

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege

Grundlagen für Massnahmen und Empfehlungen des Bundes

Projektarbeit eingereicht an der Universität Bern
im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA)

Betreuender Dozent: **Prof. Dr. Andreas Lienhard**
Kompetenzzentrum für Public Management
Schanzeneckstrasse 1
CH-3001 Bern

Verfasserin: **Claudia Appenzeller-Winterberger**
aus Schattenhalb, BE und Sennwald-Sax, SG
Im Gässlisacher 29
3065 Habstetten-Bolligen

Bern, 30. November 2012

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Executive Master of Public Administration der Universität Bern verfasst.

Die inhaltliche Verantwortung für die eingereichten Arbeiten liegt bei der Autorin.

Die Arbeit wurde als praxisbezogene Projektarbeit vor dem Hintergrund der Arbeiten der interdepartementalen Arbeitsgruppe (IDA) „Work and Care“ verfasst. In der Arbeit gemachte Feststellungen, Wertungen und Schlussfolgerungen sind jedoch nicht den Behörden des Bundes, sondern allein der Autorin zuzuschreiben.

Vorwort

In den letzten zwanzig Jahren wurden in der Schweiz grosse Fortschritte erzielt bei der Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung. Familienmitglieder engagieren sich aber auch für kranke, behinderte, betagte oder sterbende Angehörige. Durch die demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen wird die Anzahl Personen, welche Erwerbstätigkeit und die Pflege von Angehörigen miteinander vereinbaren müssen, stark zunehmen. Diese Arbeit soll aufzeigen, für wen und in welchen Bereichen sich die Probleme stellen und welche Rahmenbedingungen bei der Lösungsfindung einbezogen werden sollten. Das Thema war für mich zu Beginn neu, und es war eine spannende Herausforderung, die Bedürfnisse pflegender Angehöriger mit verschiedenen Umweltfaktoren in Bezug zu setzen, die Aufgabenteilung im föderalen Gesundheitswesen herauszuarbeiten und die verschiedenen Aspekte aus den Bereichen Krankenversicherungs-, Sozialversicherungs- und Arbeitsrecht zusammenzutragen.

Allein und innert so kurzer Zeit einen Einblick in sehr verschiedene Aspekte zu erhalten, wäre wohl unmöglich gewesen. Ein grosser Dank geht daher an die Mitglieder der Interdepartementalen Arbeitsgruppe (IDA) „Work and Care“. In intensiven Diskussionen ist der übergreifende Ansatz gereift und mein Verständnis für die Zusammenhänge zwischen demografischer, gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Entwicklung gewachsen. Ein ganz besonderer Dank geht an Prof. Dr. Iren Bischofberger, Wissenschaftlerin der ersten Stunde im Bereich „Work and Care“. Der Austausch und die Gespräche über die täglichen Herausforderungen von pflegenden Angehörigen sowie über die Ansprüche an das Gesundheitswesen haben die vorliegende Arbeit mitgeprägt. Wichtig waren für mich auch die gedanklichen Anstösse aus dem Bundesamt für Gesundheit, insbesondere von Dr. Adrian Jaggi, Leiter Sektion Innovationsprojekte, Dr. Salome von Greyerz, Leiterin der Abteilung Gesundheitsstrategien, Dr. Stefan Spycher, Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik sowie Annegret Borchard, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Sektion Nationale Gesundheitspolitik. Sehr geschätzt habe ich die treffenden Hinweise von Prof. Dr. Andreas Lienhard, der diese Arbeit seitens des Kompetenzzentrums für Public Management betreut hat. In die Arbeit eingeflossen sind auch methodische Ansätze und Erkenntnisse aus verschiedenen Vorlesungen des Exec. MPA.

Neben Wissen ist in Beruf und Weiterbildung bisweilen auch Wille und Inspiration gefragt. Meine Grossmutter war Klavier- und Sprachlehrerin und vor der Einführung des Frauenstimmrechts eine der ersten Frauen, die in den Synodalrat gewählt wurden. Sie glaubte an Bildung und öffentliche Verantwortung hinterliess ihren Enkelinnen und Enkeln einen Weiterbildungsbeitrag, der sich mehr als 30 Jahre später als Katalysator erwies. Meine Mutter ist Künstlerin. Von ihr habe ich gelernt, dass man den ersten Pinselstrich mutig ansetzen muss – jene die das Werk vervollständigen, entwickeln sich von selbst aus dem Dialog der Formen und Farben. Meinen wichtigsten Rückhalt finde ich bei meinem Mann und meinen Söhnen. So geht denn auch mein grösster Dank an Ulrich sowie an Michael, Daniel und Stephan Appenzeller, die mich sehr persönlich unterstützt und auf ihre Weise über Jahre hinweg dazu beigetragen haben, dass für mich Weiterbildung, Beruf und Familie vereinbar war.

Zusammenfassung

Ausgangslage und Ist-Situation

In unserer Gesellschaft übernehmen Familien und Paare traditionellerweise einen grossen Teil der Betreuungs-, Sorge- und Pflegeleistungen gegenüber Angehörigen. Viele von ihnen sind im erwerbsfähigen Alter und stehen vor der Herausforderung Beruf und die Pflege von Angehörigen miteinander zu koordinieren. Durch staatliche und private Initiativen sind in den letzten zwanzig Jahren auf verschiedensten Ebenen Massnahmen getroffen worden, um die Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung zu verbessern. Familienmitglieder engagieren sich aber auch für kranke, behinderte, betagte oder sterbende Angehörige. Die Zahl der pflegebedürftigen oder behinderten erwachsenen Personen, welche in Privathaushalten betreut werden, wird auf 200'000 geschätzt. Werden weitere Unterstützungsleistungen wie Haushaltarbeiten, Einkäufe oder Unterstützung bei Arztbesuchen oder Behördengängen hinzugezählt, erhielten im Jahr 2007 rund 500'000 Personen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn. Dies entspricht je nach Berechnung einem Geldwert von 5 – 12 Milliarden Franken.

Kranke, betagte oder sterbende Menschen haben das Bedürfnis, in ihrem privaten Umfeld zu verbleiben, auch wenn sie wegen gesundheitlichen Einschränkungen Unterstützung und Pflege benötigen. Die Anzahl der Personen, welche in den kommenden Jahrzehnten auf die Unterstützung aus ihrem Umfeld angewiesen sind, nimmt aus demografischen Gründen zu. Pflegende Angehörige sind auch eine wichtige Ressource für das Gesundheitssystem. Gleichzeitig sind immer mehr Menschen in einem immer höheren Ausmass berufstätig, was sozialpolitisch und volkswirtschaftlich erwünscht ist.

Heute pflegen ungefähr 160'000 Personen ihre Angehörigen zusätzlich zu ihrer beruflichen Tätigkeit, dabei ist der Anteil der Frauen besonders gross. Durch die demografische Alterung nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Personen zu. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass der Beschäftigungsgrad der Frauen ebenfalls weiter zunehmen wird. Dies einerseits auf Grund der gesellschaftlichen Entwicklung und andererseits auf Grund der demografisch bedingten Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt. In den kommenden Jahren werden immer mehr Menschen vor der Herausforderung stehen, Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit miteinander zu vereinbaren.

Handlungsbedarf

Die Pflegesituation trifft die Angehörigen vielfach unerwartet, Entwicklungen sind wenig absehbar und Massnahmen können selten vorgängig geplant werden. Meistens fällt es pflegenden Angehörigen schwer, die erforderlichen Informationen für nächste Schritte zur Stabilisierung der Situation zu finden. Da sehr verschiedene Akteure Dienstleistungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger erbringen, fällt es pflegenden Angehörigen oft schwer sich zu orientieren (nächste Schritte, Entlastung, rechtliche und finanzielle Möglichkeiten, Handlungsspielraum am Arbeitsplatz). Die Herausforderung, Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen zu vereinbaren, ist in unserer Gesellschaft noch wenig bekannt. Erst wenn in der

Arbeitswelt und in der Öffentlichkeit darüber gesprochen und das Engagement gewürdigt wird, können bessere Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige geschaffen werden.

Pflegende Angehörige sind eine wichtige Ressource im Gesundheitssystem. Viele Kantone haben deshalb in den letzten Jahre begonnen, die Anliegen pflegender Angehöriger in der Planung der Gesundheitsversorgung oder in Altersstrategien zu berücksichtigen. Allerdings sind sehr viele Akteure als Leistungserbringer involviert. Oft verbessert das Angebot die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von Angehörigen nur minimal, weil bei der Konzeption die Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt wurde (z.B. Öffnungszeiten, Anmeldefristen, Örtlichkeiten, Koordinationsaufwand). Die Dienstleistungen sollten gesteuert, koordiniert und insbesondere auch an den Bedürfnissen der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ausgerichtet werden. Pflegende Angehörige haben einen riesigen Koordinationsaufwand zu bewältigen, insbesondere wenn sie sich um älteren Angehörige kümmern, welche oft verschiedene Erkrankungen haben. Durch eine gezielte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems könnten sie entlastet werden (z.B. Case Management, integrierte Versorgung).

Auf Grund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen wird die Zahl der Personen, welche Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren müssen, zunehmen. Durch eine gezielte Informationspolitik in der Arbeitswelt, welche den Verbleib im Arbeitsmarkt bei gleichzeitiger Entlastung propagiert, könnte verhindert werden, dass Betroffene aus dem Erwerbsleben ausscheiden (müssen) oder selber krank werden. Erwerbstätige Angehörige sollten die Möglichkeit erhalten, in dringenden Fällen während einigen Tagen der Arbeit fernzubleiben. Auch eine Arbeitsreduktion über eine längere Zeit, verbunden mit einem Rückkehrrecht, könnte die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen verbessern. Reduzieren Personen ihr Arbeitspensum oder unterbrechen sie ihre Erwerbstätigkeit, um Angehörige zu pflegen, erleiden sie teilweise grosse Einkommenseinbusse und Beitragslücken in der Altersvorsorge. Es sollen Anreize gesetzt werden, damit sie nicht völlig aus dem Erwerbsprozess ausscheiden. Es soll nach Lösungen gesucht werden, welche eine persönliche, qualitativ hochstehende Pflege ermöglichen, die finanzielle Absicherung verbessern und Beitragslücken möglichst vermeiden.

Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen ist ein neues Thema, das noch zu wenig Eingang in Forschung und Bildung gefunden hat. Zudem fehlen auch thematisch fokussierte Datengrundlagen. Forschung und Bildung könnten sowohl die Information und Sensibilisierung als auch das Finden von Lösungen für neuartige Herausforderungen unterstützen.

Zielsetzung

Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen muss vereinbar sein. Es soll verhindert werden, dass pflegende Angehörige möglicherweise definitiv auf berufliche Arbeit verzichten oder selber krank werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	I
Zusammenfassung	II
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Auftrag des Bundesrates.....	3
1.3 Legislaturziele	3
1.4 Zielsetzung der Arbeit	3
1.5 Methodisches Vorgehen	4
1.5.1 Modell „Work and Care“ als Orientierungspunkt	4
1.5.2 Runder Tisch	5
1.5.3 Literatur- und Dokumentenanalysen, Expertengespräche.....	5
1.5.4 Formulierung von strategischen Handlungsfeldern und einer Vision.....	6
1.5.5 Aufbau der Projektarbeit	6
1.5.6 Abgrenzung	6
1.5.7 Begriffe.....	6
2 Ist-Analyse.....	9
2.1 Einleitung	9
2.2 Pflegebedürftige Personen.....	9
2.3 Pflegendende Angehörige	10
2.4 Umfeld und Einflussfaktoren	12
2.4.1 Demografische Entwicklung	13
2.4.2 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen.....	14
2.4.3 Betriebliche Rahmenbedingungen.....	17
2.4.4 Volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen.....	18
2.4.5 Schlussfolgerungen.....	20
2.5 Stakeholder	20
2.6 Rollen von Bund, Kantonen, Gemeinden und weiteren Akteuren.....	22
2.6.1 Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen	22

2.6.2	Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden	24
2.6.3	Die Rolle von NGOs, Spitex und semistationären Einrichtungen.....	26
2.6.4	Informelle Hilfeleistungen.....	27
2.6.5	Schlussfolgerungen.....	27
2.7	Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundesebene	28
2.7.1	Beitrag der Krankenversicherung an Pflegeleistungen	29
2.7.2	Hilflosenentschädigung	29
2.7.3	Assistenzbeitrag für Invalide	29
2.7.4	Intensivpflegezuschlag	30
2.7.5	Ergänzungsleistungen.....	30
2.7.6	Betreuungsgutschriften.....	30
2.7.7	Rechte von Arbeitnehmern mit Familienpflichten gemäss Arbeitsgesetz.....	31
2.7.8	Rechte von Arbeitnehmern mit Familienpflichten gemäss Obligationenrecht ..	31
2.7.9	Schlussfolgerungen.....	32
3	Good Practice in der Schweiz.....	32
3.1	Kanton Bern: Strategische Steuerung von Gemeinden und weiteren Akteuren in der Alterspolitik, Vernetzung und Koordination.....	33
3.2	Stadt Bern: Information, Sensibilisierung, Beratung, Vernetzung.....	35
3.3	Kanton Waadt: Ambulant vor stationär – pflegende Angehörige sind Teil der Versorgungsstrategie	36
3.4	Kanton Graubünden, Köniz, Gossau (ZH): Anstellung von pflegenden Angehörigen durch ambulante Institutionen (Spitex)	38
3.5	Stadt St. Gallen: Zeitgutschriftbörse	40
3.6	Schlussfolgerungen	41
4	Handlungsbedarf und strategische Zielsetzungen	41
4.1	Vision als Zielvorgabe für die Erarbeitung der Massnahmen	42
4.2	Strategische Handlungsfelder.....	42
4.3	Handlungsbedarf und Ziele in den einzelnen Handlungsfeldern	42
4.3.1	Handlungsfeld 1: Information und Sensibilisierung.....	42
4.3.2	Handlungsfeld 2: Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystem.....	43
4.3.3	Handlungsfeld 3: Arbeitswelt.....	44
4.3.4	Handlungsfeld 4: Absicherung Erwerbsreduktion und -unterbruch.....	45
4.3.5	Handlungsfeld 5: Rentensicherung.....	45
4.3.6	Handlungsfeld 6: Datengrundlagen, Forschung und Bildung	45

