenzen für die Prävention des Selbstständigkeitsverlusts von älteren Personen), die in jedem Departement stattfinden, hingewiesen werden. Dieses Koordinationsorgan hat die Aufgabe, ein koordiniertes Finanzierungsprogramm für die individuellen und kollektiven Präventionsmaßnahmen festzulegen. Den Vorsitz hat der Vorsitzende/die Vorsitzende des Conseil Départemental inne, während der Leiter/die Leiterin der ARS den stellvertretenden Vorsitz übernimmt.

Die Gemeinden können sich dafür entscheiden, häusliche Pflegedienste und Pflegeheime direkt zu verwalten, eine Aufgabe, die durch die *Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS; Gemeinsame Sozialzentren)* übernommen wird. Die Gemeinden müssen die Antragsunterlagen für Sozialhilfe an das Departement weiterleiten. Außerdem können sie bei Bedarf finanzielle Notfallhilfeleistungen zuweisen.

Hier sei auch die Rolle der Sozialversicherung (*Sécurité Sociale*) erwähnt. In Frankreich gibt es keine verpflichtende Pflegeversicherung, wie es etwa in Deutschland der Fall ist. So deckt die Sozialversicherung vier Risiken ab: Krankheit, Familie, Alter, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Die Altersvorsorge entspricht der Rente und nicht einer Pflegeversicherung. Dennoch nimmt die Sozialversicherung der Finanzierung der mit der medizinischen Versorgung einhergehenden Kosten teil. So trägt die Krankenversicherung etwa zu der Finanzierung des Behandlungspflegetarifs der Pflegeheime bei (siehe Teil 5).

Die Krankenzusatzversicherungen können ihre Mitglieder punktuell unterstützen, etwa um den nicht von der Sozialversicherung übernommenen Eigenanteil oder einen ambulanten Pflegedienst bei der Rückkehr in die eigene Wohnung nach einem Krankenhausaufenthalt zu bezahlen.

Es ist auch möglich, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. So bieten die Versicherungsanbieter pflegespezifische Verträge an, die im Pflegefall die Überweisung einer einmaligen Summe oder einer Rente vorsehen. Darin sind Betreuungs-, Informations- und Präventionsdienste inbegriffen. Es ist möglich, sich gegen eine teilweise, vollständige oder schwere Pflegebedürftigkeit zu versichern, wobei die Verträge individuell oder kollektiv abgeschlossen werden können³.

³ Fédération Française de l'Assurance, siehe: <https://www.ffa-assurance.fr/content/assurance-dependance?parent=74&lastChecked=126>.

4. DIE KOSTENÜBERNAHME BEI ÄLTEREN, PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSONEN

4.1 Die Kostenübernahme bei der häuslichen Pflege

Bei älteren pflegebedürftigen Personen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, muss unterschieden werden zwischen:

- » der Kostenübernahme der mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Ausgaben;
- » der Kostenübernahme der mit den Behandlungsleistungen zusammenhängenden Ausgaben;
- » den zusätzlichen Hilfsleistungen für Personen mit geringem Einkommen.

Die Kostenübernahme bei Pflegebedürftigkeit

Personen, welche die Kriterien der Bezugsberechtigung erfüllen, können die *Allocation Personnalisée d'autonomie* (APA) beziehen, die vom *Conseil Départemental* überwiesen wird. Die APA trägt zur Finanzierung von Hilfsleistungen bei, die mit dem Verlust an Selbstständigkeit zusammenhängen. Eine notwendige Bedingung zum Erhalt dieser Leistungen ist ein Wohnsitz in Frankreich. Dies gilt ebenfalls für Bürger/innen eines anderen Landes der Europäischen Union, die in Frankreich leben.

Bei einem Verbleib zu Hause wird der Betrag der APA auf Grundlage des Pflegegrads *GIR*, dem Einkommensniveau des Beziehers/der Bezieherin und dem aus Ärzten/innen und Sozialarbeiter/innen bestehende Team des Départements aufgestellten Plan vorgesehenen Hilfsleistungen berechnet. Die Zuweisung unterliegt nicht direkt dem Einkommen, allerdings muss der Bezieher/die Bezieherin zu den im individuellen Hilfeleistungsplan vorgesehenen Ausgaben beitragen, sobald die monatlichen Einkünfte 802,93€ überschreiten.

Je nach Pflegegrad (*GIR*) des Beziehers/der Bezieherin werden die monatlich überwiesenen Beträge wie folgt gedeckelt (Stand: 1. April 2018):

- » *GIR* 1: max. 1719,93€/Monat
- » *GIR* 2: max. 1381,04€/Monat
- » *GIR* 3: max. 997,85€/Monat
- » *GIR* 4: max. 665,60€/Monat⁴.

Verschiedene Ausgaben können durch die APA übernommen werden, die in einem Hilfeleistungsplan aufgeführt sind:

- » Kosten für eine Haushaltshilfe,
- » Kosten für technische Hilfsmittel (Installation des Fernbetriebsgeräts...),
- » Hygieneartikel,
- » Mahlzeitenlieferungen,
- » Arbeiten für die Anpassung der Wohnung (in einigen Fällen),
- » Kurzzeitpflege mit oder ohne Unterkunft,
- » Dienstleistungen, die durch ein Familienmitglied erbracht werden.

Die APA wird monatlich an den Bezieher/die Bezieherin überwiesen, der/die es verwenden kann, um die *SAAD* (*Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile*; Ambulante Hilfsdienste) oder eine Haushaltshilfe zu bezahlen. Die APA kann ebenfalls, nach Zustimmung des Beziehers/der Bezieherin, direkt an die ambulanten Hilfsdienste überwiesen werden.

Die Kostenübernahme von Behandlungsleistungen

Behandlungsleistungen werden von Pflegediensten oder niedergelassenen Krankenpflegern/innen durchgeführt. Diese werden durch die Krankenversicherung getragen.

Zusätzliche Hilfsleistungen für Personen mit geringem Einkommen

Ältere Personen mit geringem Einkommen können zusätzliche Hilfsleistungen beziehen, die mit der APA kumulierbar sind. Diese Hilfeleistungen können unter anderem durch die Rentenkassen, die Sozialversicherung, den *Conseil Départemental* oder den Staat überwiesen werden. Beispielsweise kann der *Conseil Départemental* Hilfsleistungen für eine Haushaltshilfe oder eine Mahlzeitenlieferung an Personen über 65 Jahren bewilligen, die keine APA beziehen.

4.2 Die Kostenübernahme in einer Einrichtung

Bei älteren pflegebedürftigen Personen, die in einer Einrichtung wohnen, wird nach drei verschiedenen Tarifen abgerechnet:

- » **Behandlungspflegetarif:** Der Behandlungspflegetarif findet Anwendung bei Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die in der Einrichtung erfolgen. Die individuellen Bedürfnisse werden mithilfe des Begutachtungsinstruments *PATHOS* bemessen. Für diese Behandlungsleistungen legt die *ARS* ein Gesamtbudget fest, welches von der Krankenversicherung an das *EHPAD* überwiesen wird.

⁴ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, siehe: <http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/la-compensation-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>.

- » **Pflegetarif:** Der Pflegetarif entspricht den Hilfe- und Betreuungsleistungen, die zur Durchführung der Verrichtungen des täglichen Lebens erforderlich sind. Er wird durch den *Conseil Départemental* festgelegt. Der Pflegetarif in einem *EHPAD* umfasst eine Pauschale, die unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit auf alle Bewohner angewendet wird. Dazu kommt ein variabler Anteil, der mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit für Personen der *GIR* 1 bis 4 zusammenhängt. Der Pauschalteil wird von den Bewohnern/innen getragen. Beim variablen Anteil haben die Bewohner/innen Anspruch auf eine Kostenübernahme durch die *APA*, die durch die Départements finanziert wird. Der Betrag der *APA* wird auf Grundlage des Pflegegrads *GIR*, des Betrags des Pflegetarifs der Einrichtung und der finanziellen Ressourcen des Bewohners/der Bewohnerin berechnet. In den Départements Bas-Rhin und Haut-Rhin wird die *APA* direkt an das *EHPAD* überwiesen.
- » **Aufenthaltstarif:** Der Aufenthaltstarif entspricht den Unterkunftsleistungen. Er wird von den *EHPAD* frei festgelegt. Bei den Plätzen, die für Bezieher/innen von Sozialhilfe vorgesehen sind, wird der Tarif durch den *Conseil Départemental* festgelegt. Der Aufenthaltstarif muss durch die Bewohner/innen getragen werden. Personen mit geringem Einkommen können Wohnungsbeihilfen erhalten, die entweder durch die *Caisse d'Allocations Familiales* (Familienkasse) oder das Département überwiesen werden.

5. DIE UNTERBRINGUNG IN EINER EINRICHTUNG

Das Gesetz 2002-2 „zur Erneuerung der sozialen und medizinischen Maßnahmen“ beschreibt verschiedene Arten von Einrichtungen, die ältere Personen oder Menschen mit Behinderung aufnehmen oder betreuen. Es wird unterschieden zwischen:

- » Einrichtungen oder Unterbringungsvarianten, die keine Pflegeleistungen anbieten und die sich an Personen richten, die eine gewisse Selbstständigkeit bewahrt haben (Teil 5.1). In diesem Themenheft wird hierfür der Begriff „nicht-medizinische Einrichtung“ verwendet, nach der Übersetzung aus dem Französischen „*hébergement non-médicalisé*“.
- » und Einrichtungen, die sich an pflegebedürftige Personen richten (Teil 5.2)⁵. In diesem Themenheft wird hierfür der Begriff „medizinische Einrichtung“ verwendet, nach der Übersetzung aus dem Französischen „*hébergement médicalisé*“.

5.1 Nicht-medizinische Einrichtungen

Neben den nicht-medizinischen Einrichtungen für ältere Personen *Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées* (*EHPA*; Altersheim), werden hier auch andere Unterbringungsformen aufgeführt: unabhängige Wohnungen, in denen Leistungen erhalten werden und Gastfamilien.

Die *Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées* (*EHPA*; Altersheime)

Ein *EHPA* ist eine nicht-medizinische Einrichtung, die sich an selbstständige ältere Personen richtet. Nur 10 % der dort lebenden Bewohner/innen weisen eine erhöhte Pflegebedürftigkeit auf (*GIR* 1 und 2). Jeder Bewohner/ jede Bewohnerin verfügt über eine eigene Wohnung. Die *EHPA* bieten zusätzliche Dienstleistungen an, wie etwa Mahlzeitenlieferung, Unterhaltung oder Einkaufshilfen.

Die Gründung eines *EHPA* unterliegt einer Genehmigung, die durch den *Conseil Départemental* ausgestellt wird. Für die Finanzierung der Miete und Nebenkosten kommen die Bewohner/innen selbst auf, doch sie können hierfür Wohnungsbeihilfen beziehen.

Unabhängige Wohnungen, die Dienstleistungen beziehen

Um weiterhin in einer unabhängigen Wohnung, aber gleichzeitig einer Umgebung leben zu können, die besser an die Bedürfnisse angepasst ist, entscheiden sich mehrere Personen dafür, in Wohn- oder Hausgemeinschaften zu leben. Die Pflege- und Hilfsleistungen werden von ambulanten Diensten durchgeführt (siehe Teil 6):

- » Die sogenannten *Résidences-autonomie* bieten unabhängige Wohnungen in verschiedenen Größen an und nehmen ältere selbstständige Personen (Pflegegrad *GIR* 5 und 6) auf, die allein oder als Paar wohnen. Gemeinschaftsräume und eventuell ein gastronomisches Angebot stehen zur Verfügung. Eine Person, die dem Pflegegrad *GIR* 4 angehört, kann ebenfalls in einer *Résidence-autonomie* leben, muss dann aber ambulante Hilfe- und Pflegeleistungen beanspruchen (siehe Teil 6). Die *Résidences-autonomie* sind Einrichtungen, die der Genehmigung durch den *Conseil Départemental* unterliegen. Das Gesetz sieht Mindestdienstleistungen vor, die von den *Résidences-autonomie* angeboten werden müssen, wie etwa ein gastronomisches Angebot oder Mahlzeitenlieferungen, die administrative Hilfestellungen bei der Bewältigung des Alltags oder auch Präventionsmaßnahmen. Die Mieten sind günstig und die Bewohner/innen können *APA* und/oder Wohnungsbeihilfen beziehen. Die *Résidences-autonomie* werden größtenteils von öffentlichen, freigemeinnützigen Trägereinrichtungen geführt.

⁵ Alle Informationen zu nicht-medizinischen und medizinischen Einrichtungen finden Sie auf dem Informationsportal der CNSA: pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

- » Die *Résidences-services* funktionieren im Allgemeinen nach dem gleichen Prinzip wie die *Résidences-autonomie*. Sie werden von privaten oder Verbandsstrukturen geleitet. Die Bewohner/innen sind Eigentümer/innen ihrer Wohnung, die besser ausgestattet und größer als in einer *Résidence-autonomie* ist. Die Kosten werden durch die Bewohner/innen getragen, die Anspruch auf APA erhalten.
- » Die Mehrgenerationenhäuser (*Habitats Intergénérationnels*) sind ein Zusammenschluss mehrerer Wohnungen, in denen Personen aus verschiedenen Generationen leben. Der Mietpreis ist an die jeweilige Rente angepasst.
- » Im Rahmen von Wohnpartnerschaften können ältere Personen jüngeren Personen auch (kostenlos) einen Teil ihrer Wohnung zur Verfügung stellen. Im Gegenzug führen die jüngeren Personen Arbeiten im Haushalt durch. Mehrere Vereine wurden gegründet, um dieses Modell zu fördern.

Unterbringung in einer Gastfamilie

Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, in einer Gastfamilie zu leben. Gastfamilien erhalten eine Zulassung, die durch den Vorsitzenden/die Vorsitzende des *Conseil Départemental* ausgestellt wird. Sie teilen ihren Alltag mit der älteren Person. Die *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement* (Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung) sieht vor, diese Aufnahmemöglichkeit weiter zu fördern. Die betroffenen Personen können dauerhaft, punktuell oder periodisch in einer Familie leben. Die Familie wird durch den Nutzer/die Nutzerin vergütet, der Preis wird zwischen den Parteien festgelegt. Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit kann ein Teil der geleisteten Dienstleistungen durch die APA gedeckt werden.

5.2 Medizinische Einrichtungen/ Pflegeeinrichtungen

In Frankreich gibt es drei große Arten von medizinischen Pflegeeinrichtungen:

- » die *Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD; Pflegeheime)*;
- » die Tagespflege;
- » die *Unités de Soins de Longue Durée (USLD; Langzeitpflegeeinheiten)*.

Die *Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD; Pflegeheime)*

Die EHPAD sind medizinisch-soziale Einrichtungen, die sich ausschließlich an ältere pflegebedürftige Personen richten und hauptsächlich Personen aus den Pflegegraden GIR 1 bis 4 aufnehmen. Sie können Personen aufnehmen, die an Alzheimer oder Parkinson erkrankt sind (siehe Kasten)⁶. Die angebotenen Dienstleistungen richten sich nach dem Grad der körperlichen oder geistigen Pflegebedürftigkeit. Das Gesetz sieht Mindestleistungen vor, die durch die EHPAD gewährleistet werden müssen: Verwaltungs- und Unterbringungsleistungen, ein gastronomisches Angebot, Waschservice, sowie Maßnahmen zur Förderung des sozialen Lebens. Die Begleitung der Bewohner/innen wird durch ein multidisziplinäres Team gewährleistet, das durch die ARS finanziert und durch einen koordinierenden Arzt/eine koordinierende Ärztin geleitet wird. Dieser/Diese behandelt die Bewohner/innen nicht direkt, sondern stellt die Verbindung zu behandelnden Ärzten/Ärztinnen außerhalb der Einrichtung her.

Die Aufnahme von Personen mit Alzheimer in den EHPAD

Um eine Lösung für die wachsende Anzahl an älteren Personen zu finden, die an einer zum Teil fortgeschrittenen kognitiven Störung leiden, entwickeln die EHPAD immer häufiger spezielle Abteilungen zur Aufnahme von an Alzheimer erkrankten Personen: die sogenannten *Unités Protégés Alzheimer* (geschützte Alzheimer-Abteilungen).

Diese Einheiten können durchschnittlich 18 Patienten/innen aufnehmen. Das Team besteht aus:

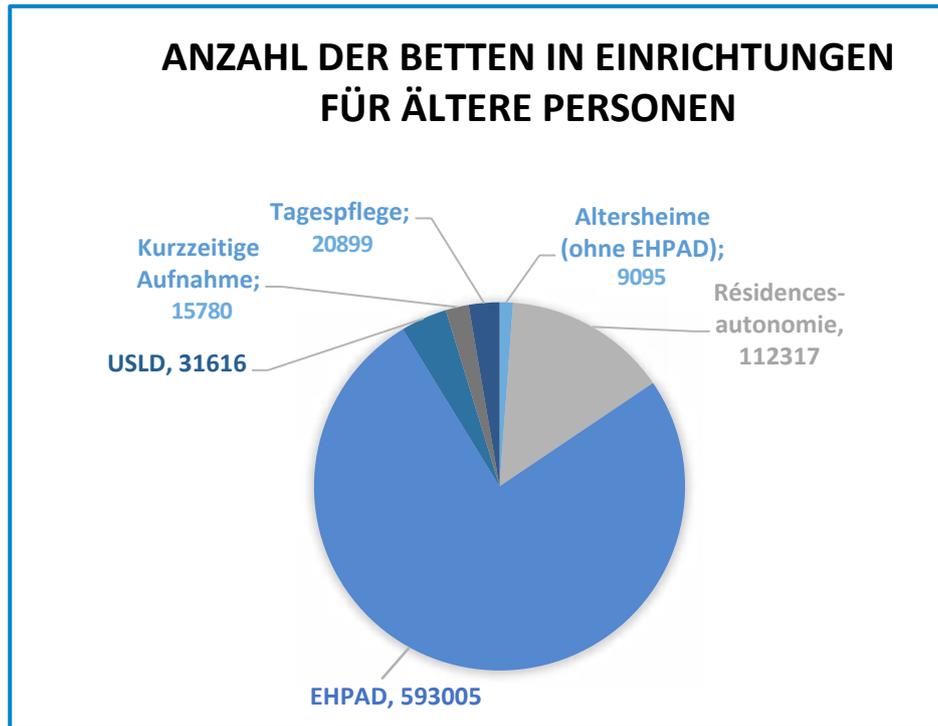
- » einem Krankenpflegehelfer/einer Krankenpflegehelferin
- » einem Krankenpfleger/einer Krankenpflegerin
- » medizinisch-psychologischem Personal,
- » einer gerontologischen Hilfskraft,
- » einem Betreuer/einer Betreuerin und einem Therapeuten/einer Therapeutin,
- » einem Psychologen/einer Psychologin,
- » Physiotherapeuten/innen, Ergotherapeuten/innen, Psychomotorikern/innen.

Es gibt ebenfalls die sogenannten **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA; Aktivitätszentrum und angepasste Behandlungen)**. Dabei handelt es sich um Räume, die für Alzheimer Patienten/innen innerhalb eines EHPAD angepasst werden. Die Aufnahme wird nur tagsüber angeboten, die PASA bieten keine durchgehende Unterbringung an. Im Gegensatz zu den *Unités Protégés* richten sich die PASA auch an externe Patienten/innen.

⁶ Quelle: Portail d'accueil autonomie (Selbstständigkeits-Portal).



Grafik 4: Anzahl der Betten in Einrichtungen für ältere Personen



Grafik auf Grundlage der Zahlen des INSEE, *Personnes âgées dépendantes* (pflegebedürftige ältere Personen), 2017.

Im Jahr 2015 gab es in Frankreich 7.394 EHPAD⁷. Bei 44 % handelt es sich um öffentliche, bei 32 % um freigemeinnützige und bei 24 % um private, profitorientierte Strukturen. Die privaten Einrichtungen bieten die gleichen Leistungen an, aber meistens zu einem höheren Preis. Die EHPAD können unterschiedliche Größen haben. Im Allgemeinen nehmen sie zwischen 50 und 120 Bewohner/innen auf.

Neben der Vollzeitunterbringung bieten die meisten EHPAD auch Kurzaufenthalte an. Es kann sich dabei um sehr punktuelle Aufenthalte (z. B. einige Tage im Falle der Abwesenheit eines pflegenden Familienmitglieds), eine Unterbringung über einen langen und durchgehenden Zeitraum oder um mehrere kürzere Aufenthalte, die mehrmals im Jahr stattfinden, handeln. Die Zulassungsbedingungen, die Zusammenstellung der Teams und die Finanzierungsmodalitäten sind die gleichen wie bei einer Vollzeitunterbringung in einem EHPAD.

Tagespflege

Die Tagespflege gewährleistet eine medizinisch-soziale Pflege von älteren Personen, die eine psychische Pflegebedürftigkeit aufweisen. Sie richtet sich vor allem an Personen, die an degenerativen Erkrankungen leiden, wie etwa Alzheimer oder Parkinson. Die Zulassung erfolgt durch die ARS und dem *Conseil Départemental*. Ärzte/innen, Pflegepersonal, Gesundheitsfachkräfte und

Psychologen/innen sind daran angegliedert. Die Tagespflege kann von einem EHPAD angeboten werden, es kann sich aber auch um eigenständige Strukturen handeln, die sich auf die Tagespflege spezialisieren. Die Tarife werden durch den *Conseil Départemental* festgelegt. Die Patienten/innen können durch die APA eine finanzielle Unterstützung beziehen. Der Zugang zur Tagespflege wurde im Rahmen der *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement* (Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung) vereinfacht, um das Recht auf Entlastung der pflegenden Angehörigen zu fördern.

Unités de Soins de Longue Durée (USLD; Langzeitpflegeeinheiten)

Unités de Soins de Longue Durée (USLD) sind Einrichtungen, die an ein Krankenhaus angegliedert sind. Es gibt aktuell circa 594 Strukturen (Stand 2015)⁸. Die USLD richten sich an sehr pflegebedürftige ältere Personen, die an schweren Erkrankungen leiden und eine durchgehende medizinische und krankenschwägerische Betreuung benötigen. Häufig sind Patienten/innen bettlägerig oder auf Hilfsmittel wie Rollstühle angewiesen und können die Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr durchführen. Die durchgeführten medizinischen Maßnahmen sind daher umfassender als in den EHPAD. Die Leistungen umfassen eine kontinuierliche medizinische Versorgung, Pflege- und Hygieneleistungen,

⁷ INSEE, siehe: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569388?sommaire=2587886>.

⁸ Ebd.



einen Nachtdienst, Leistungen der motorischen Rehabilitation und eine Begleitung bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens. Wie bei den *EHPAD* setzen sich die Tarife aus einem Behandlungspflegetarif, einem Pflegetarif und einem Aufenthaltstarif zusammen.

Die Grafik 4 zeigt die Anzahl an Plätzen in den Einrichtungen in Frankreich im Jahr 2015. Die Anzahl an Plätzen entspricht nicht der Anzahl an älteren pflegebedürftigen Personen in Frankreich. Die Grafik umfasst nicht die Personen, die von einem pflegenden Angehörigen betreut werden, die auf ambulante Hilfs- und Pflegeleistungen zurückgreifen oder keinen Platz in einer Einrichtung erhalten konnten.

6. DIE HÄUSLICHE PFLEGE

Je nach den Anforderungen der Patienten/innen können verschiedene Arten von ambulanten Diensten zum Einsatz kommen, um älteren pflegebedürftigen Personen den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen⁹:

- » Die *Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile* (SAAD; Ambulante Hilfsdienste) bieten Hilfsleistungen (z. B. Putzen der Wohnung und Wäschereinigung, Hilfe beim Einkaufen und beim Zubereiten der Mahlzeiten) und Leistungen der Grundpflege (Hilfe beim Aufstehen/Zu-Bett-Gehen/Körperpflege) an;
- » Die *Services de Soins Infirmiers à Domicile* (SSIAD; Ambulante Pflegedienste) gewährleisten die Grundpflege und die medizinische Behandlungspflege (Verbände, Verabreichen von Medikamenten, Injektionen...);
- » Die *Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile* (SPASAD; Ambulante Hilfs- und Pflegedienste) kombinieren die Hilfsleistungen, die Grundpflege und die medizinische Behandlungspflege;
- » Die medizinische Behandlungspflege kann auch durch niedergelassene Krankenpfleger/innen oder in Krankenpflegerzentren erfolgen.
- » Bei schweren und komplizierten Fällen gibt es die Möglichkeit einer häuslichen stationären Betreuung.

Die Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD; Ambulante Hilfsdienste)

Die Leistungen der SAAD umfassen:

- » Grundpflege (Hilfestellungen bei Alltagstätigkeiten wie Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, Körperpflege, An- und Auskleiden, Darm- und Blasenentleerung, Hilfe bei der Ernährung/Einnahme und Zubereitung von Mahlzeiten);

- » Reinigung der Wohnung, Wäschereinigung;
- » Hilfe beim Einkaufen.
- » Es können je nach SAAD Heimwerkerarbeiten, Mahlzeitenlieferungen oder Leistungen der Fernbetreuung hinzukommen.

Die Leistungen werden durch den *Centres Communaux d'Action Sociale* (Einrichtungen der sozialen Arbeit), durch Vereine oder private Dienstleister angeboten. Sie werden durch Haushaltshilfen und Sozialarbeiter/innen durchgeführt. Die Haushaltshilfen sind entweder Angestellte eines SAAD oder werden direkt von der älteren Person beschäftigt.

Die Kosten variieren je nach Dienstleistung. Wie bereits erwähnt (siehe Teil 4), übernimmt das Departement durch die APA einen Teil der Kosten bei Personen der Pflegegrade GIR 1 bis 4. Die Rentenkassen sichern die Finanzierung für Personen der Pflegegrade GIR 5 und 6. Die Höhe der Hilfsleistungen hängt vom Alter der Personen und deren finanziellen Ressourcen ab.

Die SAAD benötigen eine Genehmigung des *Conseil Départemental*, welcher die Qualität der geleisteten Dienstleistungen kontrolliert. Diese Genehmigung gilt für ein festgelegtes Einsatzgebiet.

Die Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD; Ambulante Pflegedienste)

Im Gegensatz zu den SAAD, werden die ambulanten Pflegedienste SSIAD nur auf ärztliche Verschreibung tätig. Sie führen die Grundpflege sowie Krankenpflegetätigkeiten oder Tätigkeiten der fachtechnischen Behandlungspflege, wie die Medikamentengabe oder Injektionen, durch. Außerdem sind sie für die Koordination mit den anderen medizinischen und paramedizinischen Akteuren, darunter Ärzte/innen, die ambulanten Hilfsdienste SAAD und Physiotherapeuten/innen, verantwortlich. Das Personal des SSIAD besteht aus einem koordinierenden Krankenpfleger/einer koordinierenden Krankenpflegerin und einem Team aus Krankenpflegehelfern/innen.

Zu den Patienten/innen des SSIAD zählen ältere pflegebedürftige Personen über 60 Jahre, die, oder Personen unter 60 Jahren, die an einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit leiden. Um Leistungen der ambulanten Pflegedienste wahrzunehmen, muss eine ältere Person mindestens fünf Besuche pro Woche benötigen. Da die Anzahl an Personen, die von einem Dienst betreut werden können, begrenzt ist, müssen sich einige Antragsteller/innen zunächst auf eine Warteliste eintragen.

⁹ Alle Informationen zu den Leistungen der ambulanten Pflege finden Sie auf dem Informationsportal der CNSA: pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Die *SSIAD* benötigen eine Zulassung der *ARS*. Die Zulassung wird für einen begrenzten Zuständigkeitsbereich gewährt, wobei die *SSIAD* nicht berechtigt sind, außerhalb dieses Gebiets Pflegeleistungen durchzuführen. Sie werden vollständig durch die Krankenkasse in Form von globalen Zuweisungen finanziert. Die Zuweisung der Mittel und die Finanzierungskontrolle obliegen der *ARS*.