4.3.7	Schlussfolgerung	46
5	Ausblick und Empfehlungen für das weitere Vorgehen.....	46
5.1	Ausblick.....	46
5.2	Empfehlung für die nächsten Schritte	47
6	Quellenverzeichnis	XLIX
6.1	Literatur	XLIX
6.2	Erlasse	LVI
6.3	Parlamentarische Vorstösse.....	LVIII
6.4	Weitere Quellen.....	LIX
7	Selbständigkeitserklärung.....	LXI
8	Über die Autorin.....	LXII
9	Anhang	LXIII
9.1	Anhang 1: Erweiterte Stakeholderanalyse zur Vorbereitung des runden Tisches .	LXIV
9.2	Anhang 2: Runder Tisch – Konzept und Ergebnisse	LXV
9.2.1	Vorgehen und Ziele	LXV
9.2.2	Schriftliche Fragen vor der Veranstaltung	LXV
9.2.3	Ziele der mündlichen Diskussion	LXVIII
9.2.4	Teilnehmende Organisationen	LXVIII
9.2.5	Diskussion: Bedürfnisse, Probleme, Herausforderungen	LXVIII
9.2.6	Mögliche strategische Handlungsfelder	LXXI
9.2.7	Weiteres Vorgehen	LXXV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen von Work and Care - Quelle: Bischofberger et al., 2008; Bischofberger, 2012b, S. 6	5
Abbildung 2: Aufbau der Projektarbeit	6
Abbildung 3: Begriffsfeld pflegebedürftige Person - Quelle: eigene Darstellung	8
Abbildung 4: Alterspyramide gemäss dem mittleren Szenario – Quelle: BFS, 2010	13
Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl Personenvon 65-79 bzw. 80+, drei Grundszenarien – Quelle: BFS, 2010	13
Abbildung 6: Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, S. 53	14
Abbildung 7: Auszug Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, 2012, S. 48	16
Abbildung 8: Auszug Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, 2012, S. 48	18
Abbildung 9: Quellen des Wachstums – Quelle: SECO, 2008, S. 9	19
Abbildung 10: Auszug Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, 2012, S. 48; S. 47	20
Abbildung 11: Akteure in der häuslichen Hilfe und Pflege – Quelle: nach Razavi, 2007 – eigene Darstellung	20
Abbildung 12: Stakeholderanalyse – Quelle: nach Bischofberger et al.; eigene Ergänzungen; eigene Darstellung	21
Abbildung 13: Ökonomisches Äquivalenzprinzip - Quelle: nach Schedler, 2012	23
Abbildung 14: Doppelter Regelkreislauf Kanton - Gemeinden - Quelle: eigene Darstellung ausgehend von Managementkreislauf nach Ritz, MPA Vorlesung Modul 4, 2012	34
Abbildung 15: Versorgungsplanung Kanton Waadt 2015 - 2020 - Quelle: Kanton Waadt, 2008	36
Abbildung 16: Pflege (80+) in Langzeitpflegeinstitutionen (EMS) und Spitex (ASD) - Vergleich CH und VD - Quelle: Maillard, 2010	37
Abbildung 17: Fragmentierung Entscheider, Finanzierer, Nutzer - Quelle: Schedler, 2012 und eigene Darstellung	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich Angehörige mit gesunden Kindern und pflegebedürftigen Personen - Quelle: Bischofberger.....	11
Tabelle 2: Tätigkeiten der pflegenden Angehörigen – Quellen: nach Feinberg, 2011, S. 4ff.; Perrig-Chiello & Höpflinger 2012, S. 85 - eigene Darstellung.....	11
Tabelle 3: Verfassungsgrundlagen des Bundes mit Bezug zur Angehörigenpflege – Quelle: nach BV	24
Tabelle 4: Unterstützung von ambulanten Angeboten im Kanton Waadt - Quelle: Kanton Waadt, 2012.....	37

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ADL	basic activities of daily living = basale Alltagsaktivitäten
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, SR 831.10
AHVV	Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 31. Oktober 1947, SR 831.101
ArG	Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel, SR 822.11
Art.	Artikel
AS	Amtliche Sammlung des Bundesrechts
ASD	Association soin à domicile = Spitex
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, SR 830.1
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soin à domicile
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBl	Bundesblatt
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BFS)
BG	Bundesgericht
BGS	Betreuungsgutschriften
BIP	Bruttoinlandprodukt
BJ	Bundesamt für Justiz
Bst.	Buchstabe
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101
CHSS	Soziale Sicherheit, Zeitschrift des BSV
CMS	Centre médico-social = ambulantes Versorgungszentrum
DRG	Diagnose Related Groups
EBG	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (SR 831.30)
EMS	Etablissement médico-social = Langzeitpflegeinstitution
EPA	Eidgenössisches Personalamt
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (BFS)
ESTV	Eidgenössische Steuerverwaltung
Exec. MPA	Executive Master of Public Administration der Universität Bern
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HE	Hilflosenentschädigung
HF	Handlungsfeld
IADL	instrumental activities of daily living = instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
ICN	International Council of Nurses
IDA	Interdepartementale Arbeitsgruppe
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, SR 831.20
i.V.m.	in Verbindung mit
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961, SR 831.201

KLV	Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31)
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
LAVASAD	Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile du 6 octobre 2009 (RSV 801.11)
MV	Mitlitärversicherung
MVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung
NFA	Neuer Fianzausgleich
NGO	non-governmental organisation = Nichtregierungsorganisation
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OR	Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, Fünfter Teil: Obligationenrecht (SR 220)
PartG	Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare vom 18. Juni 2004 (SR 211.231)
PROGNOSEN	Szenarien für das Bildungssystem (BFS)
RSV	Recueil systematique vaudois = Systematische Rechtssammlung Kanton Waadt
S.	Seite
SAKE	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (BFS)
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SCENARIO	Szenarien zukünftige Bevölkerungsentwicklung (BFS)
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung (BFS)
SGK	Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit
SGK-N	Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
SGK-S	Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
SPO	Stiftung SPO Patientenschutz
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember (SR 311.0)
usw.	und so weiter
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (SR 832.20)
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (SR 832.202)
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 2007 (SR 210)
ZGB-Erwachsenenschutzrecht	Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht, Änderung vom 19. Dezember 2008 AS 2011 725
Ziff.	Ziffer

1 Einleitung

Im Folgenden wird aufgezeigt, vor welchem Hintergrund das Thema Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen zu situieren ist und in welchem Kontext der Bundesrat den Auftrag, entsprechende Massnahmen zu erarbeiten, erteilt hat.

Im Weiteren werden die Ziele dieser Arbeit hervorgehoben und es wird gezeigt, auf welchem Weg diese Ziele erreicht werden sollen. Die wichtigsten Erkenntnisse werden stets in zusammengefasster Form hervorgehoben (vgl. blau hinterlegte Kasten).

1.1 Ausgangslage

In unserer Gesellschaft übernehmen Familien und Paare traditionellerweise einen grossen Teil der Betreuungs-, Sorge- und Pflegeleistungen gegenüber Angehörigen. Viele von ihnen sind im erwerbsfähigen Alter und stehen vor der Herausforderung Beruf und die Pflege von Angehörigen miteinander zu koordinieren. Durch staatliche und private Initiativen sind in den letzten zwanzig Jahren auf verschiedensten Ebenen Massnahmen getroffen worden, um die Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung zu verbessern. Familienmitglieder engagieren sich aber auch für kranke, behinderte, betagte oder sterbende Angehörige. Für die pflegebedürftigen Personen ist eine regelmässige Betreuung durch enge Bezugspersonen und möglichst im eigenen Umfeld ein wichtiges Anliegen. Im Bericht Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe hat der Bundesrat festgehalten, dass es ein Ziel sein müsse, die Selbstbestimmung am Lebensende zu stärken (Bundesrat, 2011, S. 2 und 42f.). Drei Viertel der Schweizer Bevölkerung gaben in einer Bevölkerungsbefragung des BAG an, am liebsten zu Hause sterben zu wollen (GfK 2009a, S. 6 und GfK 2009b, S. 40). Dank dem Engagement von Angehörigen können solche Wünsche Wirklichkeit werden. Die enge Interaktion zwischen den verschiedenen Generationen fördert zudem die gesellschaftliche Kohäsion. Pflegenden Angehörigen werden oft als das tragende Fundament des Sozial- und Gesundheitssystems bezeichnet (Perrig-Chiello & Höpflinger, S. 21).

Die Zahl der pflegebedürftigen oder behinderten erwachsenen Personen, welche in Privathaushalten betreut werden, wird auf 200'000 geschätzt (Zumbrunn & Bayer-Oglesby, 2012, S. 275). Werden weitere Unterstützungsleistungen wie Haushaltarbeiten oder Einkäufe hinzugezählt, erhielten im Jahr 2007 rund 500'000 Personen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn. Dies entspricht je nach Berechnungsmodalitäten einem Geldwert von 3.1 Milliarden Franken, (ibidem, S. 276f.), 5 Milliarden Franken (Hinweise Schön-Bühlmann) oder gar 10 – 12 Milliarden Franken. Fast 40% dieser Pflege wird von Personen im erwerbsfähigen Alter erbracht (Höpflinger & Perrig-Chiello, 2012, S. 21 bzw. S. 129). Heute sind über 17% der zuhause lebenden älteren Personen mittelmässig bis stark pflegebedürftig (Höpflinger, 2011, S. 47). Durch die demografische Entwicklung – der geburtenstarke Nachkriegsjahrgang („Babyboomers“) kommt ins „dritte und vierte Alter“ – wird die Anzahl pflegebedürftiger Personen in den nächsten Jahrzehnten voraussichtlich besonders stark zunehmen (Höpflinger 2011, S. 133).

Der Einsatz von Angehörigen ist nicht nur für die Gepflegten von grosser Bedeutung, sondern auch für das Gesundheitsversorgungssystem. Bereits heute herrscht ein Mangel an Pflegefachpersonen, der sich aus demografischen Gründen noch verstärken wird (GDK & Oda Santé, 2009, S. 59). Mit ihrer Gesundheits-, Alters- oder Versorgungspolitik haben sich viele Kantone das Ziel gesetzt, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alte Menschen auch bei eingeschränkter Selbständigkeit so lange und so autonom wie möglich daheim leben können (vgl. z.B. Kanton Bern, 2011, S. 9; Kanton Appenzell Ausserrhoden, 2012, S. 7; Kanton Waadt, 2012, S. 12). Viele Kantone setzen in der Gesundheitsversorgung auf eine Strategie „ambulant vor stationär“ (vgl. auch 3.3). Mit der Einführung der DRG geht tendenziell eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen einher. Auch aus finanzpolitischer Sicht wurde auf der Ebene des Bundes empfohlen, insbesondere die häusliche Langzeitpflege und die privat organisierten Hilfsnetze zu stärken (vgl. auch Eidgenössische Finanzverwaltung, 2012a, S. 55ff., 2012b, S. 11).

Ungefähr 160'000 Personen pflegen ihre Angehörigen zusätzlich zu ihrer beruflichen Tätigkeit (Bischofberger & Höglinger, 2008, S. 36ff.). Weitere Personen engagieren sich, indem sie sich unterstützend oder organisatorisch an der Betreuung beteiligen. In diese Pflege und Hilfe involviert sind mehrheitlich Frauen. In der Schweiz ist die Erwerbsquote von Mann und Frau hoch (ca. 89% bzw. ca. 77%) (BFS, SAKE, 2012a). Insbesondere die Erwerbsquote der Frauen ist seit 1991 deutlich angestiegen. Allerdings arbeitet mehr als jede zweite Frau Teilzeit. Entsprechend liegt die Erwerbsquote in Vollzeitäquivalente umgerechnet für Männer mit ca. 87% deutlich höher als bei den Frauen mit ca. 56% (BFS, SAKE, 2012b). Eine hohe Erwerbsbeteiligung während der ganzen Erwerbsphase wird als wichtige Voraussetzung für künftiges Wirtschaftswachstum betrachtet. Auf Grund der stärkeren Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt wird die Erwerbstätigkeit vermutlich weiter zunehmen. Zusammen mit der Alterung der Gesellschaft stellt dies zusätzliche Herausforderungen in Bezug auf die Vereinbarkeit mit der Pflegeverantwortung gegenüber Angehörigen dar. Das Mehrfachengagement kann sich im Laufe der Zeit negativ auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen bzw. auf ihre persönliche Einkommens- und Vorsorgesituation auswirken. Gleichzeitig wird das Nebeneinander von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege oft auch als Ressource im Sinne eines sozialen Ausgleichs wahrgenommen (Bischofberger et al., 2008, S. 280).

Kranke, betagte oder sterbende Menschen haben das Bedürfnis, in ihrem privaten Umfeld zu verbleiben, auch wenn sie wegen gesundheitlichen Einschränkungen Unterstützung und Pflege benötigen. Die Anzahl der Personen, welche in den kommenden Jahrzehnten auf die Unterstützung aus ihrem Umfeld angewiesen sind, nimmt aus demografischen Gründen zu. Pflegende Angehörige sind auch eine wichtige Ressource für das Gesundheitssystem. Gleichzeitig sind immer mehr Menschen in einem immer höheren Ausmass berufstätig, was auch volkswirtschaftlich erwünscht ist. In den kommenden Jahren werden immer mehr Menschen vor der Herausforderung stehen, Pflegeverantwortung und Erwerbstätigkeit miteinander zu vereinbaren.