Die *Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile (SPASAD; Ambulante Hilfs- und Pflegedienste)*

Die *SPASAD* befinden sich noch in einer Versuchsphase. Sie verbinden Hilfs- und Behandlungsleistungen, wodurch es den Patienten/innen ermöglicht wird, auf nur einen Dienst zurückzugreifen. Die Leistungen, die durch die *SPASAD* durchgeführt werden, müssen, wie bei den *SSIAD*, von einem Arzt/einer Ärztin verschrieben worden sein. Die Dienste müssen eine Zulassung und Qualitätsüberprüfung des *Conseil Départemental*, der den Teil der *SAAD* finanziert, und eine Genehmigung der *ARS*, die den *SSIAD*-Teil finanziert, erhalten. Das Personal der *SPASAD* besteht aus einem koordinierenden Krankenpfleger/einer koordinierenden Krankenpflegerin, einem Team aus Krankenpflegehelfern/innen und Haushaltshilfen. Die Finanzierung der *SPASAD* erfolgt gemischt:

- » Die Leistungen aus dem Betreuungsbereich obliegen den Patienten/innen, die *APA* und Hilfsleistungen der Rentenkassen oder Krankenzusatzversicherungen beziehen können.
- » Die medizinische Behandlungspflege wird durch die Krankenkasse übernommen.

Die *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement* (Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung) sieht vor, eine neue Form der *SPASAD* zu entwickeln, die integrierten *SPASAD*, welche die Möglichkeit haben, Präventionsmaßnahmen durchzuführen.

Niedergelassene Krankenpfleger/innen

Es ist möglich, nicht auf einen Dienst zurückzugreifen, sondern direkt einen niedergelassenen Krankenpfleger/eine niedergelassene Krankenpflegerin zu beauftragen. Um sich niederzulassen, muss ein Krankenpfleger/eine Krankenpflegerin mindestens 24 Monate Berufserfahrung vorweisen können. Niedergelassene Krankenpfleger/innen gehören dem *Ordre National des Infirmiers* (Nationaler Krankenpflegeverband) an. Sie führen die gleichen Behandlungsleistungen wie alle Krankenpfleger/innen durch (Injektionen, Verbände, Infusionen, Palliativversorgung, Körperpflege). Sie arbeiten in direktem Kontakt mit anderen Gesundheitsfachkräften. Die *SSIAD* können auf einen niedergelassenen Krankenpfleger/eine niedergelassene Krankenpflegerin zurückgreifen, um

Einsätze durchzuführen. In diesem Fall müssen die *SSIAD* den niedergelassenen Krankenpfleger/die niedergelassene Krankenpflegerin vollständig vergüten.

Krankenpflegerzentren

Krankenpflegerzentren werden auf Verschreibung eines Arztes/einer Ärztin tätig.

Sie führen die gleichen Behandlungstätigkeiten wie niedergelassene Krankenpfleger/innen durch, etwa Körperpflege, Injektionen oder Blutabnahmen. Die Behandlungen erfolgen entweder häuslich oder in Gesundheitszentren. Die Krankenpfleger/innen arbeiten in Zusammenarbeit mit Akteuren vor Ort (Ärzte/innen, Krankenhäuser, Untersuchungslabore...). Außerdem erstatten sie dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin kontinuierlich Bericht. Die Kosten für die Behandlungsmaßnahmen werden von der Krankenversicherung und der Zusatzversicherung gedeckt.

Häusliche stationäre Betreuung

Bei komplexen Pflegefällen, die nicht über den niedergelassenen Sektor ablaufen können, kann auf eine *Hospitalisation à Domicile (HAD, häusliche stationäre Betreuung)* zurückgegriffen werden. Die *HAD* bietet eine Pflege ähnlich der in einem Krankenhaus an – Möglichkeit komplexer Behandlungsleistungen, Intensivbehandlungen oder technischer Behandlungen – und ermöglicht den Patienten/innen dennoch den Verbleib zu Hause (Wohnung oder *EHPAD*). 25 % der durchgeführten Behandlungen sind palliative Behandlungsmaßnahmen, bei 20 % handelt es sich um das Wechseln komplexer Verbände. Es kann sich ebenfalls um postchirurgische Behandlungen oder Maßnahmen der Geburtshilfe handeln. Die Behandlungen erfolgen entweder durch Strukturen, die an ein Krankenhaus angegliedert sind, oder durch autonome Einrichtungen. Es gibt öffentliche und private Strukturen. Sie werden als Gesundheitseinrichtungen betrachtet und von der Gesundheitsbehörde unter den gleichen Bedingungen wie klassische Krankenhäuser zugelassen. Das Team einer *HAD* stützt sich auf den Einsatz eines Krankenhausarztes/einer Krankenhausärztin, des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin und, bei Menschen, die in einem *EHPAD* leben, den koordinierenden Arzt/die koordinierende Ärztin. Andere Gesundheitsfachkräfte, wie etwa Physiotherapeuten/innen, Krankenpfleger/innen oder auch Krankenpflegehelfer/innen, kommen ebenfalls zum Einsatz. Die Kosten werden von der Krankenkasse getragen.

Im Jahr 2014 waren 309 der zugelassenen Strukturen der häuslichen stationären Pflege aktiv und behandelten 106 000 Personen.

7. DIE PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

7.1 Der Status der pflegenden Angehörigen in Frankreich

Der Artikel 51 der *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement* (Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung) aus dem Jahr 2015 definiert als pflegenden Angehörigen einer älteren Person „den Ehepartner/die Ehepartnerin, den Partner/die Partnerin, mit dem/der ein ziviler Solidaritätspakt geschlossen wurde, den /die Lebenspartner/Lebenspartnerin, einen Elternteil oder eine verschwägte Person, oder eine Person, die im gleichen Haushalt lebt oder mit der eine enge und stabile Beziehung geführt wird, die regelmäßig und häufig nicht professionelle Hilfe bei der Erfüllung aller oder eines Teils der Verrichtungen des täglichen Lebens leistet“.

Die Anzahl der pflegenden Angehörigen gemäß dieser Definition beläuft sich in Frankreich auf 4,3 Millionen Menschen¹⁰. Im Jahr 2011 betreuten 800 000 Personen APA beziehende ältere Personen. 62 % davon sind Frauen. Mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen sind die Kinder der betroffenen Person, ein Drittel die Lebenspartner/innen. 40 % der Pflegenden sind berufstätig. Dies ist bei 88 % der Frauen der Fall¹¹.

Der/die pflegende Angehörige wird normalerweise nicht gewerblich tätig, kann aber auch im beruflichen Rahmen einen Angehörigen pflegen. Allerdings übernimmt die APA nicht die Vergütung, wenn es sich bei dem/der pflegenden Angehörigen um den Ehepartner/die Ehepartnerin, den Lebenspartner/die Lebenspartnerin oder eine/n Partner/Partnerin handelt, mit der ein ziviler Solidaritätspakt geschlossen wurde. Der Betrag der APA kann sich um circa 500€ pro Jahr erhöhen, sollte der/die pflegende Angehörige als unerlässlich für die pflegebedürftige ältere Person beurteilt werden¹².

7.2 Die Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige

Die *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement* (Gesetz zur Anpassung der Gesellschaft an die Alterung) sieht Maßnahmen vor, die pflegende Angehörige unterstützen sollen. Diese können in drei Kategorien eingeteilt werden:

- » Das Gesetz führt ein Recht auf Entlastung für pflegende Angehörige ein, um diesen zu ermöglichen,

sich auszuruhen oder ihnen Zeit für andere Tätigkeiten zu verschaffen. Konkret nimmt das Recht auf Entlastung die Form einer zusätzlichen Hilfsleistung an, die unter bestimmten Bedingungen gewährt wird und die, begrenzt auf 500€ pro Jahr, dazu genutzt werden kann, den Aufenthalt der gepflegten Person in einem Tages- oder Nachtheim, einen kurzzeitigen Aufenthalt in einer Einrichtung oder einer Gastfamilie oder auch eine Vertretung am Wohnort zu finanzieren. Außerdem kann eine Hilfsleistung von 990€ im Falle eines Krankenhausaufenthalts des/der pflegenden Angehörigen bewilligt werden.

- » Andere durch das Gesetz vorgesehene Maßnahmen betreffen die Begleitung der pflegenden Angehörigen. Das Gesetz sah die Einführung von Betreuungsplattformen und lokalen Informationszentren vor. Bestimmte Vereine oder Plattformen bieten Fortbildungsprogramme für pflegende Angehörige an. Außerdem werden zahlreiche Treffen zwischen den pflegenden Angehörigen organisiert, zum Beispiel durch die *Association Française des Aidants* (Französischer Pflegendenverein) oder die *Association France Alzheimer*.
- » Nicht zuletzt sieht das Gesetz Maßnahmen vor, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erleichtern. Bei einer sogenannten Pflegefreistellung kann eine privatrechtlich beschäftigte Person die berufliche Tätigkeit für 3 Monate unterbrechen. Die (unbezahlte) Freistellung kann als Teilzeit wahrgenommen und aufgeteilt werden. Beamte/innen haben die Option einen Wartestand – eine Auszeit ihrer Aktivitäten - von nicht mehr drei Jahren zu beantragen oder die Arbeit in Teilzeit zu organisieren. Der Wartestand wird nicht vergütet. Privatrechtlich Beschäftigte und Beamte/innen haben das Recht auf eine Beurlaubung aus familiären Gründen, um einen sterbenden Angehörigen zu betreuen. Dieser Urlaub ist nicht vergütet, allerdings kann ein Tagesgeld gewährt werden. Das Tagesgeld beträgt 55,21 Euro pro Tag für maximal 21 Tage im Falle einer vollständigen Aussetzung der Tätigkeit oder 27,61 Euro pro Tag für maximal 42 Tage bei einer Reduzierung der Tätigkeit auf eine Halbzeitbeschäftigung.

10 Pressemitteilung zum *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement*, veröffentlicht von *Ministère des Affaires Sociales et de la Santé* und des Staatssekretariats für ältere Personen und Selbstständigkeit, 2016.

11 *Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement*, 2015, Anhänge.

12 Ebd.



Tabelle 1 : Synthèse des possibilités de prise en charge de personnes âgées (dépendantes)

	Eigenschaften	Finanzierung
Unterbringung in einer Gastfamilie	Die Familien müssen eine Zulassung durch den <i>Conseil Départemental</i> erhalten.	Tarife werden von den Familien und der älteren Person festgelegt, die APA kann je nach GIR und/oder Wohngeld für die Unterhaltskosten aufkommen.
Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées (EHPAD; Altersheim)	Nicht-medizinische Einrichtung Nur 10 % der Bewohner/innen in GIR 1 und 2.	Die Bewohner/innen tragen die Aufenthaltskosten.
Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD; Pflegeheim)	Medizinisch-soziale Einrichtung Vertrag mit dem <i>Conseil Départemental</i> und der ARS.	Aufenthaltsstarif: Bewohner/innen (können Sozialhilfen beziehen) Pflegetarif: APA nach GIR (nur 1-4) + Selbstbeteiligung. Behandlungspflegetarif: festgelegt durch die ARS, erstattet durch Krankenversicherung.
Unités de Soins de Longue Durée (USLD; Langzeitpflegeeinheiten)	Medizinisch-soziale Einrichtung Vertrag mit <i>Conseil Départemental</i> und ARS Umfassendere medizinische Maßnahmen als im EHPAD.	Siehe EHPAD.
Kurzzeitiger Aufenthalt im EHPAD	Fördert das Recht auf Entlastung der pflegenden Angehörigen, Unterkunft bei Krisenfällen.	Siehe EHPAD.
Tagespflege	Richtet sich insbesondere an Personen mit einer psychischen Pflegebedürftigkeit.	Siehe EHPAD.
Tageszentren	Ziel: soziale Integration.	Gemeinden.
Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD; Ambulante Hilfsdienste)	Hilfe bei Haushaltstätigkeiten und Hilfsleistungen bei Alltagsverrichtungen.	Finanzierung durch den <i>Conseil Départemental</i> (APA) für Personen in GIR 1-4, Finanzierung durch die Rentenkassen Personen in GIR 5 und 6.
Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD; Ambulante Pflegedienste)	Grundpflege und medizinische Behandlungspflege.	Die ARS finanziert die Pflegeleistungen und die Krankenkasse erstattet die Kosten für die erhaltenen Pflegeleistungen.
Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile (SPASAD; Ambulante Hilfs- und Pflegedienste)	Verbindet die medizinische Behandlungspflege mit Hilfsleistungen.	Die Krankenkasse trägt die Kosten, die mit der medizinischen Behandlungspflege einhergehen, die Hilfsleistungen werden von den Patienten/innen getragen, welche die APA beziehen können.
Niedergelassener Krankenpfleger/niedergelassene Krankenpflegerin	Führt Behandlungsleistungen aus, arbeitet mit anderen Gesundheitsfachkräften zusammen.	Erstattung durch die Krankenkasse, Finanzierung durch die SSIADs, wenn sie zur Unterstützung hinzukommen.
Krankenpflegerzentren	Krankenpfleger/innen führen die gleichen Leistungen wie niedergelassene Krankenpfleger/innen innerhalb des Zentrums oder bei Hausbesuchen durch.	Erstattung durch die Krankenkasse und die Krankenzusatzversicherung.
Häusliche stationäre Behandlung	Wenn der niedergelassene Sektor bei komplexen und Intensivbehandlungen die Situation nicht bewältigen kann.	Erstattung durch die Krankenkasse.
Résidences-autonomie	Unabhängige Wohnungen, angepasst an die Bedürfnisse älterer Personen.	Die Bewohner/innen tragen die Miete, die Nebenkosten und die obligatorischen und fakultativen Leistungen. Recht auf Wohnungsbeihilfe, APA und Sozialhilfe.
Résidences-service	Besser ausgestattet als die <i>Résidences-autonomie</i> .	Die Bewohner/innen tragen die Miete, die Nebenkosten und die obligatorischen und fakultativen Leistungen. Recht auf Wohnungsbeihilfe, APA.
Hausgemeinschaften	Mehrgenerationenhaus, Hausgemeinschaften.	Die Bewohner/innen tragen die Miete, die Nebenkosten und die Leistungen. Recht auf Wohnungsbeihilfe und APA.