1.2 Auftrag des Bundesrates

Am 29. Juni 2011 hat der Bundesrat den Bericht «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» zur Kenntnis genommen. Er hat bei dieser Gelegenheit das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, eine **interdepartementale Arbeitsgruppe (IDA)** unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheit einzusetzen, welche bis Ende 2014 Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von unheilbar kranken Angehörigen vorschlägt. Da verschiedene parlamentarische Vorstössen ebenfalls das Thema „Work and Care“ aufgegriffen haben (vgl. Kapitel 0), wurde entschieden, im Rahmen dieses Berichts auf die **Betreuung und Pflege von betagten und/oder kranken Personen durch Angehörige im erwerbsfähigen Alter** zu fokussieren. In der zweiten Phase bei der Formulierung von Massnahmen soll die Pflege und Betreuung von Angehörigen jeden Alters einbezogen werden – dazu gehören deshalb auch Kinder, Jugendliche, Personen im erwerbsfähigen Alter, ältere und hochaltrige Personen sowie Personen am Lebensende.

1.3 Legislaturziele

Im Bundesbeschluss über die Legislaturplanung 2011 – 2015 wird festgehalten, dass die gesellschaftliche Kohäsion gestärkt und gemeinsame Werte gefördert werden sollen. Die Förderung der Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Angehörigenpflege (work-care) wird als eine der Massnahmen dieses Ziels genannt (Art. 18). Im Vordergrund steht dabei die Stärkung der Selbstbestimmung sowie die Verhinderung der sozialen Isolation pflegebedürftiger Menschen. Zugleich ist das Engagement pflegender Angehöriger auch eine wichtige Ressource im Gesundheitsversorgungssystem.

Weitere Legislaturziele haben direkte Berührungspunkte zur Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege von Angehörigen: Wettbewerbsfähigkeit, Wachstumspolitik und Produktivität (Art. 3), Qualität der Gesundheitsversorgung (Art. 19), Finanzierbarkeit der Sozialwerke (Art. 20), tatsächliche Gleichstellung von Mann und Frau (Art. 28f.). Bei Zielkonflikten ist im Auge zu behalten, dass im Zentrum des vorliegenden Projekts die Interessen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen stehen.

Es sind Massnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen zu erarbeiten. Dies soll insbesondere auch zu einer Stärkung der gesellschaftlichen Kohäsion und der gemeinsamen Werte führen.

1.4 Zielsetzung der Arbeit

Im Rahmen dieser Projektarbeit soll die Situation im Bereich der Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen analysiert werden. Auf dieser Grundlage soll der Handlungsbedarf ermittelt sowie die Definition strategischer Handlungsfelder ermöglicht werden. Es soll eine Vision formuliert werden, welche wichtige Rahmenbedingungen aus der Sicht des Bundes aufnimmt und als Richtschnur für künftige Massnahmen

dienen kann. Damit soll ein Fundament gelegt werden für die geforderten Massnahmen und Empfehlungen des Bundesrates.

Es wird ein interdisziplinärer Ansatz gewählt, der es erlaubt, sowohl sozialwissenschaftliche als auch rechtliche und wirtschaftliche Aspekte einzubeziehen. Als erstes soll die Situation der pflegebedürftigen Menschen und der pflegenden Angehörigen herausgearbeitet werden. Dann werden das Umfeld und die Einflussfaktoren skizziert, d.h. die demografischen, gesellschaftlichen, betrieblichen und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Es geht insbesondere auch darum, aufzuzeigen, vor welchem sachlichen und politischen Hintergrund allfällige Regelungen vorgenommen würden. Es soll zudem herausgearbeitet werden, welche Stakeholder Berührungspunkte zur Thematik haben und welche Rolle sie spielen. Besonders interessiert die Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen und allenfalls den Gemeinden. Es soll auf das Subsidiaritätsprinzip und die Entflechtung der Aufgaben von Bund und Kantonen eingegangen werden, welche ab 2005 mit der R Pflegefinanzierung umgesetzt wurde. Dadurch soll geklärt werden, in welchen Bereichen der Bund Regelungen vornehmen kann (Government), wo er Empfehlungen an die Kantone abgeben kann und wo er allenfalls auch koordinierend wirken könnte (Governance). Abschliessend werden verschiedene Good Practice Beispiele mit Vorbildfunktion aufgezeigt, welche bereits auf kantonaler, kommunaler Ebene oder durch andere Akteure realisiert wurden.

Es sollen Hinweise zu folgenden Fragen geliefert werden:

- Wie präsentiert sich die Situation heute?
- Welche Bedürfnisse haben pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige?
- Welches sind die Rahmenbedingungen ?
- Wer ist wie involviert?
- Wie soll das übergeordnete strategische Ziel im Sinne einer Richtschnur lauten?
- Wo ist Handlungsbedarf?
- Welche strategischen Handlungsfelder können definiert werden?

1.5 Methodisches Vorgehen

1.5.1 Modell „Work and Care“ als Orientierungspunkt

Das Thema „Work and Care“ befindet sich im Schnittpunkt der Bereiche Versorgungssystem, gesellschaftliche Entwicklung und Arbeitswelt. Das Modell von Bischofberger zu „Work and Care“ (vgl. Abbildung 1) dient als Orientierungspunkt, insbesondere auch für die Umfeldanalyse sowie für die Diskussion am runden Tisch (Bischofberger et al., 2008; Bischofberger, 2012, S. 6). Für die Stakeholderanalyse in Kapitel 2.5 wurde das Modell um den Aspekt des Sozialversicherungssystems erweitert.

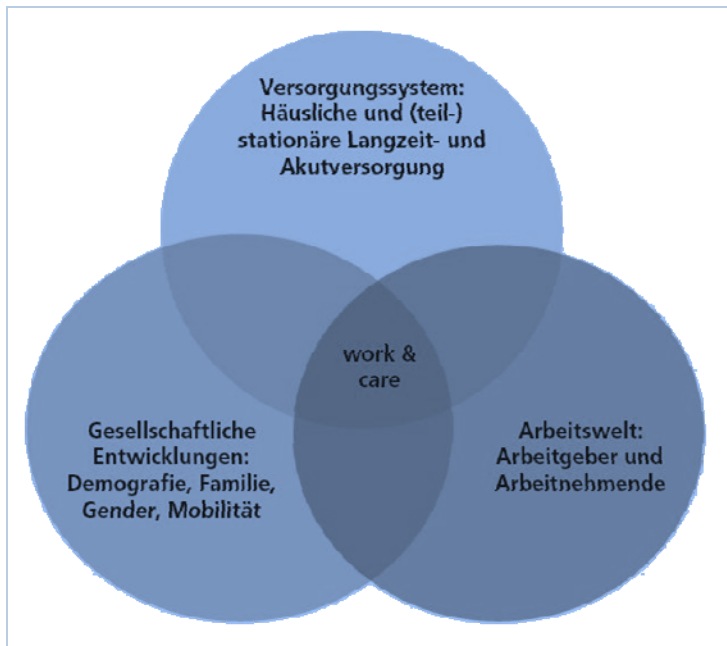


Abbildung 1: Dimensionen von Work and Care - Quelle: Bischofberger et al., 2008; Bischofberger, 2012b, S. 6

1.5.2 Runder Tisch

Durch eine Stakeholderanalyse wurden Akteure definiert, welche an einen runden Tisch eingeladen wurden (vgl. 9.1, Anhang I). Am runden Tisch wurde einerseits diskutiert, wie sich die Situation aktuell aus dem Gesichtspunkt der Gesellschaft, der Arbeitswelt, des Versorgungssystems sowie des Sozialversicherungssystems präsentiert. Mit diesen Diskussionsperspektiven wurde auf das oben erwähnte Modell Bezug genommen. Auf Grund der Hinweise zur Situation, zu den Bedürfnissen sowie zu möglichen Ansatzpunkten wurden verschiedene Ziele identifiziert, die in der Folge durch Recherchen im Rahmen der Situationsanalyse validiert wurden (vgl. 9.2, Anhang II). Da pflegende Angehörige in sehr engem Kontakt mit dem Gesundheitsversorgungssystem stehen, bezogen sich sehr viele Anregungen auf lokale Strukturen. Will man die Problemlage als Ganzes anschauen, sind neben dem Handlungsspielraum des Bundes auch Aktivitäten von Kantonen und Gemeinden einzubeziehen. Gegenüber den Kantonen und den Gemeinden kann der Bund bloss Empfehlungen abgeben oder – soweit erwünscht – koordinierend wirken.

1.5.3 Literatur- und Dokumentenanalysen, Expertengespräche

Durch Literaturrecherchen, Dokumentenanalysen und narrative Expertengespräche wurden die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Personen und der pflegenden Angehörigen ermittelt sowie die aktuellen demografischen, gesellschaftlichen, betrieblichen, volkswirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen analysiert. Durch diese Auslegeordnung wurde der Handlungsbedarf untermauert und der Handlungsspielraum einzelner Akteure geortet. Erste Untersuchungen zeigten, dass die Kantone bzw. die Gemeinden im Bereich „Work and Care“ eine wichtige Rolle spielen. Durch eine genauere Analyse der rechtlichen Grundlagen wurde die Kompetenzverteilung von Bund, Kantonen und Gemeinden aufgezeigt. Die verschiedenen Instrumente der Pflegefinanzierung wurden 2005 auf der Grundlage des „Neuen Finanzaus-

gleichs“ NFA frisch geordnet (Bundesrat, 2005a). Damit wurden Überlegungen gemacht bezüglich Subsidiaritätsprinzip, Verbundaufgaben, Teilentflechtung und vollständiger Entflechtung. Vor diesem Hintergrund wurde sichtbar gemacht, wie die Zuständigkeiten von Bund und Kantonen in den Bereichen, welche die Pflege von Angehörigen betreffen, aufgeteilt wurden. Diese Abklärungen erlauben es, aufzuzeigen, in welchen Bereichen es für den Bund rechtlich möglich und sinnvoll ist, gesetzgeberisch tätig zu werden. Dokumentenanalysen und narrative Expertengespräche ermöglichten es zudem, ausgewählte Good Practice Beispiele in der Schweiz zu beschreiben.

1.5.4 Formulierung von strategischen Handlungsfeldern und einer Vision

Durch die Kombination dieser verschiedenen Methoden konnten als Schlussfolgerung verschiedene Handlungsfelder definiert und der Handlungsbedarf formuliert werden. Basierend auf der Analyse der Rahmenbedingungen wurde zudem eine Vision als übergeordnetes Ziel formuliert, welche auch als Richtschnur bei der Formulierung und Beurteilung der Massnahmen herangezogen werden kann.

1.5.5 Aufbau der Projektarbeit

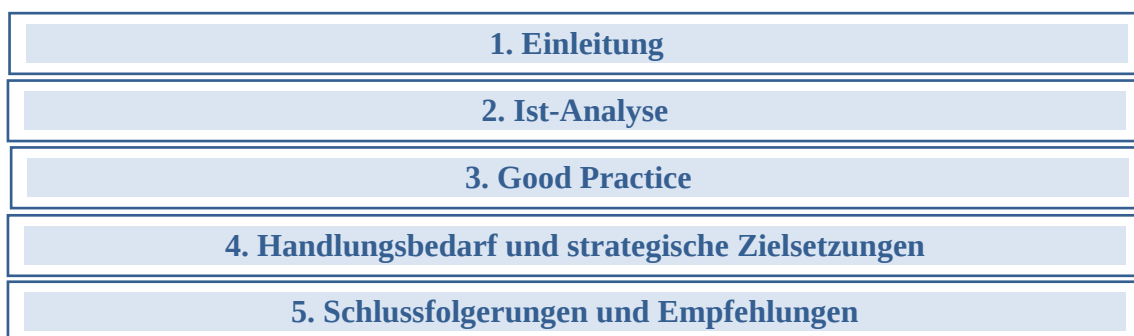


Abbildung 2: Aufbau der Projektarbeit

1.5.6 Abgrenzung

Der Fokus dieser Arbeit richtet sich nur auf pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter. Die pflegebedürftigen Personen können allerdings unterschiedlich alt sein, die Pflege kann sich auf Kinder, Ehepartner, Eltern, Lebenspartner richten. Nicht behandelt im Rahmen dieser Arbeit wurde das Engagement von Personen, welche infolge Pensionierung nicht mehr erwerbstätig sind, wie beispielsweise pflegende Partner von hochaltrigen Menschen. Auch auf die Darstellung von Good Practice aus anderen Ländern wurde in diesem Rahmen verzichtet.

1.5.7 Begriffe

Im Zentrum dieser Arbeit stehen die *pflegenden Angehörigen*. Aus diesem Grund sollen verschiedene Begrifflichkeiten aus diesem Umfeld erläutert werden (vgl. auch Abbildung 3). Bereits in seiner Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung wies der Schweizerische Bundesrat darauf hin, dass Pflege eine „umfassende, ausgesprochen vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit ist, welche sich einer scharfen Definition weitgehend entzieht“. Nachstehend wird versucht, die verschiedenen Facetten der Begriff-

lichkeiten wiederzugeben und den Inhalt der Unterbegriffe aufzuzeigen. Anknüpfungspunkt der Pflege ist zunächst die *pflegebedürftige* Person.

Pflegebedürftigkeit wird als dauernder, individueller Autonomieverlust in den alltäglichen Lebensverrichtungen bezeichnet (Bundesrat, 2005a, S. 2038). Dabei wird gemäss der ICF-Klassifikation der WHO unterschieden nach Einschränkungen

- der basalen *Alltagsaktivitäten (basic activities of daily living, ADL)*,
welche eine Person an sich selbst umsetzt, wie z.B. Essen, Baden, Waschen, Transfer, Laufen, Treppesteigen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Harn- und Stuhlkontrolle;
- der *instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (instrumental activities of daily living, IADL)*,
welche eine Person befähigen, selbständig in einem Haushalt zu leben, wie z.B. Hausarbeit, Medikamenteneinnahme, Regelung der Finanzen, Einkaufen, Telefonieren, Nutzung von Verkehrsmitteln, Nutzung von Technik (Höpflinger, 2011, S. 46ff.; Fricke, 2010, S. 1ff; Hansen, 2007, S.18).

Das Sozialversicherungsrecht knüpft für verschiedene Bestimmungen in Zusammenhang mit dem AHVG, IVG und MVG an den Begriff der *Hilflosigkeit* an. „Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf“ (Art. 9 ATSG). Es wird zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit unterschieden (Art. 37 IVV). Bei Minderjährigen definiert das IVG den Begriff *intensive Betreuung*. Diese liegt vor, wenn infolge der Beeinträchtigung der Gesundheit eine zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden benötigt wird (Art. 39 IVV) (vgl. auch Kapitel 2.7.2 und 2.7.4).

Professionelle Pflege wird als Versorgung und Betreuung einzelner Menschen oder Gruppen in allen Phasen des Lebens bis zum Tod beschrieben. Dabei hat Pflege präventive, behandelnde oder palliative Aspekte, unterstützt die Ressourcen der Gepflegten und ihres Umfelds und berät entsprechend, plant und koordiniert die Interventionen zur Durchführung von Therapien sowie den Unterstützungsbedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens und evaluiert die Ergebnisse (vgl. Bundesrat, 2005a, S. 2039ff.; International Council of Nurses, 2010; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2011, S. 15). Unter *formeller Pflege* wird die professionell organisierte Pflege im stationären, teilstationären, ambulanten oder häuslichen Bereich verstanden, welche spezielle berufliche Kompetenzen (Ausbildung, Erfahrung) und die damit verbundenen Verantwortlichkeiten voraussetzt (Hinweis Bischofberger).

Auch die KLV knüpft für die Vergütung von Leistungen einerseits an die ärztliche Anordnung oder den ärztliche Auftrag und andererseits an die berufliche Ausbildung (Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, je nachdem mit Zusatzqualifikationen) oder an eine entsprechende verantwortliche Organisation oder Institution (Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause, Pflegeheim) an (Art. 7 Abs. 1 und Abs. 2^{bis} KLV). Unter den Pflegeleistungen figurieren Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, Massnahmen der Grundpflege sowie Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung (vgl. Art. 7 Abs. 2 KLV).

Die Pflege, welche durch Angehörige erbracht wird, wird zusammen mit der Pflege durch Nachbarn und Freunden dem Begriff *informelle Pflege* zugeordnet. Oft wird zwischen Hilfe- und Pflegeleistungen unterschieden. Hilfeleistungen beziehen sich meist auf die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL). Es wird unterschieden zwischen praktischer Hilfe im Haushalt und Hilfe mit Behörden, Leistungserbringern und Ämtern. Körperbezogene oder sozialmedizinisch anspruchsvolle Pflegeleistungen erfolgen oft regelmässig und vor Ort und umfassen die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie medizinische Aktivitäten wie z.B. Verabreichen von Medikamenten, Ausführung von Messungen, Wechsel von Verbänden (Höpflinger, 2011, S 67). In dieser Arbeit werden unter den Begriff Pflege von Angehörigen sowohl Hilfeleistungen als auch körperbezogene Pflege und Unterstützung gefasst. Im Rahmen einer künftigen gesetzlichen Regelungen müssten einzelne Aktivitäten oder Situationen als Anknüpfungspunkte definiert werden, wie dies beispielsweise die KLV für die professionelle Pflege oder das ATSG für die Hilflosigkeit nach Sozialversicherungsrecht vornimmt.

In der Realität, aber auch bei der Betrachtung der funktionalen Einschränkungen, welche zu Pflegebedürftigkeit führt, zeigt sich, dass die Unterstützung in manchen Fällen sowohl durch das familiäre Umfeld als auch durch das professionelle Umfeld erfolgen kann. In der neueren Literatur wird davon ausgegangen, dass sich informelle und formelle Pflege in der häuslichen Pflege ergänzen. Beiden Formen werden Stärken und Schwächen attestiert, als optimal wird die *Co-Pflege* bezeichnet, welche durch Angehörige und Professionelle gemeinsam getragen wird (Höpflinger, 2011, S. 68).

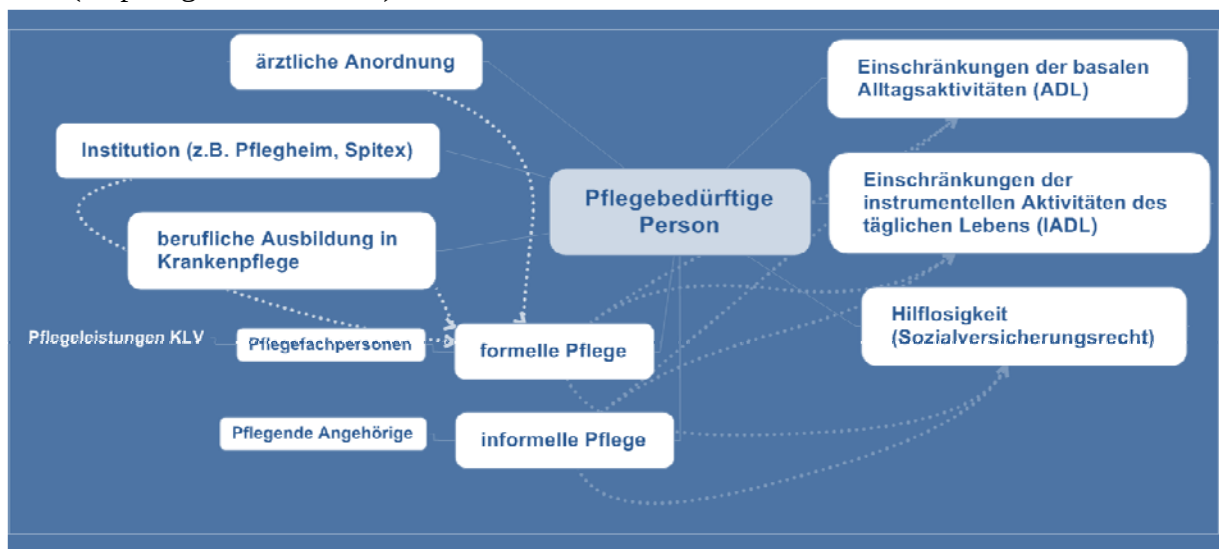


Abbildung 3: Begriffsfeld pflegebedürftige Person - Quelle: eigene Darstellung

Der Begriff *Angehöriger* wird weder im Zivil- noch im Sozialversicherungsrecht abschliessend und einheitlich definiert. Im neuen Erwachsenenschutzrecht, welches am 1. Januar 2013 in Kraft tritt, werden unter dem Unterabschnitt „Besondere Bestimmungen für Angehörige“ der Ehegatte, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner, die Eltern, ein Nachkomme, ein Geschwister sowie die faktische Lebenspartnerin oder der faktische Lebenspartner der betroffenen Person aufgezählt (ZGB-Erwachsenenschutzrecht, Art. 420). Im Zusammenhang mit den Wünschen bei der Bestellung eines Beistands werden die Begriffe Angehö-

rige oder andere nahestehende Personen verwendet (ZGB-Erwachsenenschutzrecht, Art. 401). Die Bestimmungen über die Betreuungsgutschriften subsummieren unter den Begriff *nahe Verwandte* Verwandte in auf- oder absteigender Linie, Geschwister, Ehegatten, eingetragene Partner, Schwiegereltern und Stiefkinder (Bundesrat, 1990, S. 28; Art. 29^{septies} Abs. 1 AHVG). Das Strafrecht zählt zu den *Angehörigen* einer Person ihr Ehegatte, ihre eingetragene Partnerin oder ihr eingetragener Partner, ihre Verwandten gerader Linie, ihre vollbürtigen und halbbürtigen Geschwister, ihre Adoptiveltern, ihre Adoptivgeschwister und Adoptivkinder (Art. 110 StGB). Sollten im Rahmen der vorliegenden Arbeiten gesetzliche Regelungen erfolgen, wäre der Begriff Angehörige bzw. nahe Angehörige zu definieren. Als Vorbild könnte das deutsche Pflegezeitgesetz dienen, welches zu den *nahen Angehörigen* Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder zählt (§7 Pflegezeitgesetz).

Die Abklärungen zeigen, dass die Begrifflichkeiten rund um „pflegende Angehörige“ keine festen Rechtsbegriffe sind. Bei allfälligen Gesetzgebungsarbeiten müssten entsprechende Definitionen vorgenommen werden.

2 Ist-Analyse

2.1 Einleitung

Im nachfolgenden Kapitel sollen die wichtigsten Zusammenhänge und Einflussfaktoren rund um das Thema *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen* analysiert werden. Als erstes soll die Situation der pflegebedürftigen Personen und die der pflegenden Angehörigen sichtbar gemacht werden, die im Zentrum der künftigen Massnahmen stehen. Sodann soll aufgezeigt werden, welche Rahmenbedingungen und weitere Akteure von Bedeutung sind. Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen steht in wechselseitiger Beziehung mit der gesellschaftlichen Entwicklung, der Arbeitswelt und dem föderal organisierten Versorgungssystem (vgl. Modell in Kapitel 1.5.1). Änderungen in diesen Bereichen haben Auswirkungen auf das Volkswirtschafts- und Sozialversicherungssystem.

2.2 Pflegebedürftige Personen

Pflegebedürftige Personen sind eingeschränkt in ihren Alltagsaktivitäten (ADL oder IADL) und brauchen daher Unterstützung bzw. Hinweise für das Selbstmanagement. Oft haben sie den Wunsch, im vertrauten, häuslichen Umfeld zu bleiben und ein möglichst eigenständiges Leben zu führen. Dies gilt im besonderen Masse auch für Personen am Lebensende (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012, S. 111 und GfK 2009b, S. 6). Der Wunsch nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung wird durch diverse kantonale Alterspolitiken aufgenommen (z.B. Kanton Bern, 2011, S. 11 und 21) und ist ein wichtiges Element der Nationalen Strategie Palliative Care (BAG & GDK, 2009, S. 16).

Es gibt kein Informationssystem, welches genaue Aussagen zur Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten macht. Es wird geschätzt, dass 2010 rund 320'000 Personen ab 16 Jahren und 35'000 Kinder bis 14 Jahre mit starker Beeinträchtigung in Privathaushalten lebten (BFS, SILC, 2010). Die pflegebedürftigen Menschen in Mehrpersonenhaushalten werden auf 200'000 geschätzt. Werden auch Hilfeleistungen hinzugezählt, erhielten 2007 rund 500'000 Personen aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten, Bekannten oder Nachbarn (Zumbrunn & Bayer-Oglesby, 2010, S. 275, gestützt auf BFS, SAKE, 2010 und BFS, SGB, 2007). Durch die demografische Alterung ist ein starker Anstieg pflegebedürftiger Menschen zu erwarten. Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit ist in der Schweiz in den letzten 17 Jahren um mehr als fünf Jahre gestiegen und gehört zu den höchsten der Welt. Gemäss ersten Abschätzungen gibt es keine eindeutigen Hinweise auf eine Zunahme der Jahre, die nicht bei guter Gesundheit erlebt werden. Sie liegen je nach Geschlecht immer noch zwischen fünf und acht Jahren (BFS, SGB, ESPOP, BEVNAT, 2011 und Berechnungen Schön-Bühlmann).

Es ist zu erwarten, dass in den nächsten Jahrzehnten chronische Krankheiten und insbesondere Mehrfacherkrankungen zunehmen werden (OECD, 2011b, S. 11). Eine Studie aus den Niederlanden zeigt, dass die Zahl der Menschen, die an vier und mehr chronischen Krankheiten gleichzeitig leiden, zwischen 1985 und 2005 um 300% zugenommen hat (Uijen & van de Lisdonk, 2008, S. 29ff.). Chronische Krankheiten, Demenz, Multimorbiditäten und technische Interventionen machen die häusliche Pflege anspruchsvoller (Kanton Waadt, 2012, S. 25). Viele pflegebedürftige Personen sind bei verschiedenen Leistungserbringern in Behandlung und oft sind es die pflegenden Angehörigen, welche neben der körperlichen Pflege und der Überwachung der Medikamenteneinnahme auch das Behandlungsmanagement und die Begleitung zu verschiedenen Fachärzten, zu Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Fusspfleger, Logopäden, Gedächnistrainer usw. sicher stellen. Besondere Herausforderungen stellen sich auch, wenn Kinder krank oder gesundheitlich stark beeinträchtigt sind. Neben der gesetzlichen Pflicht gibt es in der Beziehung von Eltern und ihren Kindern starke emotionale Aspekte, welche ganz besonders in der Situation von Krankheit ein intensives Engagement bedingen.

2.3 Pflegendende Angehörige

Pflegende Angehörige machen es möglich, dass kranke oder behinderte Personen daheim in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. Gleichzeitig führt dies zu einer starken Entlastung des Gesundheitswesens (ambulant und stationär) (Zumbrunn & Bayer, 2010, S. 275). In kantonalen Alterspolitiken wird unterstrichen, dass pflegende Angehörige eine wertvolle und unverzichtbare Rolle im Versorgungsnetz alter Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, spielen (Kanton Appenzell Ausseroden, 2012, S. 52; Kanton Bern, 2011, S. 29; Kanton Waadt, 2012, S. 26). Für die gesamten unbezahlten Pflege- und Betreuungsleistungen an Erwachsenen wandten Personen im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2010 über 28 Millionen Stunden auf, wobei Frauen mehr als 2/3 dieser Arbeiten übernahmen. Dies entspricht 14'585 Vollzeitstellen (SAKE, 2010; Berechnungen Schön-Bühlmann, 2012).