8. QUELLEN

GESETZESTEXTE

- » Code Civil
- » Code de l'Action Sociale et des Familles
- » Code de la Sécurité Sociale
- » Loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement (2015)

BERICHTE/STUDIEN

- » Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie: *Chiffres clés de l'autonomie*, 2016 und 2017.
- » *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, Institut National de la Statistique et des Études Économiques: Projection des populations âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation*, Dossiers solidarité et santé N. 43, 2013.
- » *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques: 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Études et Résultats N. 899, 2014.
- » *Dossier de Presse sur la Loi pour l'Adaptation de la Société au Vieillissement*, veröffentlicht durch das Ministère des Affaires Sociales et de la Santé und des Secrétariat d'Etat en Charge des Personnes Âgées et de l'Autonomie, 2016.

INTERNETSEITEN

- » Offizielle Seite der Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (Nationale Solidaritätskasse für die Selbstständigkeit)
- » Offizielle Seite der Fédération Française de l'Assurance (Französischer Versicherungsverband)
- » Offizielle Seite des Ministère des Solidarités et de la Santé (Gesundheits- und Sozialministerium)
- » Offizielle Seite der französischen Regierung
- » Informationsportal der Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie: pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Konzeption und inhaltliche Koordinierung:

- Lea Berndt, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Peter Indra, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Lydia Kassa, TRISAN.

Redaktion:

- Dr. Franziska Zúñiga, Universität Basel.

Fachlektorat:

- Lea Berndt, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Linda Greber, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Peter Indra, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.

Übersetzung:

- Flore Scetbon.

Gestaltung:

- Print Europe – Céline Agaësse.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34



Die Pflege älterer Personen in der Schweiz

1. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT IN DER SCHWEIZ – ZAHLEN UND FAKTEN

In der Schweiz lebten 2017 insgesamt rund 8.5 Millionen Menschen, davon waren 18 % 65 Jahre und älter¹. Diese Altersgruppe hat in den letzten 10 Jahren um 1.8 % (2006: 16.2 %) zugenommen. Dank guter Lebensbedingungen und dem medizinischen Fortschritt hat die Schweizer Bevölkerung eine hohe Lebenserwartungen. Im Zusammenspiel mit einer auf tiefem Niveau stagnierenden Geburtenhäufigkeit wächst somit der Altersquotient (d. h. die Anzahl der über 65-jährigen Personen im Verhältnis zu Personen im erwerbsfähigen Alter). Gemäss Zukunftsszenarien wird eine Zunahme von heute 35 über 65-jährigen Personen pro 100 Erwerbstätige auf 53–59 / 100 Erwerbstätige im Jahr 2045 erwartet (vgl. Graphik 1)².

Zahlenmässig bedeutet dies, dass bis zum Jahr 2045 ca. 2.6-2.8 Millionen Personen im Pensionsalter sind, was einem Anteil von 26 % an der Gesamtbevölkerung entspricht.

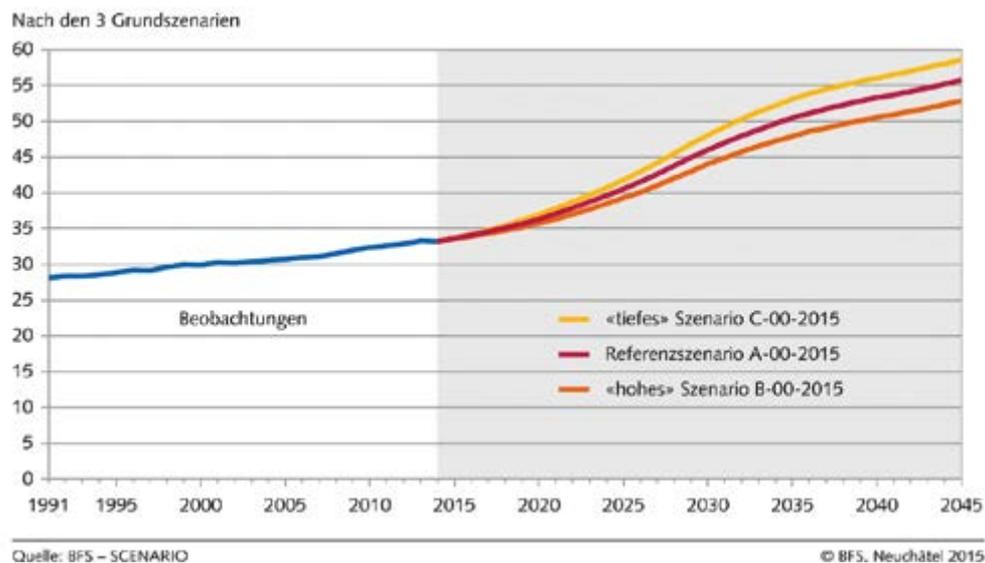
Mit einer längeren Lebenszeit ist jedoch auch die Zunahme von chronischen Gesundheitsproblemen und Multimorbidität verbunden, womit das Auftreten und Bestehen von mehreren Erkrankungen gleichzeitig gemeint ist. Dazu gehören unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Krebs, Demenz, Arthrose,

Diabetes und Depressionen. Circa 75 % der Todesfälle in der Schweiz sind auf die vier zuerst genannten Erkrankungen zurückzuführen. Während von den 65- bis 79-jährigen Personen ca. 25 % zwei und mehr Erkrankungen haben, sind es bei Menschen ab 85 Jahren bereits 44 %³. Mit der Multimorbidität geht oft eine verminderte Autonomie und zunehmende Abhängigkeit einher, sei es durch physische, psychische oder kognitive Einschränkungen, so dass die Betroffenen auf Hilfe durch Andere angewiesen sind. So konnte in 2012 eine Frau mit 65 Jahren im Durchschnitt weitere 22.1 Lebensjahre erwarten, von denen 14.2 „gesunde“ Lebensjahre waren, während für einen Mann die zusätzlich zu erwartenden Lebensjahre 19.1 betragen, mit 13.6 gesunden, d. h. ohne durch Mehrfacherkrankungen geprägte, Lebensjahre⁴.

Gemäss der Gesundheitsbefragung von 2012 waren in der Schweiz ca. 24 % der Bevölkerung, die in einem Privathaushalt leben, seit mindestens 6 Monaten aufgrund eines gesundheitlichen Problems in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt. Dabei zeigte sich, dass die Ausprägung in den Kantonen Basel-Landschaft (BL: 30 %) und Basel-Stadt (BS: 29 %) signifikant höher lag als der Schweizer Durchschnitt (vgl. Grafik 2)⁵.

Grafik 1: Entwicklung des Altersquotienten

Anzahl 65-Jährige und Ältere je 100 Erwerbspersonen im Alter von 20–64 Jahren



1 Bundesamt für Statistik, in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.html>.

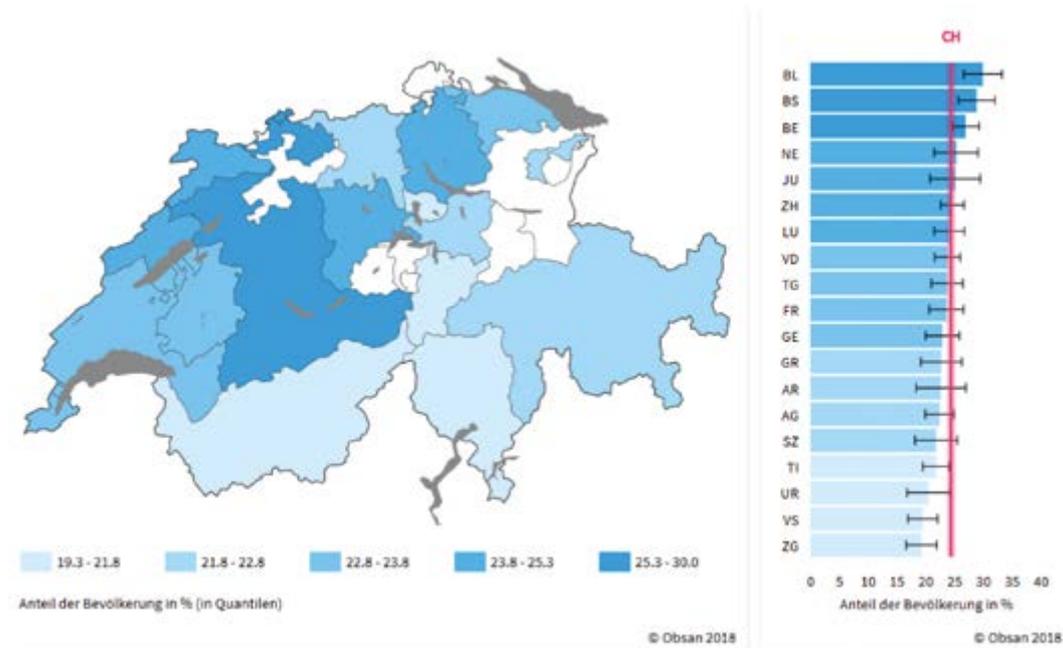
2 Bundesamt für Statistik (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Neuchâtel: BFS.

3 Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

4 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). *Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen - Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Hogrefe: Bern.

5 Obsan, in: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/einschraenkungen-in-den-aktivitaeten-des-taeglichen-lebens>.

Grafik 2: Prozentualer Anteil von Personen, die in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt sind



Wenn man die Altersstruktur 2018 berücksichtigt, waren es 40 % der über 65-jährigen Personen, die angegeben haben, eine Einschränkung zu erleben. Die Kombination von höherer Lebenserwartung und Zunahme der Multimorbidität führt somit zu einer Zunahme von pflegebedürftigen Personen in der Schweiz, die entweder zu Hause oder stationär professionelle Pflege in Anspruch nehmen werden.

2. DAS VERSICHERUNGSSYSTEM DER SCHWEIZ

2.1 Versicherungen

Das Versicherungssystem, welches in der Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung einschliesslich der Langzeitpflege von Bedeutung ist, setzt sich aus nachfolgenden Akteuren zusammen:

- » Obligatorische Krankenversicherung (KVG)
- » Unfallversicherung (UVG)
- » Invalidenversicherung (IV)
- » Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

Eine Pflegeversicherung gemäss dem deutschen Modell gibt es in der Schweiz nicht. Dementsprechend gibt es auch keine einheitliche Definition der Pflegebedürftigkeit, die als Grundlage für eine solche Versicherung dienen könnte. Es können private Pflegeversicherungen abgeschlossen werden, die sich jedoch aufgrund der

bestehenden Versicherungsstruktur nur für wenige eignen. Bisherige Ideen für eine obligatorische Pflegeversicherung wurden vom Bund nicht weiterverfolgt.

1996 wurde das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) in der Schweiz eingeführt. Jede in der Schweiz wohnhafte Person ist auf Basis davon verpflichtet eine *obligatorische Krankenversicherung* (OKP)⁶ oder Grundversicherung mit einem der rund 60 zugelassenen Versicherer abzuschliessen. Die OKP deckt gesetzliche verankerte Basisdienstleistungen im Bereich Krankheit, Unfall und Mutterschaft ab und bietet allen Versicherten denselben Leistungsumfang an. Für die Versicherer besteht Aufnahmepflicht, eine Differenzierung der Prämien ist einzig auf Basis von geografischen Unterschieden erlaubt. Dementsprechend variieren die Prämien kantonale und teilweise innerhalb der Kantone. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der Leistungen, die sie beziehen. Diese Kostenbeteiligung beinhaltet eine Franchise von 300 CHF (Schweizer Franken) pro Kalenderjahr (Jahresfranchise), sowie ein Selbstbehalt von 10 % der Kosten, welche die Franchise übersteigen, bis zu einem Maximum von 700 CHF pro Jahr. Die Kantone ermöglichen eine einkommensabhängige Prämienverbilligung, um die Belastung der Haushalte durch die Krankenkassenprämien zu reduzieren. Die Berechnung der Höhe der Prämienverbilligung ist kantonale unterschiedlich.

⁶ Bundesamt für Gesundheit, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung.html>.

Die OKP wird ergänzt mit der *Unfallversicherung*⁷: Alle Personen, welche in der Schweiz einer Arbeitstätigkeit von mehr als acht Stunden pro Woche nachgehen, sind vom Arbeitgeber obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfall versichert. Alle anderen müssen sich bei ihrer Grundversicherung zusätzlich gegen Unfälle versichern. Die *Invalidenversicherung (IV)*⁸ ist ebenfalls eine obligatorische Versicherung. Leistungen können in Anspruch genommen werden, wenn Versicherte durch einen körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschaden unfähig sind, ihrer Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise nachzugehen. Dabei muss die Unfähigkeit bleibend sein und mindestens ein Jahr andauern. Mit der Pensionierung wird eine bestehende Invalidenversicherung abgelöst von der *Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)*⁹. Alle Personen, die das ordentliche Rentenalter erreichen (Männer 65 Jahre, Frauen 64 Jahre), haben Anspruch auf eine Altersrente aus der AHV, wenn ihnen mindestens während eines vollen Beitragsjahres Beiträge angerechnet werden können. Die Höhe der Rente ist abhängig von der Anzahl der Beitragsjahre.

Zusätzlich zur AHV/IV können *Ergänzungsleistungen (EL)*¹⁰ bezogen werden, wenn Rente und Einkommen die minimalen Lebenskosten nicht decken. Sie sind ein rechtlicher Anspruch, keine Sozialhilfe, und werden durch die Kantone ausbezahlt.