Es gibt keine „typischen pflegenden Angehörigen“. Sie unterscheiden sich bezüglich Belastung, Belastbarkeit und Ressourcen. Entscheidend ist auch der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, das eigene Alter und Geschlecht, der Verwandtschaftsgrad sowie die soziale Unterstützung (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012, S. 113ff.). Die Rollen und Aufgaben von pflegenden Angehörigen sind vielseitig und verändern sich im Laufe der Zeit oft unvorhersehbar und unter dramatischen Umständen. In vielen Fällen lässt sich der Verlauf von Krankheiten oder Alterung nur schwer abschätzen. Dies unterscheidet die Pflege von Angehörigen von der Betreuung gesunder Kinder, welche über fast zwei Jahrzehnte hinweg grob planbar und im Normalfall abnehmend ist. Die nachstehende Tabelle veranschaulicht die Situation.

Herausforderungen	Vereinbarkeit mit gesunden Kindern	Vereinbarkeit mit kranken, behinderten, alternenden Angehörigen
Psychische/körperliche Entwicklung	Voraussehbar	Wechselhaft
Aufwand für Hilfe/Pflege und Koordination	↘	↑ ↗ ↘ ↗
Beratungs- und Betreuungsangebote	häufig	selten
Gesellschaftliche Aufmerksamkeit	↑	↗

Tabelle 1: Vergleich Angehörige mit gesunden Kindern und pflegebedürftigen Personen - Quelle: Bischofberger

Unterstützungsleistungen beziehen sich auf unterschiedlichste Bereiche wie Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Behandlungsmanagement und psychosoziale Unterstützung. Diese Leistungen können durch professionelle Pflege oder Laienpflege, durch bezahlte oder unbezahlte Personen ausgeführt werden.

Art der Tätigkeit	Beispiele
Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)	Körperpflege, Ernährung, An-/Ausziehen, Transfer, Lagerung, Überwachung, Begleitung, Umsetzung der geplanten Pflege
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	Erledigung von Haushaltsarbeiten, Zubereitung von Mahlzeiten, Regelung von Zahlungen, Regelung der Versicherungsansprüche, Einnahme von Medikamenten, Benutzung von Verkehrsmitteln, einkaufen, telefonieren
Behandlungsmanagement	Planung der Pflege und Betreuung; Organisation des Orts der Betreuung nach Spitalaufenthalt oder bei Verschlechterung des Gesundheitsszustands; Organisation der externen Unterstützung; Organisation von Arztbesuchen, Therapien, Abklärungen; Transport im Zusammenhang mit Arztbesuchen, Therapien und Abklärungen; Kommunikation und Austausch mit Behandelnden; Begleitung bei Arztbesuchen, Therapien und Abklärungen („anwaltschaftlich“); Koordination und Abgleich der verschiedenen Behandlungen (wandelnde Patientenakte).
Sicherheit	Schutz vor Gefahren im häuslichen Umfeld sowie ausser Haus (z.B. je nach Erkrankung Sturzgefahr, Weglaufen, giftige und ungeniessbare Pflanzen usw.)
Psychosoziale Unterstützung	Gesellschaft leisten, Emotionale Unterstützung leisten, Kommunikation

Tabelle 2: Tätigkeiten der pflegenden Angehörigen – Quellen: nach Feinberg, 2011, S. 4ff.; Perrig-Chiello & Höpflinger 2012, S. 85 - eigene Darstellung

Das Abdecken des Bedarfs an Pflege und Unterstützung für eine Person durch diese unterschiedlichen Leistungsformen in unterschiedlichem Umfang wird als *Pflege- und Betreuungs-*

arrangement bezeichnet (vgl. Fluder et al., 2011, S. 16f.). Die Ausgestaltung des Pflege- und Betreuungsarrangements wird vom Hausarzt, von den Angehörigen oder den pflegebedürftigen Personen wahrgenommen. Fühlen sich Angehörige überfordert, deutet dies auf eine Lücke im Pflege- und Betreuungsarrangement hin. In einigen Ländern gibt es deshalb spezielle Case oder Care Manager, welche bei der administrativen und organisatorischen Belastung der Angehörige ansetzen, die Fragmentierung der Leistungserbringer verringern und die Koordination verbessern (OECD, 2011b, S. 131). Integrierte Versorgungsmodelle tragen auch dazu bei, dass die Aktivitäten verschiedener Leistungserbringer koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Forschungsergebnisse zeigen, dass die körperliche und psychische Gesundheit pflegender Angehöriger oft in Zusammenhang mit einer guten sozialen Unterstützung steht. Die Unterstützung durch Spitex oder NGOs ist eine wichtige Ergänzung und hilft die häusliche Betreuung abzustützen und Spielräume für nachhaltige Arrangements zu schaffen (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012, S. 115 und S. 125). Positiv wirken auch Angebote wie Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen, Bildungsangebote und informelle Treffen (Pône, 2012).

In verschiedenen Umfragen und Studien sowie aus den Diskussionen am runden Tisch konnten insbesondere folgende Bedürfnisse pflegender Angehöriger eruiert werden (Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012, S. 213ff., Association vaudoise d'aide et de soin à domicile, 2012, S. 9):

- Information rund um die Pflege von Angehörigen (Unterstützungsmöglichkeiten, öffentliche Angebote, Entlastung, Rechte am Arbeitsplatz, Leistungen der (Sozial)versicherungen usw.)
- Öffentliche und gesellschaftliche Anerkennung, Sensibilisierung
- Entlastung während der Arbeitszeit
- Auszeit zur Erholung
- Arbeitszeitreduktion (kurz/akut, lang, vorübergehender Unterbruch)
- Flexible Arbeitszeitregelungen, Möglichkeit kurzfristig abwesend zu sein, Jahresarbeitszeit, Telearbeit
- Austausch von Erfahrungen unter pflegenden Angehörigen
- Unterstützung und Begleitung bei der Organisation des Betreuungsarrangements, Unterstützung bei der Gestaltung der neuen Rahmenbedingungen
- Entwicklung eigener Fachkompetenzen
- Unterstützung bei der Kommunikation mit den verschiedenen Ansprechpartnern
- Finanzielle Anerkennung
- Bessere Koordination verschiedener Angebote bzw. Leistungserbringer

Diese Erkenntnisse wurden in Kapitel 3.6 verarbeitet und verdichtet (vgl. 9.2.5).

2.4 Umfeld und Einflussfaktoren

Auf der obersten Aggregationsebene der Umweltanalyse befindet sich die allgemeine Umwelt (Müller-Stewens & Lechner, 2011, S. 188). Analysiert werden sollen nachstehend jene Trends, von denen zu erwarten ist, dass sie als zukünftige Rahmenbedingungen von Bedeutung sind. Dazu gehören die demografischen, gesellschaftlichen, betrieblichen Rahmenbedingungen, und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen werden weiter hinten vor dem Hintergrund der Rollen- und Aufgabenteilung näher angeschaut (vgl. 2.6).

2.4.1 Demografische Entwicklung

Der Altersaufbau der Bevölkerung in der Schweiz hat sich in den letzten Jahrzehnten beträchtlich verändert. Der Anteil der unter 20-Jährigen (Jugendquotient) sank von 31,8% (1960) auf 20,9% (2010); bei den Personen ab 65 Jahren (Altersquotient) stieg er von 10,3% (1960) auf 16,9% (2010). Dieser demografische Alterungsprozess ist eine Folge der steigenden Lebenserwartung und der relativ tiefen Geburtenhäufigkeit (BFS, 2010, S. 7 und BFS, 2012b, S. 5). Zwischen 2020 und 2060 wird der Altersquotient besonders ansteigen, da die Babyboomer-Generation aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Während heute einer Person im Rentenalter vier Personen im Erwerbsleben gegenüber stehen, werden es 2060 nur noch zwei Personen sein, welche erwerbstätig sind (vgl. BFS, 2010, S. 22 und eigene Berechnungen). Neben der Belastung des Gesundheits- und Sozialversicherungssystems wird voraussichtlich auch die Nachfrage nach gut qualifizierten Erwerbstätigen in allen Bereichen, inkl. dem Gesundheitssektor besonders ausgeprägt sein.

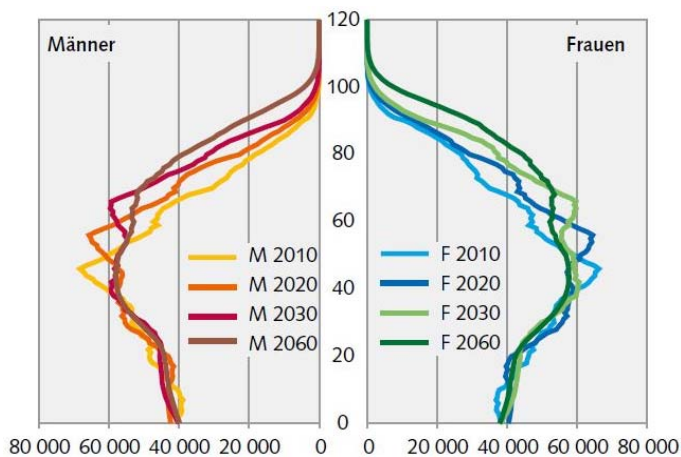


Abbildung 4: Alterspyramide gemäss dem mittleren Szenario – Quelle: BFS, 2010

Im Verlauf der kommenden 50 Jahre wird die Spitze der Alterspyramide allmählich breiter, während ihre Basis wohl unverändert bleibt (vgl. Abbildung 4). Im Vergleich zu 2010 wird sich der Anteil der 80jährigen und älteren Personen bis 2040 verdoppeln und bis 2060 um fast das Zweieinhalbfache ansteigen. Der Anteil der 60 bis 79-jährigen wird in den nächsten 50 Jahren um das Eineinhalbfache ansteigen (BFS, 2010, S. 22) (Abbildung 5).

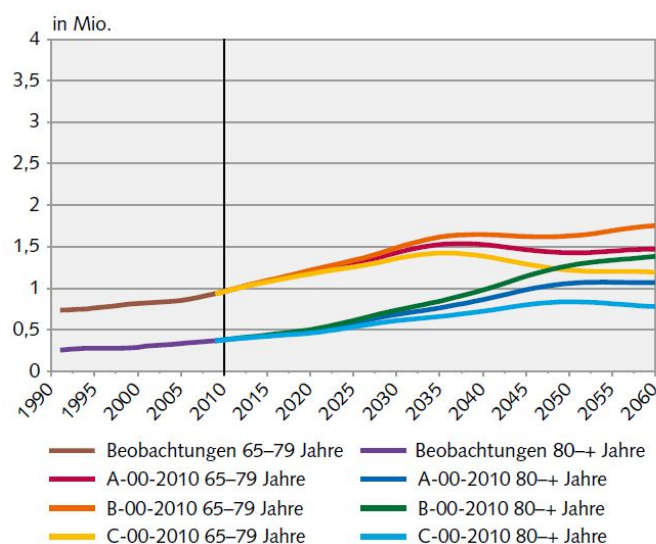
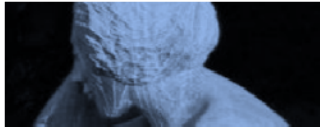


Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl Personen von 65-79 bzw. 80+, drei Grundszenarien – Quelle: BFS, 2010

Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen wird somit stark zunehmen. Die steigende Lebenserwartung wird in vielen Fällen jedoch nicht zwingend zu einer Verlängerung der intensiven Pflege- und Betreuungsphase führen. Es gibt erste Anzeichen, dass die Restlebensdauer, d.h. die Lebensphase mit besonders hoher Beeinträchtigung, dank den Fortschritten im Bereich Gesundheitsversorgung und Prävention später einsetzt und damit ungefähr konstant bleiben könnte. Möglicherweise wird aber die Lebensphase mit kleinem bis mittlerem Unterstützungsbedarf entsprechend verlängert (Hinweise Schön-Bühlmann).

Zur künftigen Herausforderung sagt der Bundesrat in seinen Perspektiven 2025 insbesondere:



„Chancen und Herausforderung der demografischen Alterung sind die entstehenden Anreize, den Generationenvertrag zu erneuern, die Sozialwerke zu sanieren und die wachsenden Gesundheitskosten ohne Qualitätseinbussen zu stabilisieren und zu bewältigen.“

Abbildung 6: Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, S. 53

Die demografischen Veränderungen führen insbesondere dazu, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften voraussichtlich steigen wird. Zugleich wird auch der Bedarf an informeller und formeller Pflege zunehmen. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und die Pflege von Angehörigen.

Ab 2030 werden auch die Sozialwerke unter Druck geraten. Es wird entscheidend sein, auf welche Unterstützung pflegebedürftige Personen zurückgreifen können, um die Abhängigkeit von professionellen Hilfeleistungen in Grenzen zu halten.

2.4.2 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Die demografischen Trends zeigen, dass der Hilfe- und Pflegebedarf insbesondere von älteren Familienmitgliedern steigen wird. Es herrscht bereits heute ein Mangel an Pflegefachpersonen (EDK & Oda Santé, 2009, S. 59). Selbst wenn die Zahl der pflegenden Personen bestenfalls stagniert, nimmt die Zahl der zu pflegenden Personen zu. Moderne Gesellschaften zeichnen sich durch Fortschritte in Medizin, Pharmazie und Technik aus. Diese Entwicklung führt aber auch dazu, dass immer mehr Menschenleben gerettet und verlängert werden können, was dazu führen kann, dass immer mehr jüngere und ältere Personen über längere Zeit mit Gesundheitsbeeinträchtigungen leben und insbesondere auch Hilfe aus dem familiären Umfeld benötigen. Im Bericht Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe wurde darauf hingewiesen, dass soziale Isolation ein Risikofaktor für (assistierten) Suizid darstellt. Soziale Isolation ist eng verknüpft mit der Frage nach der Unterstützung resp. den Ressourcen, die einer einzelnen Person durch ihre Beziehungen zu anderen Menschen zur Verfügung stehen. Angehörige spielen eine grosse Rolle bei der Verhinderung sozialer Isolation.

Auf Grund der späten Familiengründung kommt es zu relativ grossen Altersabständen zwischen den Generationen. Die hohe Lebenserwartung führt zu einer starken Ausdehnung der gemeinsamen Lebensspanne und damit zu langfristigen Generationenbeziehungen. Viele Menschen in der Schweiz sind selber zwischen 45 und 60 Jahre alt und damit noch mitten im Erwerbsleben, wenn die eigenen Eltern pflegebedürftig werden. Am häufigsten sind es Töchter

ter, die sich in dieser späten Phase des Berufslebens für die Pflege ihrer Eltern engagieren. Gleichzeitig übernehmen sie auch Verantwortung für eigene Kinder.

Die verringerte Kinderzahl und die höhere Lebenswartung führen dazu, dass es in einer Familie viele und starke vertikale Beziehungen gibt, aber nur wenig horizontale. Sind Pflege und Unterstützung nötig, stehen häufig nur ein oder zwei Söhne oder Töchter für familiäre Pflegeleistungen zur Verfügung. Das familiäre Leben konzentriert sich auf die Kernfamilie, wobei eher selten mehrere Generationen im gleichen Haushalt leben. Durch die starke Mobilität der Gesellschaft leben die Mitglieder der Familie oft weit auseinander. Enge Beziehungen werden aber auch über hohe Wohnentfernungen hinweg gepflegt. Sind Hilfe- oder Pflegeleistungen nötig, suchen ältere Menschen teilweise einen Wohnort in der Nähe ihrer Kinder (Perrig-Chiello, 2012, S. 52ff.). Eine gute Einbettung in ein soziales Umfeld und verlässliche persönliche Beziehungen können die Resilienz gegenüber Wechselfällen des Lebens stark erhöhen (Stutz & Knupfer, 2012, S. 16).

Das Bildungsniveau der Bevölkerung der Schweiz dürfte sich in den kommenden Jahren weiter deutlich erhöhen. Der Anteil der Personen mit Tertiärabschluss in der Bevölkerungsgruppe der 25- bis 64-Jährigen wird voraussichtlich von 35% im Jahr 2009 bis 2025 auf ein Niveau von 50% steigen und bis 2045 nahezu 60% erreichen. Der Anteil der Personen ohne nachobligatorische Ausbildung wird gegen das Jahr 2035 auf 8% zurückgehen (BFS, 2010, PROGNOSEN, 42ff.). Neben der Verbesserung des Bildungsniveaus hat ein gesellschaftlicher Wertewandel stattgefunden, der dazu führt, dass es neue berufliche und familiäre Rollenverständnisse und Optionen gibt. Mittlerweile ermöglichen Krippen, Horte und Tagesschulen, dass beide Elternteile arbeiten. Die Erwerbsquote der Frauen zwischen 15 und 64 Jahren ist in den letzten 20 Jahren deutlich angestiegen von ca. 68,2% auf 76,5%. Allerdings arbeitet mehr als die Hälfte der Frauen Teilzeit. Die Erwerbsquote in Vollzeitäquivalente beträgt bei den Frauen nur ca. 56% (BFS, 2012c). Es ist aber zu erwarten, dass immer mehr Frauen stärker in den Arbeitsprozess eingebunden sein werden. Dies wird aus volkswirtschaftlichen, sozialpolitischen und gleichstellungspolitischen Gründen auch befürwortet (vgl. 2.4.4).

Insgesamt arbeiten Männer und Frauen in vergleichbarer Familiensituation in einem ähnlichen Umfang – allerdings sind es meistens die Frauen, welche ihre Berufsarbeit zu Gunsten der Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen reduzieren (Stutz & Knupfer, 2012, S. 28). Von den insgesamt 30 Millionen unbezahlter Pflegestunden übernehmen Frauen fast drei Viertel (Stutz & Knupfer, 2012, S. 3). Vor diesem Hintergrund ist darauf zu achten, dass insbesondere Frauen, welche solche unentgeltlichen Betreuungsaufgaben leisten, nicht im Alter benachteiligt sind, beispielsweise im Bereich der Altersvorsorge oder bei der eigenen Hilfe und Pflege. Die zeitliche Gesamtbelastung für Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit für Mütter und Väter jüngerer Kinder betrug 2010 durchschnittlich beinahe 70 Stunden pro Woche (Hinweise Schön-Bühlmann). Kommen zusätzliche Pflege- und Hilfeaufgaben hinzu, kommen die Familien an ihre Grenzen. Abhilfe schaffen können Angebote von Non-Profitorganisationen, staatliche Angebote und soweit es finanziell tragbar ist, eine Unterstützung, welche über den Markt abgewickelt wird.

Kommerzielle Agenturen vermitteln über das Internet Arbeitskräfte für Pflege- und Betreuungsdienstleistungen an Privathaushalte, welche von stundenweisen bis zu 24-Stunden-Einsätzen reichen. Die „Pendel-Migrantinnen“ kommen aus dem Osten Europas für einige Wochen oder Monate in die Schweiz, arbeiten und wohnen im Privathaushalt der Betreuten und kehren jeweils für kurze Zeit in ihr Herkunftsland zurück. Diese Arbeitskräfte – oft Frauen über 45 Jahren – haben meist einen legalen aufenthaltsrechtlichen Status, befinden sich aber vielfach in einer arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Grauzone. Insbesondere in der 24-Stunden-Betreuung sind die Arbeitsverhältnisse teilweise sehr prekär (Medici & Schilliger, 2012, S. 17ff.). Der Bundesrat wurde durch ein Postulat beauftragt, zu prüfen, inwiefern die rechtlichen Rahmenbedingungen für Pendelmigrantinnen verbessert werden können (Postulat Schmid-Federer, 12.3266, vgl. 0).

Zur künftigen Herausforderung sagt der Bundesrat in seinen Perspektiven 2025 insbesondere:



„Die demografische Alterung verlangt Solidarität zwischen Alt und Jung und beispielsweise neue Arbeitsmodelle, damit die ältere Generation länger erwerbstätig bleiben kann und die junge Generation Beruf und Familie vereinbaren kann. Ebenso dringend ist die Reform der Sozialwerke und die Schaffung von Strukturen zur besseren Einbindung von qualifizierten Arbeitskräften (insbesondere auch Frauen und Migrantinnen und Migranten) im Arbeitsmarkt (...). Es ist notwendig, über gemeinsame Werte im Rahmen von demokratischen Verständigungs- und Aushandlungsprozessen nachzudenken. Denn gemeinsame Werte stiften Identität (...). Sie schaffen Vertrauen zwischen Bürgern und Staat, begünstigen die Integration und die Förderung der gesellschaftlichen Kohäsion, tragen zur Stärkung der kulturellen Identität bei und helfen der Schweiz, sich sowohl politisch wie auch wirtschaftlich gegenüber dem Ausland und hinsichtlich des internationalen Wettbewerbs zu positionieren.“

Abbildung 7: Auszug Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, 2012, S. 48

Angesichts der neuen gesellschaftlichen Entwicklungen gibt es Lücken im Betreuungsnetz, beispielsweise wenn ein Kind ernsthaft krank ist und längere Zeit betreut werden muss. Wenig vorbereitet ist unsere Gesellschaft auch auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von erwachsenen Angehörigen. Nur wenn Erwerbsarbeit und Betreuungsaufgaben vereinbar sind, gibt es genügend Personen im Erwerbsalter, welche die Pflegeverantwortung für Angehörige übernehmen können. Es ist von gesamtgesellschaftlichem Interesse, dass sich Familienmitglieder für die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen engagierten. Ein Engagement, welches mit persönlichen Beziehungen verbunden ist, trägt stark zu einer hohen Lebensqualität bei. In der heutigen Situation braucht es aber gesellschaftliche Rahmenbedingungen, damit das Potential der einzelnen Familienmitglieder überhaupt zum Tragen kommen kann (Hinweise Thomet; Stutz & Knapfer, 2012, S.17f.).

Es hat ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden. Die Generationensolidarität scheint in weiten Teilen weiterzubestehen. Ist Pflege erforderlich, gibt es aber oft nur einen Sohn oder eine Tochter, welche selber ins Erwerbsleben eingebunden sind. Werden die Rahmenbedingungen nicht verbessert, kann das Potential der familiären Solidarität nicht genutzt werden.

2.4.3 Betriebliche Rahmenbedingungen

Auf Grund der demografischen Veränderungen zeichnet sich in der Schweiz und in Europa ein Fachkräftemangel ab (SECO, 2009). Erhebungen zeigen, dass zwischen 26 bis 46% der Mitarbeitenden von grösseren Unternehmen Erfahrungen in der Pflege, Betreuung und Hilfe für Angehörige haben (Bischofberger, 2012a, S. 23). Verschiedene Schweizer Unternehmen und öffentliche Arbeitgeber haben deshalb in den letzten Jahren eine breit abgestützte betriebliche Familienpolitik entwickelt, die den Beschäftigten neben der beruflichen Tätigkeit auch die Betreuung von Angehörigen ermöglichen soll.¹ Hauptgründe für das Engagement der Unternehmen und öffentlichen Institutionen sind insbesondere die Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden sowie des Know-hows. Die Unternehmen profitieren zudem von ausserberuflich entwickelten Schlüsselkompetenzen wie zum Beispiel Belastbarkeit, Organisationsfähigkeit und Einfühlungsvermögen (Baumann, 2012, S. 14; Mäder, 2011). Die Vereinbarkeitsfrage wird oft unter dem Aspekt des Diversity Managements angegangen. Der Einbezug unterschiedlicher Kompetenzen und Perspektiven steigern die Legitimität sowie das Human- und Wissenspotenzial. Die oft damit verbundene Arbeitszufriedenheit führt zu Stabilität in den Arbeitsteams. Werden diese Werte Teil der Unternehmenskultur, führt dies auch dazu, dass sich das Unternehmen oder die öffentliche Institution als attraktiver Arbeitgeber positionieren kann. Damit kann sich auch eine Vorbildwirkung auf weitere Unternehmen und öffentliche Institutionen entfalten (Ritz & Neumann, 2012, S. 70f.; Eidgenössisches Personalamt, 2010; Seitz, 2011).

Die möglichen betrieblichen Massnahmen gleichen teilweise jenen der Vereinbarkeit von Beruf und gesunden Kindern: flexible Arbeitsformen, Teilzeitmodelle und interne oder externe Kontakt- und Beratungsstellen, welche zum Teil auch Angaben zu regionalen Entlastungsmöglichkeiten vermitteln. Allerdings gibt es auch beträchtliche Unterschiede zwischen der Betreuung gesunder Kinder oder kranken Angehörigen. Bei Kindern nimmt der Betreuungsaufwand im Laufe der Zeit ab. Die Betreuung von schwer kranken oder hochaltrigen Angehörigen ist oft schwer planbar und hat insbesondere auch Auswirkungen auf abrupte Veränderungen des Beschäftigungsgrads (vgl. 2.3). Zudem ist die Kommunikation am Arbeitsplatz über die Situation von kranken oder behinderten Angehörigen anders konnotiert, als wenn über gesunde Kinder und ihre Lebenswelt diskutiert werden kann. Ferner ist die Suche nach Versorgungsarrangements dadurch geprägt, dass kranke oder behinderte Erwachsene massgeblich mitreden und mitentscheiden. Der Aushandlungsprozess verläuft anders als bei der Suche nach einer Kita. Umso wichtiger ist es, dass Angebote und Regeln rund um die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen in der Personalstrategie festgehalten werden und bei Personalgesprächen angesprochen werden (Derrer-Baladore, 2012, S. S. 18ff.). Oft haben Arbeitnehmer und Vorgesetzte Mühe, die Vereinbarkeitsprobleme am Arbeitsplatz zu thematisieren. Einige Unternehmen fördern neben Beratungsstellen auch den informellen Austausch und leisten so einen Beitrag zur gesellschaftlichen Enttabuisierung.

¹ z.B. Swisscom, Bank Coop, Postfinance, Helvetia, Stadtverwaltung Winterthur, Krebsliga Schweiz, Axa Winterthur, GS EDI und EVD.

Flexibilität und Verständnis sind von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite erforderlich. Schliesslich gilt es für die Unternehmen auch qualitativ hochstehende Produkte und Dienstleistungen zu schaffen und dies bei einer hohen Produktivität, um gegenüber der nationalen und internationalen Konkurrenz bestehen zu können (vgl. 2.4.4). Gerade KMUs sind bekannt für flexible und teilweise sehr individuelle Lösungen, haben aber teilweise Mühe, wenn umfassende gesetzliche Regelungen umzusetzen sind

Zur künftigen Herausforderung sagt der Bundesrat in seinen Perspektiven 2025 insbesondere:



„Angesichts der demografischen Perspektiven und des sich abzeichnenden Fachkräftemangels (...) müssen darüber hinaus günstige Rahmenbedingungen für eine möglichst hohe Arbeitsmarktbeteiligung der Bevölkerung geschaffen werden. Dies bedingt (...) neue Arbeitsmodelle, damit die ältere Generation länger erwerbstätig bleiben kann, sowie Anstrengungen für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, beispielsweise durch Sicherstellung familienexterner Betreuungsmöglichkeiten für Kinder im Schul- und Vorschulalter oder durch familienfreundliche Arbeitsbedingungen.“

Abbildung 8: Auszug Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, 2012, S. 48

Um einem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften entgegenzuwirken sind Anstrengungen für eine bessere Vereinbarkeit erforderlich. Die Arbeitswelt ist für die Sensibilisierung aus gesellschaftlicher Sicht sehr wichtig, weil Personen aus allen sozialen Gruppen angesprochen werden können.