2.2 Die Neuordnung der Pflegefinanzierung

Am 1. Januar 2011 wurde schweizweit eine Neuordnung der Pflegefinanzierung erlassen¹¹. Diese hatte zum Ziel, eine weitere finanzielle Belastung der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) durch altersbedingte Pflegeleistungen zu vermeiden, die Situation von pflegebedürftigen Personen zu verbessern, eine Sozialhilfeabhängigkeit durch den Eintritt in ein Pflegeheim zu vermeiden, sowie nach einem Spitalaufenthalt die Finanzierung einer Akut- und Übergangspflege für zwei Wochen durch die OKP zu ermöglichen. Zentral in der Neuordnung war die Festlegung von fixen Beiträgen der OKP an die Pflegeleistungen und die Festlegung eines Maximums, das die Pflegebedürftigen an Pflegekosten, die auf Basis des KVG erbracht werden, bezahlen (die beiden Punkte werden weiter unten bei der Finanzierung der Pflegeheime ausgeführt). Die Restfinanzierung der dadurch nicht abgedeckten Kosten wird durch die Kantone übernommen. Die Umsetzung der Neuordnung der Pflegefinanzierung

unterscheidet sich kantonal, und die Restfinanzierung wird entweder über Globalbeiträge, Defizitdeckungen oder leistungsbezogene Finanzierung pro Pflegestunde abgedeckt. Ebenso kann die Restfinanzierung durch den Kanton, die Gemeinden oder beide zusammen erfolgen. Während sich die Kosten der OKP durch die Neuordnung tatsächlich kontrollieren liessen, entstanden für die Kantone mit der Neuordnung hohe zusätzliche Kosten. Es zeigt sich zudem, dass die Umsetzung bisher nicht in allen Kantonen in der Weise gelungen ist, dass die Restkosten tatsächlich abgedeckt werden.

3. DIE ZUSTÄNDIGEN AKTEURE

Die Kompetenz- und Aufgabenverteilung im Bereich der Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz zwischen Bund, Kanton und Gemeinden aufgeteilt. Der Bund ist zuständig für die Sozialversicherungen, Privatversicherungen, Medikamente, Impfstoffe und Gesundheitsprävention. Mit der Verantwortung für das Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist der Bund in der Lage, zentrale Fragen der Gesundheitsversorgung national zu regeln. Die Kantone tragen Verantwortung in der Planung und Teilfinanzierung von Spitälern und Pflegeheimen und haben die Aufsicht über Berufszulassungen und Praxisbewilligungen. Sie finanzieren und subventionieren verschiedene Einrichtungen und haben dadurch die Möglichkeit, regulierend in Angebot und Kosten einzugreifen. Zudem erlassen sie kantonale Gesetzgebungen und vollziehen das Bundesrecht. Die Kantone leisten im Vergleich zu Bund und Gemeinden den höchsten Anteil der Beiträge der öffentlichen Hand an das Gesundheitswesen. Dementsprechend sind die Kantone daran interessiert, auch die Planung und Regulierung in diesem Bereich selber steuern zu können. Die Gemeinden übernehmen die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung und das Sozialwesen, die Finanzierung von Einrichtungen und den Vollzug des kantonalen Rechts. Sie haben die Möglichkeit alleine oder in Zweckverbänden Spitäler und Pflegeheime, sowie ambulante Dienste zu betreiben. Der Kanton kann Verantwortlichkeiten in verschiedenen Bereichen an die Gemeinden übertragen, wie z. B. die Gestaltung von ambulanten Angeboten. Dies wird kantonal unterschiedlich gehandhabt.

7 Bundesamt für Gesundheit, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/unfallversicherung.html>.

8 Bundesamt für Gesundheit, in: <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV>.

9 Bundesamt für Gesundheit, in: <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Alters-und-Hinterlassenenversicherung-AHV>.

10 AHV-IV.CH, in: <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Erg%C3%A4nzungsleistungen-EL>.

11 INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018). *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

4. DIE VERSORGUNGSSTRUKTUR IN DER LANGZEITPFLEGE

Es wird in der Schweiz zwischen stationärer und ambulanter Langzeitpflege unterschieden, mit verschiedenen intermediären Strukturen. Zu der stationären Langzeitpflege gehören Alters- und Pflegeheime, also Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronisch kranke ältere Menschen pflegen und betreuen. Zu der ambulanten Langzeitpflege gehört die sogenannte Spitex (Hilfe und Pflege zu Hause), die einerseits Pflegeleistungen auf Basis der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), und andererseits hauswirtschaftliche Leistungen, wie z. B. Haushaltsführung, Waschen, Einkaufen oder soziale Betreuung erbringt. Unter intermediären Strukturen werden Betreuungsangebote verstanden, die zwischen den Pflegeheimen und der Spitex angesiedelt sind. Dazu gehören z. B. Alterswohnungen, Kurzaufenthalte im Pflegeheim oder Tages- und/oder Nachtstrukturen¹². Die beiden letzteren dienen vor allem der Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Ein strategischer Grundsatz der Versorgung lautet „ambulant vor stationär“, mit dem Ziel, dass pflegebedürftige so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben können, unter der Bedingung, dass eine wirtschaftliche Leistungserbringung möglich ist¹³. Unterdessen wird eher von „ambulant und stationär“ gesprochen, um situativ die richtigen Angebote anzubieten. Hinzu kommt der Ruf nach „ambulant mit stationär“, also nach koordinierten ambulanten und stationären Dienstleistungen, die in Abstimmung mit dem sozialen Umfeld der pflegebedürftigen eine effiziente Versorgungslösung bieten können.

In der Schweiz lassen sich regionale Unterschiede in der Ausgestaltung des Grundsatzes „ambulant und stationär“ beobachten, mit drei Grundtypen. In der Zentralschweiz sind die Pflegeheime der Grundpfeiler der Versorgung: Bewohnende treten jung ein, mit geringer Pflegebedürftigkeit und längerer Aufenthaltszeit. Demgegenüber ist die Inanspruchnahme von Spitex-Leistungen in der Zentralschweiz niedrig. In der lateinischen Schweiz liegt dagegen der Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung

mit Angeboten der Spitex. Deutlich weniger ältere Menschen leben hier in Pflegeheimen. Die Pflegeheimbewohnenden sind dementsprechend älter, stark pflegebedürftig und haben eine kürzere Aufenthaltsdauer. Im übrigen Gebiet der Deutschschweiz gibt es v. a. Mischmodelle, wo ambulante und stationäre Angebote gleich stark vertreten sind. Die intermediäre Struktur der Kurzaufenthalte wird vor allem in der Zentralschweiz genutzt, während die lateinische Schweiz einen deutlich höheren Anteil an Tages- und/oder Nachtstrukturen hat¹⁴.

5. STATIONÄRE UND INTERMEDIÄRE STRUKTUREN ZUR PFLEGE ÄLTERER MENSCHEN

5.1 Alters- und Pflegeheime

In der Schweiz gibt es insgesamt 1'570 Pflegeheime mit 97'127 Plätzen und 149'116 Bewohnenden (Stand 2016). Dies entspricht einem Durchschnitt von 63,8 Plätzen pro 1'000 Einwohner¹⁵. Die Anzahl der Pflegeheime in der Schweiz war in den letzten zehn Jahren relativ stabil. Die Zahl der Heimplätze nimmt zu, jedoch weniger stark als der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen. Tendenziell zeigt sich damit ein Rückgang der Nutzung der stationären Strukturen parallel zu einem Ausbau der ambulanten Versorgung. Von den zugelassenen Pflegeheimen sind 30 % in öffentlicher Hand, 40 % privat und 30 % privat mit Subventionierung durch die öffentliche Hand geführt¹⁶. Die Alters- und Pflegeheime organisieren sich via Kantonalverbände im nationalen Branchenverband CURAVIVA Schweiz, wo insgesamt 1'734 Alters- und Pflegeinstitutionen vertreten sind (Stand 2017¹⁷). Andererseits haben sich über 400 wirtschaftlich unabhängige Alters- und Pflegeinstitutionen im Verband senesuisse zusammengeschlossen bzw. sind in beiden Verbänden.

12 Werner, S., et al. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

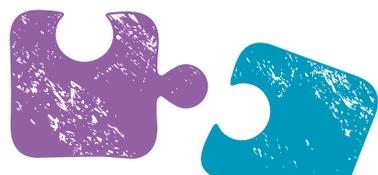
13 Schweizer Parlament, in: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20143637>.

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

15 Bundesamt für Statistik, in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>.

16 Bundesamt für Statistik (2016). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2016 – Definitive Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS.

17 Die Mitgliederzahl von 1'734 bei CURAVIVA unterscheidet sich von der Anzahl der Alters- und Pflegeinstitutionen aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) mit 1'570 Institutionen auf Grund unterschiedlicher Zählweisen: Bei CURAVIVA zählt jeder einzelne Standort separat, während bei der SOMED der Eintrag einer Institution im Betriebs- und Unternehmensregister als Einheit zur Zählung verwendet wird, unter dem verschiedene Standorte, z. B. eines Heimverbundes, zusammengefasst werden.



Schweizweit treten ca. 40 % der Bewohnenden von zu Hause aus in ein Pflegeheim ein, 12 % kommen aus anderen sozialmedizinischen Institutionen, und 44 % treten nach einem Spitalaufenthalt ein. Dabei zeigen sich grosse kantonale Variationen bei den Eintritten nach Spitalaufenthalt, wie in Grafik 3 ersichtlich.

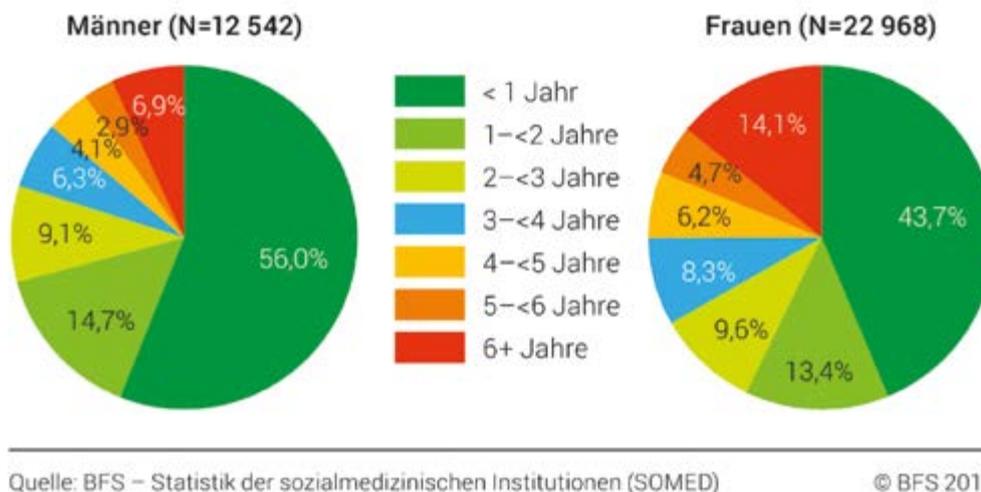
Grafik 3: Prozentualer Anteil der Eintritte aus dem Spital ins Pflegeheim



Die Dauer der Aufenthalte in Pflegeheimen geht über die letzten Jahre zurück. Während Ende 2013 ein Aufenthalt noch durchschnittlich 1'064 Tage betrug, sind dies im 2016 noch 893 Tage, was ein Rückgang von 15 % bedeutet. In Grafik 4 lässt sich sehen, dass rund die Hälfte der Bewohnenden weniger als ein Jahr im Pflegeheim bleibt¹⁸.

Grafik 4: Dauer der Aufenthalte in Pflegeheimen

Heimaustritte 2016



Mit 45 % ist die Mehrheit der Bewohnenden in Pflegeheimen zwischen 80 und 89 Jahren alt, gefolgt von 31 % der Bewohnenden mit 90 und mehr Jahren. Die nachfolgende Graphik 5 zeigt einerseits die Verteilung nach Altersgruppen aller Personen, die 2016 in einem Pflegeheim wohnten, und andererseits deren Anteil an der Gesamtbevölkerung. Es zeigt sich, dass z. B. mehr als die Hälfte aller über 95-jährigen Personen in der Schweiz 2016 in einem Pflegeheim wohnten.

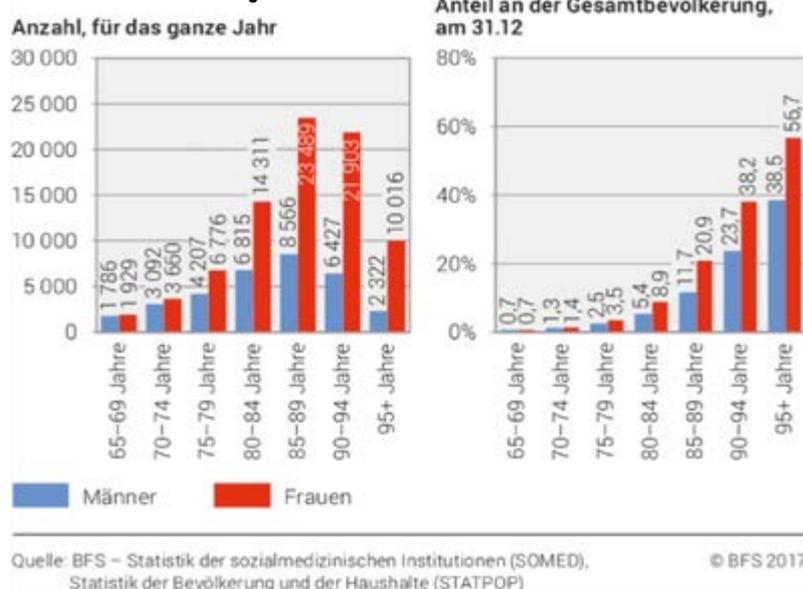
5.2 Intermediäre Strukturen

Intermediäre Strukturen ergänzen die Pflege älterer Menschen in der Schweiz. Es wird unterschieden zwischen folgenden Angeboten¹⁹:

¹⁸ Bundesamt für Statistik. (2018). *Gesundheit Taschenstatistik 2017*. Neuchâtel: BFS.