Für die Unternehmen ist es wichtig, trotz der demografischen Alterung über genügend gut ausgebildete Fachkräfte zu verfügen. Einige Unternehmen haben deshalb bereits begonnen, die Vereinbarkeitsfrage auch unter dem Aspekt pflegender Angehöriger zu behandeln. Die Arbeitswelt spielt auch eine wichtige Rolle bei der Information, der Sensibilisierung, der Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen sowie der Verbesserung der Datengrundlagen.

2.4.4 Volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen

Work and Care“ hat Bezüge zum volkswirtschaftlichen Faktor Arbeit, daher werden im Folgenden die volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen näher betrachtet. Die Höhe des realen BIP stellt ein wichtiges Mass dar für wirtschaftlichen Wohlstand. Das Wachstum des realen BIP, d.h. seine Entwicklung über eine längere Zeit, ist ein wichtiges Mass für den wirtschaftlichen Fortschritt (Mankiw & Taylor, 2008, S. 605). Obwohl das BIP pro Kopf sehr hoch ist, liegt die Schweiz bezüglich Zuwachsrates des realen BIP hinter 18 anderen Industriestaaten und fällt immer mehr zurück (SECO, 2008, S. 8).

Das SECO hat 2002 einen analytische Ansatz entwickelt, der den nachfolgenden Wachstumsberichten zu Grunde gelegt wurde. Er zeigt in einer vereinfachten Darstellung auf, welche Faktoren das erwünschte Wachstum begünstigen (Hinweis Ragni und SECO, 2008, S. 9) (vgl. Abbildung 9).

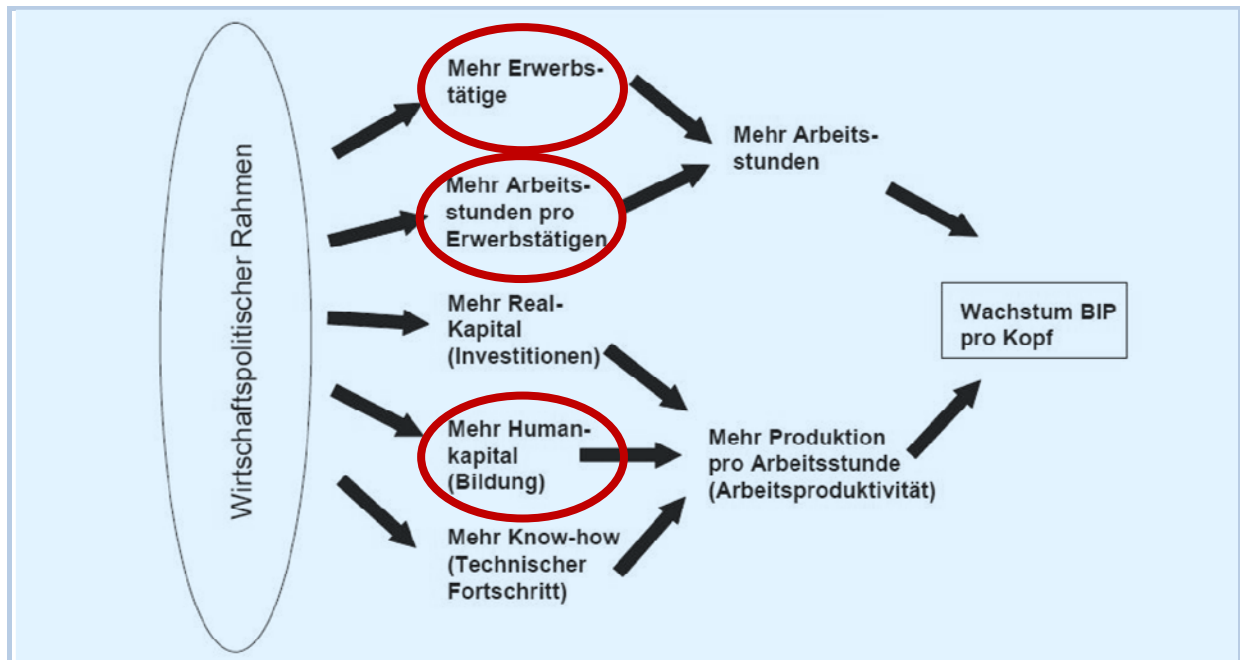


Abbildung 9: Quellen des Wachstums – Quelle: SECO, 2008, S. 9

Vor dem Hintergrund von „Work and Care“ sind folgende Aspekte des Wachstumsmodells von Bedeutung: mehr Erwerbstätige (hohe Erwerbsquote), mehr Arbeitsstunden pro Erwerbstätige (hohe Normalarbeitszeit, hohe Arbeitspensen) und mehr Humankapital (Berufserfahrung, Aus- und Weiterbildung).

Einen besonders wichtigen Einfluss auf die volkswirtschaftliche Entwicklung hat auch das Bevölkerungswachstum (Mankiw & Taylor, 2008, S. 624). Die demografische Alterung und die Tatsache, dass der erwerbstätige Bevölkerung immer mehr Rentenbeziehende gegenüber stehen, wird Auswirkungen auf alle Politikbereiche haben (BK, 2012, S. 53). Während Ende 2008 vier Personen im erwerbsfähigen Alter waren, die einer Person im Pensionsalter gegenüberstand, werden gemäss „mittlerem Szenario“ Ende 2060 nur noch zwei Personen im Erwerbsalter einer Person im Pensionsalter gegenüberstehen (BFS, 2010, S. 22) (vgl. auch 2.4.1). Wirtschaftlich positiv wirkt sich auch die gesellschaftliche Kohäsion und die politische Stabilität aus (BK, 2012, S. 47 und 52). Auch der Gesundheitszustand der Bevölkerung kann langfristig betrachtet ein wichtiger Einflussfaktor für das Wirtschaftswachstum darstellen, denn gesündere Arbeitskräfte sind produktiver (Mankiw & Taylor, 2008, S. 620). In jüngerer Zeit wurde auf verschiedener Ebene gefordert, dass das BIP als Indikator für Wohlfahrt zu ergänzen sei. Ziel dieser Initiativen ist es unter anderem, ein Indikatorensystem zu entwickeln, welches die drei Säulen Gesellschaft, Umwelt und Wirtschaft stärker miteinander in Beziehung setzt. Bei den neu entwickelten Indikatoren handelt es sich um Themen wie Lebensqualität und Lebensbedingungen, die materielle Situation der privaten Haushalte, Aspekte des Arbeitsmarktes an der Schnittstelle zwischen Wirtschaft und Gesellschaft, die Bildung und Gesundheit der Bevölkerung, Fragen zur Mobilität und zur Situation der Umwelt und schliesslich auch Aspekte der volkswirtschaftlichen Entwicklung des Landes (BFS, 2012a). Insgesamt liefert die Schweiz auch im internationalen Vergleich hinsichtlich wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, sozialem Fortschritt und Umweltverträglichkeit ein gutes Bild (ibidem).

Zur künftigen Herausforderung sagt der Bundesrat in seinen Perspektiven 2025 insbesondere:



„Angesichts (...) des sich abzeichnenden Fachkräftemangels (...) müssen (...) günstige Rahmenbedingungen für eine möglichst hohe Arbeitsmarktbeteiligung der Bevölkerung geschaffen werden. (...) Dabei ist die Bildung und Forschung zentral für den Erhalt der wirtschaftlichen Innovationskraft.“

Abbildung 10: Auszug Perspektiven 2025 – Quelle: nach BK, 2012, S. 48; S. 47

Die Stärkung der Solidarität zwischen den Generationen, wie dies auf der Mikroebene bei der Pflege durch Angehörige und Freiwillige geschieht, kann die gesellschaftliche Kohäsion, die für politische Stabilität von Bedeutung ist, festigen und gemeinsame Werte unterstreichen.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht wäre es somit wichtig, dass möglichst viele Erwerbstätige möglichst gut ausgebildet sind und unter guten Arbeitsbedingungen (die der Gesundheit förderlich sind) möglichst hohe Arbeitspensen während möglichst langer Zeit innehaben.

2.4.5 Schlussfolgerungen

Die demografischen Veränderungen werden dazu führen, dass es auch Veränderungen bei den unterschiedlichen Formen der formellen und informellen Arbeit geben wird. Welche Aufgaben werden künftig von den Haushalten, von NGOs, vom Staat oder über den Markt abgewickelt? Wo sind entsprechende Ressourcen vorhanden? Mit dem Modell von Razavi kann dieses Spannungsfeld aufgezeigt werden (vgl. Abbildung 11).

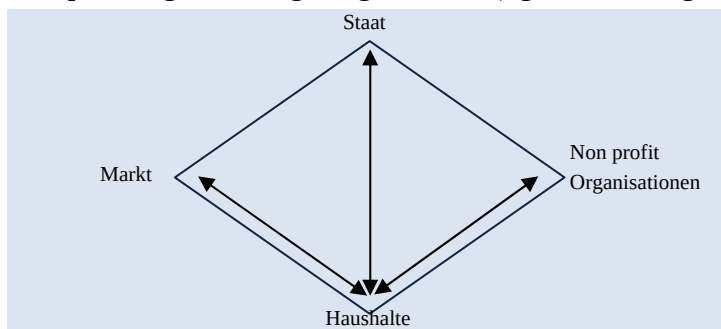


Abbildung 11: Akteure in der häuslichen Hilfe und Pflege – Quelle: nach Razavi, 2007 – eigene Darstellung

Die hohe Arbeitsmarktbeteiligung ist aus demografischen, gesellschaftlichen und betrieblichen Gründen wichtig. Damit werden auch zukünftig immer weniger Personen (insbesondere Frauen) für Pflege- und Betreuungsarbeiten in der Familie auf Abruf bereit stehen.

Sowohl auf öffentlicher als auch auf betrieblicher und privater Ebene sind Lösungen gefragt, welche die Vereinbarkeit in der Arbeitswelt verbessern und das zivilgesellschaftliche Engagement erhöhen. Die hohe Nachfrage nach Arbeitskräften in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und im familiären Umfeld wird zu Zielkonflikten führen, welche auch politisch auszuhandeln sind.

2.5 Stakeholder

Im Folgenden sollen die wichtigsten Stakeholder identifiziert werden, welche für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege von Bedeutung sind.

Als Stakeholder oder Akteur gilt jede natürliche oder juristische Person, welche durch ihre bloße Existenz zum gesellschaftlichen Umfeld gehört, das für eine bestimmte Politik von Bedeutung ist (Knoepfel et al., 2011, S. 61). Im modernen Gewährleistungsstaat ist der Staat nicht allein für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben zuständig. Gemäss dem Grundsatz der Subsidiarität konzentriert sich der Staat auf seine Kernaufgaben, fördert aber als Koordinator und Moderator die gesellschaftliche Verantwortungsübernahme der unterschiedlichen Gruppen sowie die Zusammenarbeit verschiedener öffentlicher und privater Akteure zur Erreichung gemeinsamer Ziele. Der Staat wird zu einem von mehreren Akteuren im politischen System (Thom & Ritz, 2008, S. 11; Lienhard, S. 51). Er schafft vor allem Voraussetzungen dafür, dass der Staat, die Privaten oder beide gemeinsam die gewünschten Ziele erreicht (Müller, 2006, S. 37).

Die Schweiz hat eines der komplexesten Gesundheitssysteme der Welt (Poledna & Berger, 2002, S. 3). Die politischen, strukturellen und rechtlichen Grundlagen sind stark fragmentiert und doch miteinander verflochten (Achtermann & Berset, 2006, S. 19). Dies zeigt sich auch bei der Stakeholderanalyse der Angehörigenpflege. Die Stakeholder-Analyse wurde zunächst intuitiv vorgenommen. Anschliessend wurde ein auf Vollständigkeit ausgerichteter Gegencheck gemacht, in dem die Umwelt relativ systematisch aufgegliedert wurde (vgl. Müller-Stewens & Lechner, 2011, S. 160ff.). Für diesen Schritt wurde das Modell von Bischofberger & Lademann herangezogen und um den Aspekt des Sozialversicherungssystems erweitert (vgl. Abbildung 12).