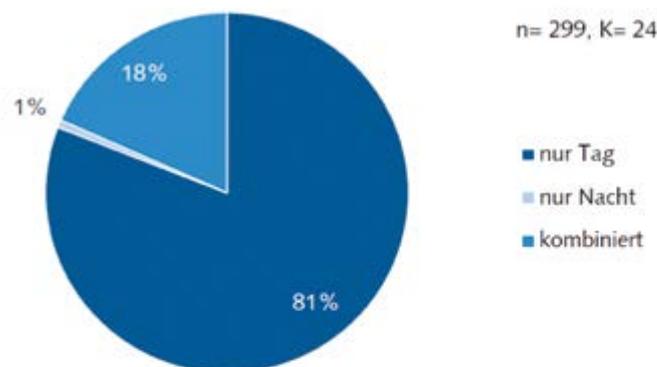
¹⁹ Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, R., & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Grafik 5: Personen im Pflegeheim 2016



» **Tages- und Nachtstrukturen:** Dieses Angebot wird hauptsächlich zur Entlastung von pflegenden Angehörigen genutzt. Insgesamt gibt es ca. 400 Tages- und Nachtstrukturen in der Schweiz gemäss einer Erhebung aus dem Jahr 2016. Die Mehrheit davon bietet ausschliesslich Tagesstrukturen an (vgl. Grafik 6). In über 90 % der Institutionen werden auch pflegebedürftige Menschen betreut, und 75 % der Institutionen nehmen Personen mit Demenz auf. Ungefähr zwei Drittel der Tages- und Nachtstrukturen sind in ein Pflegeheim integriert. Mit 13 Plätzen pro 1'000 Einwohnenden hat der Kanton Basel-Stadt eine der höchsten Dichten an Tages- und Nachtstrukturen in der Schweiz. Die öffentliche Hand unterstützt 86 % der Institutionen finanziell.

Grafik 6: Art des Angebots der Tages- und Nachtstrukturen



Quelle: Ecoplan – Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2015.

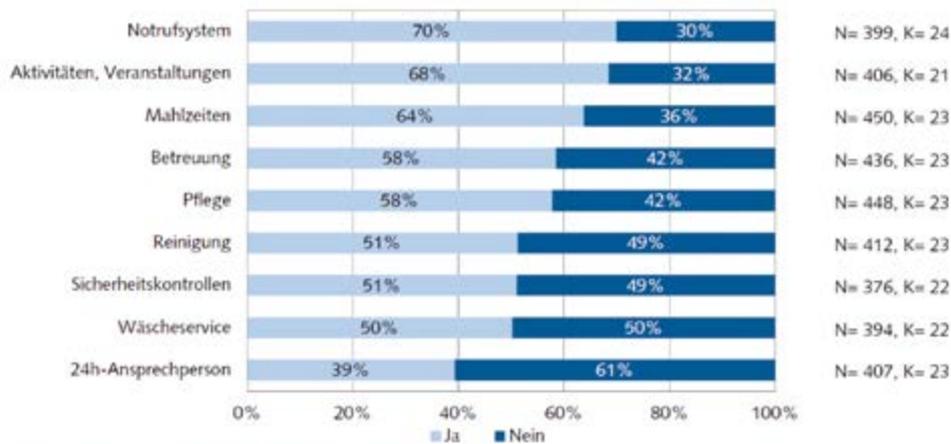
Legende: n = Anzahl Strukturen, die diese Frage beantwortet haben, ohne Antwort „weiss nicht“
K = Anzahl Kantone, in denen diese Strukturen beheimatet sind

» **Kurzaufenthalte:** Diese dienen vor allem zur Entlastung pflegender Angehöriger, bei Ferien oder Spitalaufenthalt der Pflegenden. Bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der pflegebedürftigen Person, kann ein überbrückender Kurzaufenthalt sinnvoll sein, um anschliessend wieder einen Austritt in die vertraute Umgebung zu ermöglichen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Kurzaufenthalte liegt schweizweit bei rund 30

Tagen. Die Kantone Basel-Stadt und Aargau haben mit 5.6 Kurzzeitplätzen pro 1'000 Einwohnenden über 80 Jahren eines der dichtesten Angebote in der Schweiz.

» **Alterswohnungen:** Alterswohnungen sind auf die Bedürfnisse ältere Menschen ausgerichtet (z. B. Barrierefreiheit). Rund drei Viertel der Trägerschaften von Alterswohnungen bieten Dienstleistungen, wie eine Inhouse-Spitex, Wäscheservice oder Mahlzeiten-dienst an (vgl. Graphik 7):

Grafik 7: Dienstleistungen, die in den Alterswohnungen angeboten oder koordiniert werden



Quelle: Ecoplan – Kantonsbefragung Intermediäre Strukturen 2015.

Legende: n = Anzahl Strukturen, die diese Frage beantwortet haben, ohne Antwort „weiss nicht“
K = Anzahl Kantone, in denen diese Strukturen beheimatet sind

60 % der Alterswohnungen werden durch gemeinnützige Trägerschaften, wie z. B. Stiftungen, getragen. Ein Drittel der Alterswohnungen erhält einen finanziellen Beitrag durch Kantone oder Gemeinden. Auch hier zeigt sich der Kanton Basel-Stadt in einer Vorreiterrolle mit 133 Wohnungen pro 1'000 Einwohnende über 80 Jahre.

5.3 Finanzierung stationärer Einrichtungen

Für die Finanzierung eines Aufenthalts in einem Pflegeheim werden vier verschiedene Arten von Kosten unterschieden:

- » Pflegekosten: alle Pflegeleistungen gemäss dem Krankenversicherungsgesetz.
- » Betreuungskosten: Hier handelt es sich um Dienstleistungen des Pflegeheims, die nicht durch die Krankenkasse abgedeckt werden, wie z. B. Aktivierung, Alltagsgestaltung, gesellschaftliche Anlässe oder Begleitung.
- » Hotelleriekosten: diese beinhalten das Zimmer, Mahlzeiten und Reinigung.
- » Persönliche Kosten: hier geht es um persönliche Ausgaben, wie z. B. für Cafeteria, Pedicure oder Coiffeur.

Die Berechnung der Pflegekosten basiert auf einer Bedarfsabklärung, die innerhalb der ersten Wochen nach Heimeintritt vom Pflegepersonal erstellt und mindestens alle 6 Monate wiederholt wird. Die Abklärung führt zu der Einstufung auf einer Skala von 1 bis 12, wobei die Pflegestufe 1 einem Zeitaufwand von 20 Minuten pro Tag entspricht, ansteigend um jeweils 20 Minuten pro Stufe, bis maximale 240 Minuten auf Pflegestufe 12. Die Instrumente für die Bedarfsabklärung können entweder vom Pflegeheim selbstständig gewählt werden, oder es ist

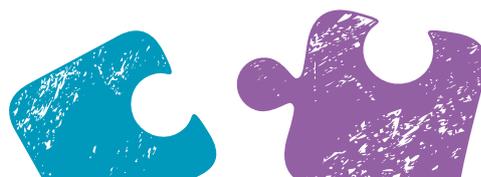
kantonal vorgegeben, mit welchem Instrument sie zu arbeiten haben. Es gibt in der Schweiz drei verschiedene Bedarfsabklärungsinstrumente:

- » BESA (Bewohner- und Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem), das in der Deutschschweiz und der Romandie im Einsatz ist,
- » RAI-NH (*Resident Assessment Instrument – Nursing Home*), das in allen Sprachregionen zum Einsatz kommt auf Deutsch, Französisch und Italienisch, und
- » PLAISIR / PLEX (*Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis*), das ausschliesslich in der Romandie verwendet wird.

Während BESA und RAI-NH harmonisiert sind, so dass trotz unterschiedlicher Berechnungsalgorithmen die Pflegestufen in etwa denselben Pflegeaufwand abbilden, konnte keine Harmonisierung mit PLAISIR/PLEX erreicht werden. Pflegeheime, die mit PLAISIR/PLEX arbeiten, haben durchschnittlich eher höhere Pflegestufen als Pflegeheime, in denen die anderen beiden Instrumente zum Einsatz kommen.

Die Pflegekosten auf Basis der Einstufung in eine Pflegestufe werden aus drei verschiedenen Quellen finanziert:

- » Versicherung gemäss Art.7a der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV): pro 20 Minuten Pflegezeit 9.00 CHF, maximal 108.00 CHF pro Pflgetag (Stufe 12)
- » Bewohnende: gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) bezahlen sie maximal 20 % des höchsten Beitrags der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) d. h. maximal 21.60 CHF pro Pflgetag
- » Gemeinde/Kanton: offener Restbetrag der Pflegekosten



Der Beitrag der Versicherung und der Selbstbehalt der Bewohnenden für die Pflege wurden 2011 im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung durch den Bund festgelegt und sind seither nicht mehr angepasst worden. Insgesamt betrachtet werden ca. die Hälfte der anfallenden Pflegekosten in Pflegeheimen von den Versicherern getragen, ein Drittel von der öffentlichen Hand und der Rest von den Bewohnenden selbst. Für die Bewohnenden kommen die Kosten für die Hotellerie und Betreuung hinzu.

Die Hotellerie- und Betreuungskosten werden über die persönlichen Einkünfte der Bewohnenden, wie Auszahlungen aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) oder Invalidenversicherung (IV), beruflichen Vorsorgeleistungen, Vermögensverzehr oder allenfalls Hilfslosenentschädigung, finanziert. Sind die finanziellen Mittel nicht ausreichend, werden zusätzliche Ergänzungsleistungen (EL) bis zu einer kantonal festgelegten Obergrenze von der kantonalen Ausgleichskasse, resp. deren Gemeinde-Zweigstellen ausbezahlt. Die anfallenden Kosten eines Heimaufenthaltes können auch von Personen der Mittelschicht kaum mehr aus eigenen Mitteln finanziert werden²⁰.

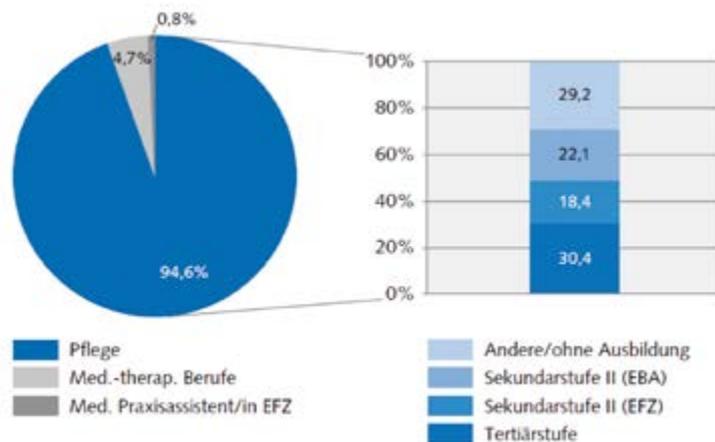
5.4 Qualifikation des Pflegepersonals in stationären Einrichtungen

2016 waren 128'767 Personen in 92'484 Vollzeitäquivalenzstellen in Pflegeheimen beschäftigt²¹. Die Pflege stellt mit insgesamt 61'855 Vollzeitäquivalenten den grössten Anteil der Beschäftigten dar. In der Pflege werden drei Ausbildungsstufen unterschieden:

- » Tertiärstufe (z. B. Pflegefachpersonen Höhere Fachschule (FH) oder Fachhochschule (FH)): 3-4 jährige Ausbildung im Anschluss an die Sekundarstufe II (diese beinhaltet eine Berufslehre mit oder ohne Berufsmaturität, Fachmittelschule oder Gymnasium).
- » Sekundarstufe II mit den beiden Unterstufen:
 - Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) (z. B. Fachfrau/-mann Gesundheit): 3 jährige Ausbildung mit der Option, eine Berufsmaturität zu erlangen.
 - Eidgenössisches Berufsattest (EBA) (z. B. Assistent/in Gesundheit und Soziales): 2 jährige Ausbildung, die Anschluss an eine EFZ Ausbildung ermöglicht.
- » Hilfspersonal mit mehrtägigen Einführungskursen oder ohne Ausbildung.

Im Pflegeheimbereich machen die Pflegekräfte mit Tertiärstufe und das Hilfspersonal je etwa 30 % des Personals aus, während die Pflegekräfte mit Ausbildung in Sekundarstufe II mit 40 % die grösste Berufsgruppe sind (vgl. Graphik 8)²². Diese Verteilung ist unabhängig davon, ob ein Pflegeheim öffentlich oder privat ist. In einem Teil der Kantone ist der Personalschlüssel, d. h. die Verteilung des Personals auf Tertiärstufe und Sekundarstufe II, an die Betriebsbewilligung gebunden. So fordert der Kanton Aargau für eine Betriebsbewilligung z. B., dass mindestens 40 % des Pflegepersonals Fachpersonal sein muss (Tertiärstufe und Sekundarstufe II kombiniert), und davon mindestens 50 % auf der Tertiärstufe²³.

Grafik 8: Skill- und Grademix des Gesundheitspersonals in Alters- und Pflegeheimen (2014)



Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

© Obsan 2016

20 Mösle, H. (2015). Pflegeheime und Pflegeabteilungen. In Oggier, W. (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017*. Bern: Hofgrefe.

21 Bundesamt für Statistik, in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>.

22 Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

23 Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales, Richtlinien zum Richtstellenplan. Gültig ab Richtstellenplan per 31. Dezember 2017.

Der Kanton Basel-Stadt fordert im Rahmenvertrag mit dem Verband der Pflegeheime 45 % Fachpersonal ein²⁴, und der Kanton Basel-Landschaft in der Altersbetreuung- und Pflegeverordnung 40 % Fachpersonal²⁵, wobei beide Dokumente keine Spezifizierung für die Tertiärstufe enthalten.

Etwa 90 % des Gesundheitspersonals in Pflegeheimen sind Frauen. Das Durchschnittsalter des Personals ist höher als z. B. im Spitalbereich. So sind ca. 38 % des Personals älter als 50 Jahre, was zu einer entsprechend hohen Abgang über die nächsten Jahre führt. Die Pflegeheime bekunden grosse Mühe, Fachpersonal auf der Tertiärstufe zu rekrutieren, wobei es Kantone in Grenznähe noch etwas einfacher haben, da sie von Grenzgänger/innen profitieren. Es wird damit gerechnet, dass bis 2030 zwischen 40 % und 48 % zusätzliches Personal im Pflegeheimbereich notwendig ist (zwischen 25'590 und 30'453 zusätzliche Personen), was den Fachkräftemangel in der Versorgung und Pflege älterer Menschen noch verstärkt.

5.5 Qualitätssicherung in der stationären Pflege

Die Verantwortung zur Qualitätssicherung in der Langzeitpflege liegt bei den Kantonen. Die Betriebsbewilligung für ein Pflegeheim ist an kantonale Standards gekoppelt, die z. B. Vorgaben zu Personalausstattung, räumlicher oder technischer Ausstattung enthalten können. Zusätzlich können die Kantone die Einreichung von Konzepten zu Themen wie Betreuung und Pflege, Organisations- und Führungsstruktur, Hygiene, Sicherheit oder Notfallsituationen verlangen²⁶. Die Vorgaben sind kantonal sehr unterschiedlich.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG §59a) sind die Pflegeheime schweizweit verpflichtet, den zuständigen Behörden zur Überwachung ihrer Wirtschaftlichkeit und ihrer Qualität Daten zur Verfügung zu stellen, die sowohl zur Beschreibung der Struktur, des Personalbestandes und der Finanzierung dienen, wie auch Daten zur Erhebung von medizinischen Qualitätsindikatoren. Die Daten auf der Einrichtungs-, Personal- und Bewohnerebene werden in der Schweiz seit Mitte der 90er Jahre vom Bund statistisch erfasst und seit 2012 unter Nennung der Pflegeheime auf der Webseite des Bundesamtes für Gesundheit veröffentlicht²⁷. Es ist in Planung, dass ab 2019 auch medizinische Qualitätsindikatoren erhoben und veröffentlicht werden zu

den vier Messthemen bewegungseinschränkende Massnahmen, Mangelernährung, Polymedikation und Schmerzen.

Die Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn haben in Zusammenarbeit mit den kantonalen Branchenvertretern eigene Initiativen entwickelt, um eine Qualitätsverbesserung zu initiieren. Unterstützt das Qualitätsmanual für Alters- und Pflegeheime, *qualivista*²⁸, die interne Qualitätsentwicklung und bietet sogleich einen Überprüfungstool für externe Audits. Aktuell arbeiten zehn Kantone mit qualivista.

6. AMBULANTE DIENSTE

6.1 SPITEX

Den wichtigsten Anteil der professionellen ambulanten Pflege für ältere Menschen übernimmt in der Schweiz die Spitex (Hilfe und Pflege zu Hause). Zu den Kerndienstleistungen einer Spitex-Organisation gehören:

- » Pflegeleistungen
 - Abklärung, Beratung und Koordination
 - Behandlungspflege
 - Grundpflege
- » Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen (z. B. Haushalt, Wäsche, Einkauf, soziale Betreuung)

Je nach Region und Spitex können weitere Dienstleistungen, wie Kinderspitex, Onkologiepflege, Palliative Care, Mahlzeitendienst, Fahr- und Begleitdienste, Vermietung von Hilfsmitteln, Ernährungs- und Diabetesberatung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige oder auch Akut- und Übergangspflege, für maximal zwei Wochen hinzukommen.

Bei den Leistungserbringern werden gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen (Nonprofit-Spitex, ca. 580 Betriebe), erwerbswirtschaftliche Unternehmen (ca. 390 Betriebe) und selbstständige Pflegefachpersonen (ca. 940 Anbieter) unterschieden²⁹. Die meisten Nonprofit-Spitex sind in Spitex Kantonalverbänden und diese im Dachverband Spitex Schweiz organisiert, während einige der erwerbswirtschaftlichen Unternehmen und selbständig Erwerbenden sich in der Association Spitex privée Suisse ASPS zusammengeschlossen haben. Die Nonprofit-Spitex haben öfters ein breiteres Leistungs-

24 Kanton Basel-Stadt und VAP Basler Alterspflegeheime, Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2017 bis 2021.

25 Kanton Basel-Landschaft, Altersbetreuungs- und Pflegeverordnung (APV) vom 20.03.2018, §5.

26 Simon, M., & Zúñiga, F. (2018). Ordnungspolitische Ansätze zur Steuerung der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege in den USA und der Schweiz. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Gress, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report 2018* (S. 45-51). Berlin: Springer

27 Bundesamt für Gesundheit, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen.html>.

28 Qualivista, in: <https://www.qualivista.ch/>.

29 Bundesamt für Statistik, in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.html>.

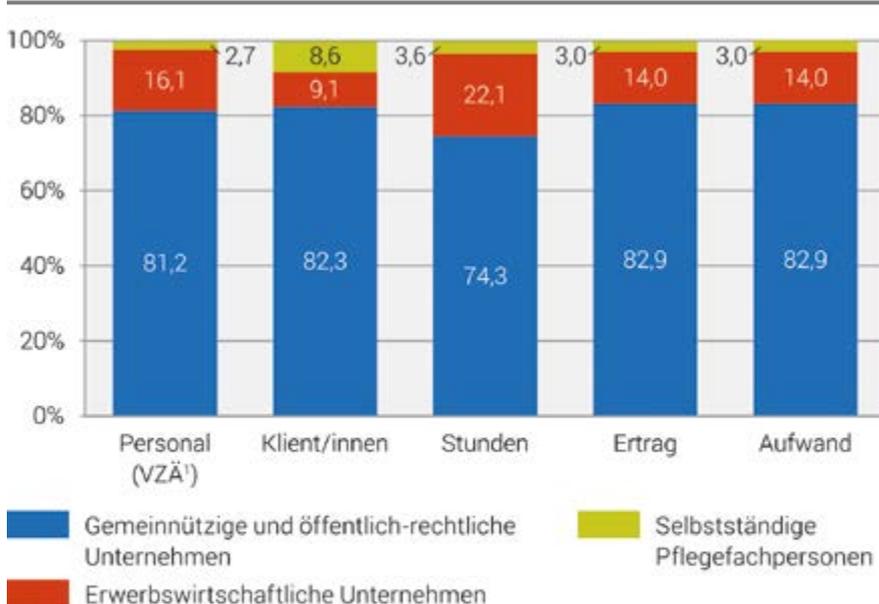
angebot als Privatanbieter. Seit einigen Jahren ist ein Konzentrationsprozess bei den Nonprofit-Spitex im Gang mit einem Rückgang der Anzahl an Unternehmen: mit den wachsenden Anforderungen an die anzubietenden Dienstleistungen und dem steigenden Druck, weniger Kosten zu verursachen, schliessen sich Unternehmen zusammen, um z. B. Infrastruktur und Administration zu zentralisieren³⁰. Rund 80 % der Klient/innen werden von Nonprofit-Spitex betreut. Die Anzahl der selbständig Erwerbenden ist kontinuierlich am Wachsen, deckt jedoch nur einen kleinen Marktanteil ab.

Die Verantwortung für das Spitex-Angebot liegt auf der Ebene der Kantone oder Gemeinden. Dementsprechend erstellen Kantone oder Gemeinden einen Leistungsauftrag an eine Spitex-Organisation zur Sicherstellung der Hilfe und Pflege zu Hause oder verschiedene Gemeinden können sich zusammenschliessen und den Auftrag koordinieren. Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag haben eine Versorgungspflicht für Klient/innen, die angemeldet werden.

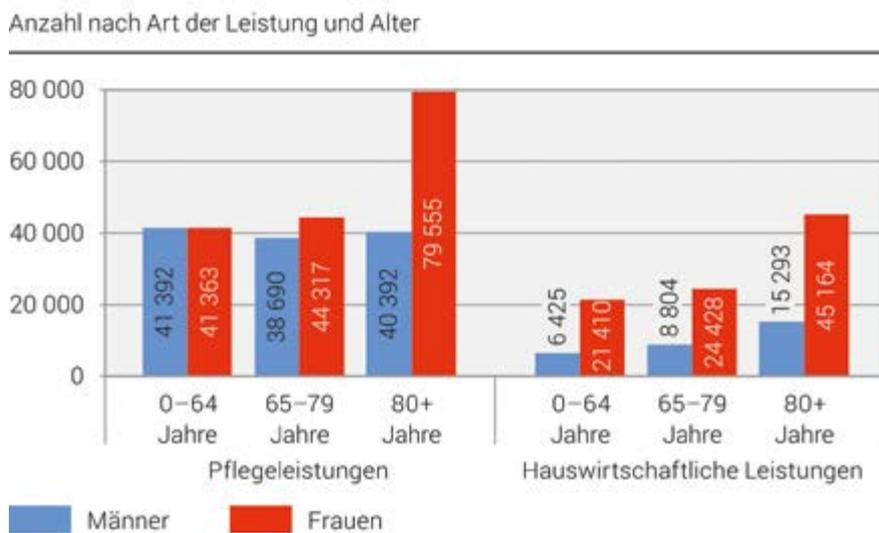
Im Jahr 2016³¹ wurden schweizweit ca. 340'000 Personen von rund 1'900 Leistungserbringern mit Spitex-Dienstleistungen betreut. Damit nehmen 4 % der Schweizer Gesamtbevölkerung Spitex in Anspruch, und die Tendenz ist steigend. In der Grafik 9 sind Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Leistungen abgebildet. Die Pflegeleistungen machen ca. zwei Drittel aller Leistungen aus. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen ist mit dem medizinischen und technischen Fortschritt einerseits und seit Einführung der Fallpauschalen im Spital andererseits am steigen, da mehr – auch spezialisierte – ambulante Behandlungen zu Hause durchgeführt werden.

Mehr als die Hälfte aller verrechneten Stunden in der Spitex werden für Klient/innen erbracht, die 80-jährig und

Grafik 9: Merkmale der Leistungserbringer der Spitex, 2016



Grafik 10: Anzahl von Personen, die Spitex-Dienstleistungen in Anspruch nehmen



Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© BFS 2017

älter sind, obwohl diese nur 5 % der Gesamtbevölkerung der Schweiz ausmachen. Zwei Drittel der Klient/innen sind Frauen.

6.2 Finanzierung der ambulanten Pflege

Die Spitex-Dienste kosten pro Jahr 2.3 Milliarden Franken, wobei 86 % auf die Lohn- und Personalkosten fallen. Analog zu den Pflegeheimen werden die Spitex-Leistungen von den Versicherungen (39 %), der öffentlichen Hand (42 %)

30 Gmür, R. & Steiner, P. (2015). Spitex. In Oggier, W. (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017*. Bern: Hofgreffe.

31 Bundesamt für Statistik, in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.html>.

und den Leistungsbezieher/innen selbst (17 %) übernommen. Zusätzlich werden Leistungen mit Spenden und Mitgliederbeiträgen abgedeckt.

Pflegeleistungen werden gemäss Art. 7 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) auf ärztliche Anordnung hin oder in ärztlichem Auftrag erbracht und werden von der OKP vergütet. Ebenso wird die ambulante Akut- und Übergangspflege von der OKP und der öffentlichen Hand abgedeckt. Die anderen Dienstleistungen werden von der OKP nicht übernommen und von den Klient/innen bezahlt oder durch die Zusatzversicherung.

Gemäss dem Art. 7 KLV werden drei Typen von Pflegeleistungen unterschieden, die durch die OKP bezahlt werden:

- » a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination
- » b) Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung (z. B. Vitalzeichenmessen, Atemtherapie, Medikamente, Infusionen verabreichen, Wundpflege, aber auch Unterstützung von psychisch kranken Personen in Krisensituationen)
- » c) Massnahmen der Grundpflege (z. B. Beine einbinden, Lagern, Mobilisieren, Dekubitusprophylaxe, Hilfe bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, aber auch Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Menschen in der grundlegenden Alltagsbewältigung)

Die Finanzierung richtet sich gemäss Art.7a KLV nach der Art der Massnahmen: Für Massnahmen unter a) übernimmt die Versicherung 79.80 CHF pro Stunde, für Massnahmen unter b) 65.40 CHF und für Massnahmen unter c) 54.60 CHF.

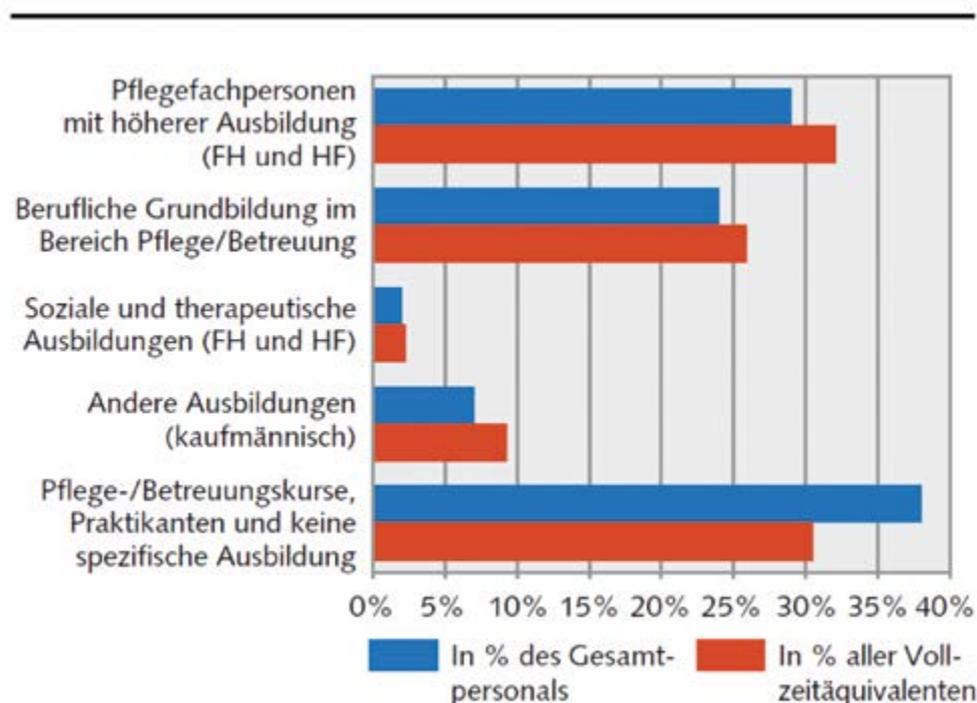
Die Klient/innen bezahlen einerseits die Jahresfranchise und die 10 % Selbstbehalt, wie in Punkt 2 beschrieben. Hinzu kommt seit der Neuordnung der Pflegefinanzierung eine Beteiligung an den Pflegekosten, die je nach Kanton maximal 15.95 CHF pro Tag beträgt. Die Klient/innen decken die Kosten der hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen selbst ab, ausser sie haben eine entsprechende Zusatzversicherung. Die Finanzierung läuft für private und öffentliche Spitex-Organisationen gleich.

6.3 Qualifikation des Personals in der ambulanten Pflege

Im Jahr 2016 arbeiteten rund 48'400 Personen in Spitex-Organisationen oder als freiberufliche Pflegefachkräfte. Dies entspricht einem Vollzeitäquivalent von 21'261 Stellen. In Grafik 11 ist die Aufteilung der Berufsgruppen im Jahr 2014 ersichtlich, mit 29 % Pflegefachpersonal auf der Tertiärstufe, 24 % auf der Sekundarstufe II und 38 % Hilfspersonal ohne Ausbildung.

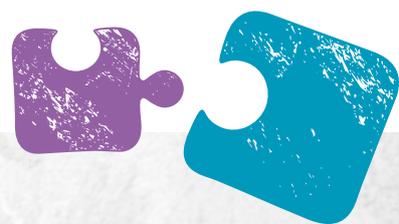
Die Verantwortlichkeiten unterscheiden sich pro Berufsgruppen: Die Tertiärstufe (diplomierte Pflegefachperson HF oder FH) übernimmt Massnahmen aus allen drei

Grafik 11: Personal und Vollzeitstellen nach Ausbildung in der Spitex 2014



Quelle: BFS – SPITEX

© BFS, Neuchâtel 2015





Gruppen der KLV-Leistungen, während das Personal mit einer beruflichen Grundbildung sich auf Massnahmen der Grundpflege konzentriert und nur punktuell Massnahmen aus dem Bereich Untersuchung und Behandlung übernimmt, wenn es über die erforderlichen Kompetenzen dafür verfügt. Das Hilfspersonal ist hauptsächlich für die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen zuständig und kann einen Teil der Grundpflege übernehmen, wenn es entsprechende Pflege-/Betreuungskurse absolviert hat. Spitex-Organisationen mit Leistungsauftrag haben auf Grund der Versorgungspflicht und des erweiterten Leistungsangebots einen höheren Bedarf an Pflegefachpersonen auf der Tertiärstufe.

6.4 Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege

Analog zu den Pflegeheimen können Standards für die Anbieter von Pflegeleistungen kantonal im Rahmen der Erteilung von Betriebsbewilligungen oder im Rahmen von Leistungsvereinbarungen mit Gemeinden festgelegt werden. Die Standards können je nach Auftraggeber Vorgaben zu Leistungsumfang, Einsatzzeiten, beruflichem Hintergrund der Bereichsleitungen, Qualitätssicherung, Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz, fachlicher Hintergrund des Personals, ärztliche Versorgung, Finanzierung oder andere Punkte regeln. Kantone können entscheiden, ob sie zur Qualitätssicherung Aufsichtsbesuche bei den Spitex-Organisationen vornehmen.

Im Gegensatz zu den Pflegeheimen konnte in der Spitex flächendeckend ein Instrument für die Bedarfsabklärung eingeführt werden, das RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home Care). Spitex Schweiz, der Dachverband der Nonprofit-Spitex, arbeitet seit 2010 daran, einen nationalen Datenpool auf Basis der RAI-HC Daten aufzubauen. Seit 2016 steht allen Spitex-Nonprofit-Organisationen der Datenpool HomeCareData zur Verfügung, wo sie Kenndaten für betriebliche Zwecke und interne Qualitätsentwicklung nutzen können. Sie erhalten dort einen jährlichen Bericht zu 19 Spitex-spezifischen Qualitätsindikatoren (z. B. Prävalenz zur Belastung informeller Hilfspersonen, ungenügende Schmerzkontrolle, Anzeichen der Vernachlässigung und Inzidenz von Kommunikationsproblemen, Blaseninkontinenz). Die Erarbeitung von nationalen Qualitätsindikatoren für ein öffentliches Rapportieren wird vom Bundesamt für Gesundheit vorangetrieben.

Ein weiteres Mittel zur Förderung der Qualität ist das Qualitätsmanual von Spitex Schweiz, das die Spitex-Organisationen unterstützt, sich mindestens zwei-

jährlich im Peer Review gegenseitig beim Qualitätsmanagement zu unterstützen. Die ASPS verfügt über ein analoges Qualitätsinstrument.

7. BETREUENDE UND PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

7.1 Die Situation der betreuenden und pflegenden Angehörigen in der Schweiz

Ein grosser Anteil an Pflege und Betreuung/Unterstützung wird in der Schweiz unentgeltlich von Angehörigen übernommen. Sie ermöglichen, dass viele chronisch kranke oder behinderte Menschen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Ohne Angehörige wäre der Mehrbedarf an Pflege und Betreuung nicht bewältigbar. Konkret erbrachten im Jahr 2014 ca. 330'000 Personen zwischen 15 und 64 Jahren Leistungen in der Betreuung und Pflege von Angehörigen; gleichzeitig haben zwischen 220'000-265'000 Personen ab 65 Jahren informelle Hilfe in Anspruch genommen. Mehr als 9 % der Wohnbevölkerung mit über 15 Jahren haben zu diesem Zeitpunkt Angehörige unterstützt³². Schweizweit wurden 2013 42.3 Millionen Stunden durch betreuende und pflegende Angehörige erbracht. Dies entspricht 22'600 Vollzeitstellen. Die stärkste Einbindung in Betreuungs- und Pflegeaufgaben haben Angehörige im Alter zwischen 50 und 64 Jahren.

Die Unterstützung durch betreuende und pflegende Angehörige konzentriert sich hauptsächlich auf Betreuungsaufgaben, wie psychische und soziale Unterstützung, Übernahme von Haushaltsaufgaben, administrativen Tätigkeiten und Transporten. Sie übernehmen nur zu ca. 25 % pflegerische Aufgaben und werden dabei oft von professionellen Spitemanbietern ergänzt³³.

Die Betreuung von pflegebedürftigen Personen mit einer chronischen Erkrankung kann eine hohe Belastung darstellen und zu Überforderung führen. Angehörige von Menschen mit Demenz sind zusätzlich durch den Beziehungsverlust belastet. Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ist eine weitere Herausforderung, die sich zunehmend pflegenden Angehörigen mittleren Alters stellt. Wenn sie nicht gelingt, führt dies je nach Lebenssituation zur Gefährdung der beruflichen Laufbahn. Insbesondere pflegende Töchter reduzieren ihr Arbeitspensum oder geben ihre Arbeit ganz auf, was in Folge zu materiellen Einbussen führt.

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

33 Bundesrat. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige. Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz*. Heruntergeladen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html>.



Alexander Raths – Shutterstock

Der Grossteil pflegebedürftiger Personen wünscht sich die unterstützende Betreuung durch Angehörige. Die Angehörigen helfen mit, den Fachkräftemangel in der Pflege und die Erhöhung der Gesundheitskosten zu mindern und leisten somit einen Anteil zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Betreuung von älteren Menschen in der Schweiz. Der Bund hat ein Förderprogramm für Entlastungsangebote von pflegenden Angehörigen ins Leben gerufen. In einem ersten Schritt sollen die Bedürfnisse und die Situation pflegender Angehöriger erfasst werden. Im zweiten Schritt sollen Entlastungsprogramme zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege geschaffen werden³⁴.

7.2 Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Bezüglich finanzieller Unterstützung haben pflegende Angehörige verschiedene Möglichkeiten. Einzelne Kantone und Gemeinden leisten Betreuungszulagen für pflegende Angehörige, unter ihnen der Kanton Basel-Stadt. Diese sind von der Höhe her jedoch nicht in der Lage, Lohnausfälle auszugleichen; sie sind eher als finanzielle Anerkennung zu verstehen. Bei Ergänzungsleistungsberechtigten besteht die Möglichkeit, dass sich die Angehörigen Erwerbseinbussen, die durch die Pflege und Betreuung entstehen, über die Krankheits- und Behinderungskosten vergüten lassen. Die Umfrage bei den Kantonen zeigt jedoch, dass beide Optionen selten in Anspruch genommen werden. Eine weitere Möglichkeit – je nach Gemeinde – ist, dass sich pflegende Angehörige durch die Spitex anstellen lassen und je nach Qualifikation und Arbeitspensum einen Lohn bezahlt bekommen. Im Arbeitsrecht gibt es aktuell keine gesetzliche Grundlage um Arbeitnehmende über eine mittelfristige oder längere Zeitspanne freizustellen, um ihre Angehörigen zu betreuen. Die Lohneinbussen durch unbezahlten Urlaub oder Reduktion des Pensums können für die Angehörigen

existenzgefährdend sein und es bedarf hier dringend der Entwicklung von weiteren Optionen.

8. SCHLUSSWORT

Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt die Anzahl älterer, pflegebedürftiger Menschen zu – ein Trend der ganz Europa erfasst hat und auch das Schweizer Gesundheitswesen vor grosse Herausforderungen stellt, vor allem hinsichtlich des fehlenden Gesundheitspersonals und der Finanzierung der Hilfe und Pflege. Die Entwicklung von neuen Versorgungsstrukturen, wo das Miteinander von ambulanten und stationären Angeboten eine integrierte, effiziente Versorgung ermöglicht, ist notwendig. In Bezug auf den Fachkräftemangel gibt es auf der Ebene von Bund und Kantonen bereits Initiativen, um den Nachwuchs zu fördern, die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu steigern, den Wiedereinstieg zu erleichtern, Ausbildungsplätze zu erhöhen, Personal zu erhalten und den Skill- und Grademix zu verbessern. Hinzu kommen Bestrebungen, die Effizienz zu steigern, z. B. mit Entwicklungen im E-Health Bereich. Ebenso ist die Stärkung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten für betreuende und pflegende Angehörige eine wichtige Strategie, um die Schweiz auf die zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten, da es nicht möglich sein wird, den Pflege- und Betreuungsbedarf allein mit formellen Pflegeleistungen abzudecken. Die Finanzierungslast ist ein weiteres grosses Problem, vor allem für die Kantone, und die Entwicklung von Lösungen ist dringlich.

³⁴ Bundesamt für Gesundheit, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>.

9. WEITERFÜHRENDE LITERATUR

GESETZES- UND VERORDNUNGSTEXTE:

- » Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
- » Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)

BERICHTE UND STUDIEN:

- » Ankers, N., & Serdaly, C. (2017). *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands (Obsan Dossier 58)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- » Bischofberger, I., Jähne, A., Rudin, M., & Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahme*. Heruntergeladen von http://www.careum.ch/documents/20181//63530//Careum_BASS_2014_Betreuungszulagen.pdf
- » Bundesamt für Statistik (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Neuchâtel: BFS
- » Dutoit, L., Pellegrini, S., & Füglistler-Dousse, S. (2016). *Langzeitpflege in den Kantonen. Drei Betreuungsmodelle (Obsan Bulletin 13/2016)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- » Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013 (Obsan Rapport 67)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- » INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018). *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- » Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Prognosen bis 2030 (Obsan Bericht 71)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- » Schweizerische Eidgenossenschaft. (2016). *Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates*.
- » Werner, S., et al. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

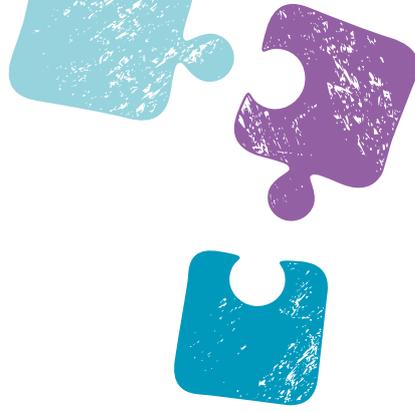
STATISTIKEN:

- » Bundesamt für Gesundheit: Zahlen & Fakten zu Pflegeheimen: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/zahlen-fakten/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen.html>
- » Bundesamt für Statistik: Thema Gesundheit: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.html>
- » Kataloge und Datenbanken: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.html>



INTERNETSEITEN:

- » Alzheimer Schweiz
- » Amt für Gesundheit, Kanton Basel-Landschaft, Alter
- » Amt für soziale Sicherheit, Kanton Solothurn, Alter und Pflege
- » Association Spitex privée Suisse
- » Bundesamt für Gesundheit BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- » Bundesamt für Statistik BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>
- » CareInfo (Informationen rund um Care-Migration)
- » Caritas Care
- » CURAVIVA Schweiz
- » Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau, Gesundheitsversorgung
- » Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Gesundheitsversorgung
- » Gesundheitsdepartement Kanton Jura
- » Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- » Schweizerisches Rotes Kreuz, Informationen und Angebote für pflegende Angehörige:
- » Senesuisse
- » Sozialversicherungen AHV/IV: <https://www.ahv-iv.ch/de>
- » Spitex Schweiz



KONTAKT // CONTACT

TRISAN / Euro-Institut
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / www.trisan.org

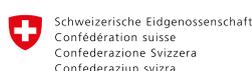
TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.

Mis en page et imprimé par Print Europe - www.printEurope.fr - 10/2018.



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)
Fonds Européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt
Dépasser les frontières: projet après projet