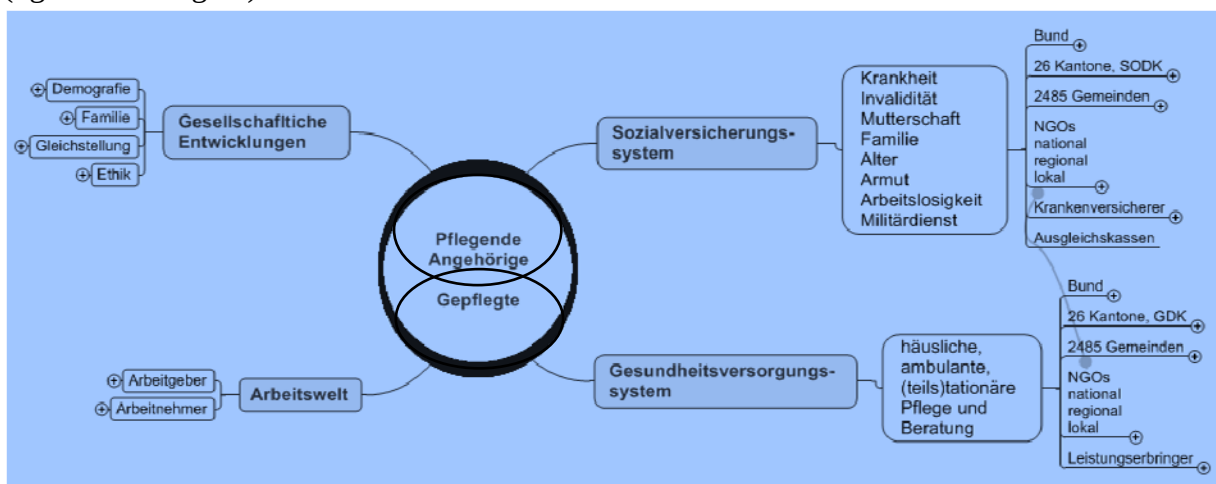


Abbildung 12: Stakeholderanalyse – Quelle: nach Bischofberger et al.; eigene Ergänzungen; eigene Darstellung

Neben dem Bund, den 26 Kantonen und 2495 Gemeinden erfüllen auch die Kostenträger (z.B.: Sozialversicherungen, Krankenversicherungen) sowie verschiedene Leistungserbringer, NGOs, kirchliche Institutionen, Freiwillige, Nachbarn und Angehörige einen wichtigen Beitrag. Besonders zahlreich sind die Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung, mit welchen pflegende Angehörige konfrontiert sein können: z.B. Spitexdienste, Spitäler, Tages-, Nacht-, Übergangsstrukturen, Pflege- und Altersheime, Hausärzte, Spezialärztinnen, Apotheker, Logopäden, Physio- und Ergotherapeutinnen, Fusspfleger sowie NGOs, welche spezifische Dienstleistungen anbieten. Die fragmentierten und kleinteilig organisierten Leistungserbringer, sind zwar oft nahe am Gemeinwesen, wo potentielle Leistungsbezüger wohnen, be-

scheren insbesondere den pflegenden Angehörigen aber viel Koordinations- und Kommunikationsaufwand. Insbesondere wenn unvermittelt ein Krankheitsfall oder eine Verschlechterung erfolgt, ist es oft unmöglich in der erforderlichen Zeit einen Überblick zu erhalten, zudem fehlen auch Angaben über die Versorgungsqualität. Obwohl verschiedene Organisationen teilweise sehr gut und effizient miteinander arbeiten, besteht an vielen Orten eine gewisse Konkurrenz um öffentliche Subventionen und Leistungsverträge.

Die Stakeholder der pflegenden Angehörigen sind zahlreich, stark fragmentiert und doch miteinander verflochten.

Die Rollen von Bund, Kantonen und Gemeinden und ihre Beziehungen zu weiteren Akteuren müssen mit den rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug gesetzt werden (vgl. Kapitel 2.6). Angesichts der hohen Fragmentierung müsste bei der Planung von Massnahmen gute Steuerungsmöglichkeiten angedacht werden (vgl. Steuerung durch den Kanton, Kapitel 3.1).

2.6 Rollen von Bund, Kantonen, Gemeinden und weiteren Akteuren

Im Folgenden soll die Aufgabenteilung von Bund, Kantonen, Gemeinden und weiteren Akteuren näher angeschaut werden, um aufzuzeigen, wer in welchem Bereich Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege umsetzen bzw. steuern kann.

2.6.1 Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen

Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kanton ist so ausgestaltet, dass der Bund eine bestimmte Aufgabe nur gestützt auf eine konkrete Einzelermächtigung in der Bundesverfassung übernehmen kann (Art. 42 BV; Tschannen, 2011, S. 277). Im Übrigen bestimmen die Kantone, welche Aufgaben sie im Rahmen ihrer Zuständigkeiten erfüllen (vgl. Art. 43 BV). Bei der Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben ist wie bereits erwähnt der Grundsatz der Subsidiarität zu beachten (Art. 5a BV; Tschannen, 2011, S. 280). Der Bund übernimmt nur Aufgaben, welche die Kraft der Kantone übersteigen oder einer einheitlichen Regelung durch den Bund bedürfen. Dies gilt auch für Massnahmen zur Verbesserung von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen. Traditionell ist das Gesundheitswesen im Kompetenzbereich der Kantone. Der Bund besitzt jedoch in Teilbereichen wichtige Schlüsselkompetenzen, welche zumeist im KVG verankert sind (Poledna & Berger, 2002, S. 11ff.). Hinzu kommen noch die Kompetenzen des Bundes im Bereich der Sozialversicherung, welche ebenfalls teilweise Auswirkungen auf pflegende Angehörige haben sowie die Regelungen im Arbeits- und Obligationenrecht, welche die Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt mitgestalten.

Der neue Finanzausgleich mit dem u.a. der Föderalismus gestärkt und Aufgaben von Bund und Kantonen entflochten wurden, hat auch die Grundsätze „wer zahlt, befiehlt“ und „wer profitiert, bezahlt“ (Grundsatz der fiskalische Äquivalenz) verfassungsrechtlich verankert (Bundesrat, 2002, S. 2459). Diese Grundsätze wurden insbesondere auch mit der Neuregelung der Pflegefinanzierung, welche 2011 in Kraft trat, umgesetzt (Bundesrat, 2005a, S. 2083ff.).

Die Kosten einer staatlichen Leistung trägt das Gemeinwesen, in dem der Nutzen einer staatlichen Leistung anfällt, dafür soll es auch über die Leistung bestimmen können (Art. 43a BV) (vgl. Abbildung 13).

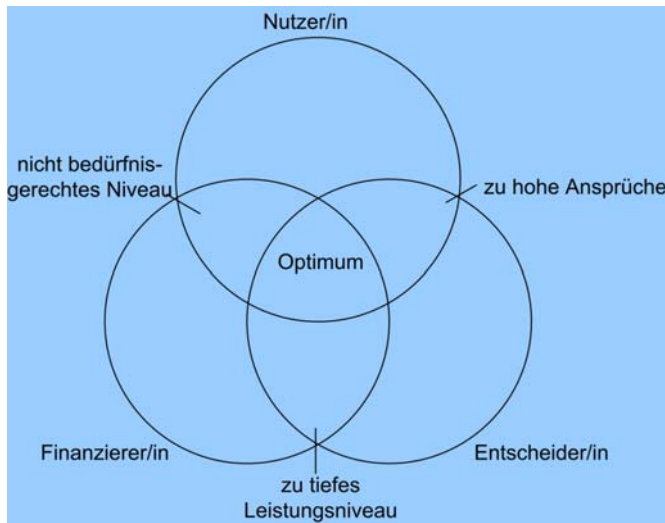


Abbildung 13: Ökonomisches Äquivalenzprinzip - Quelle: nach Schedler, 2012

Bei einer Reihe von Aufgabenbereichen konnte keine Entflechtung vorgenommen werden, da diese Aufgabenbereiche weder der integralen Verantwortlichkeit des Bundes noch derjenigen der Kantone unterstellt werden konnten (Bundesrat, 2002, S. 2335). Bei Verbundaufgaben teilen sich Bund und Kantone Verantwortung und Finanzierung wie z.B. bei den existenzsichernden Ergänzungsleistungen (vgl. 2.7.5). Leistungsziele, sowie Art und Umfang der Finanzierung, können insbesondere auch in Programmvereinbarungen zwischen Bund und Kantonen geregelt werden. Der Bund entschädigt die Kantone mit Globalbeiträgen und überprüft die Zielerreichung (Häfelin & Haller, 2012, S. 395; Bundesrat, 2002, S. 2345). Wenn möglich wurde auch bei Verbundaufgaben eine Teilentflechtung vorgenommen. Beispielsweise ist der Bund zuständig für die individuellen Leistungen der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die individuelle Leistungen der Invalidenversicherung (IV) oder die Unterstützung der Betagten- und Behindertenorganisationen mit gesamtschweizerischer Tätigkeit. Die Kantone dagegen sind im Rahmen einer Teilentflechtung zuständig für Heim- und Pflegekosten, die Ergänzungsleistungen, welche in einem Zusammenhang mit Heim- oder Gesundheitskosten stehen sowie für die Unterstützung der Hilfe und Pflege zu Hause (Bundesrat, 2002, S. 2336ff. und 2436; 2005, S. 2083ff.). Die Kantonalisierung einer Aufgabe bedeutet jedoch nicht, dass sich der Bund in jedem Fall vollumfänglich zurückziehen muss. Vielmehr ist es denkbar, dass er je nach Aufgabenbereich im Interesse einer minimalen Harmonisierung gewisse Leitplanken, beispielsweise durch gesamtschweizerische Strategien, setzen kann. Diese wären jedoch strikt auf das Minimum zu beschränken und würden lediglich Rahmenvorschriften beinhalten (Bundesrat, 2002, S. 2337). Gesamtschweizerische Strategien im Bereich Gesundheit werden in der Regel über den Dialog Nationale Gesundheitspolitik umgesetzt, eine gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, durch welcher aktuelle Herausforderungen in ausgewählten Themenbereichen koordiniert werden.

Der Bund hat in folgenden Bereichen mit Bezugspunkten zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen eine Verfassungsgrundlage.

BV-Artikel	Inhalt	Wirkung
Art. 7 BV	Menschenwürde	Grundrecht
Art. 8 Abs. 2 BV	Diskriminierungsverbot	Grundrecht
Art. 10 Abs. 2 BV	Selbstbestimmung	Grundrecht
Art. 41 Abs. 1 Bst. b	Sozialziel in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und Initiative	Sozialziel, Wirkung auf Gesetzgeber
Art. 110 BV	Schutz der Arbeitnehmer, Verhältnis Arbeitnehmer-Arbeitgeber, Arbeitsvermittlung, Gesamtarbeitsverträge	Gesetzgebungskompetenz
Art. 111 BV	Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, berufliche Vorsorge, Selbstvorsorge	Gesetzgebungskompetenz
Art. 112 BV	Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung	Gesetzgebungskompetenz
Art. 112a BV	Ergänzungsleistungen	Gesetzgebungskompetenz
Art. 112b Abs. 1 und 3 BV	Ausrichtung von Sach- und Geldleistungen zur Förderung der Eingliederung Invaliden	Gesetzgebungskompetenz
Art. 112b Abs. 2 BV	Ausrichtung an Bau und Betrieb von Institutionen zur Förderung der Eingliederung Invaliden	Delegationsnorm zu Gunsten der Kantone (Teilentflechtung)
Art. 112c Abs. 1 BV	Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause	Delegationsnorm zu Gunsten der Kantone (Teilentflechtung)
Art. 112c Abs. 2 BV	Unterstützung gesamtschweizerischer Bestrebungen zu Gunsten von Betagten und Behinderten zu Hause	Gesetzgebungskompetenz
Art. 113 BV	Berufliche Vorsorge	Gesetzgebungskompetenz
Art. 114 BV	Arbeitslosenversicherung	Gesetzgebungskompetenz
Art. 115 BV	Unterstützung Bedürftiger	Kantonale Zuständigkeit, Gesetzgebungskompetenz im Bereich Ausnahmen und Zuständigkeiten
Art. 116 BV	Unterstützung von Massnahmen zu Gunsten der Familie, Familienzulage, Mutterschaftsversicherung ²	Gesetzgebungskompetenz
Art. 117 BV	Kranken- und Unfallversicherung	Gesetzgebungskompetenz
Art. 122 Abs. 1 BV	Zivilrecht (inkl. Obligationenrecht)	Gesetzgebungskompetenz

Tabelle 3: Verfassungsgrundlagen des Bundes mit Bezug zur Angehörigenpflege – Quelle: nach BV

Während der Bund somit einen Teil der Bereiche mit Bezugspunkten zur Angehörigenpflege insbesondere im Rahmen des Arbeitsgesetzes, des Obligationenrechts, des Krankenversicherungsgesetzes und des Sozialversicherungsgesetzgebung regelt, haben die Kantone wichtige Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung sowie im föderalistischen Vollzug der Bundesgesetzgebung. Der Bereich Langzeitpflege und Spitex sowie der Vollzug im Bereich Sozialhilfe (Existenzminimum) wird in vielen Kantonen sogar auf Gemeindeebene vorgenommen (Kocher, 2010, S. 137ff.; OECD, 2011a, S. 45).

2.6.2 Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden

Die Kantone haben die Möglichkeit, alles oder Teile der Kompetenzen mit Berührungspunkten zur Pflege von Angehörigen an die Gemeinden zu delegieren. In der Mehrheit der Kantone wurde dieser Bereich zwischen dem Kanton und den Gemeinden aufgeteilt (AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, JU, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VS). Bei der Aufteilung zwischen Kanton und Gemeinden wurden sehr unterschiedliche Modelle gewählt. Delegiert an die Gemeinden wurden je nach dem der Bereich ambulante Pflege stationäre Pflege, Tages- und

² Unter Familie werden nach bisheriger Umschreibung nur Eltern und ihre gesunden Kinder gefasst.

Nachtstrukturen, Akut- und Übergangspflege (vgl. auch SGK-N, 2012). In vier Kantonen liegt die Zuständigkeit ausschliesslich beim Kanton (AI, GE, NE, VD). In fünf Kantonen liegt die Zuständigkeit ausschliesslich bei den Gemeinden (GR, LU, OW, ZG, ZH) (BAG, 2011, S. 3). Insbesondere bei der Formulierung von Massnahmen (Empfehlungen) für pflegende Angehörige muss man sich bewusst sein, dass die örtlichen Anknüpfungspunkte unterschiedlich sind.

Eine grosse Anzahl von Gemeinden (insbesondere Städte, Gemeindeverbände und grössere Gemeinden) haben in den letzten Jahren im Rahmen von Alterskonzepten oder -leitbildern Strategien und Massnahmen entwickelt, in denen auch die Unterstützung pflegender Angehöriger thematisiert wird.³ Pflegende Angehörige werden als wichtige Ressource in der Gesundheitsversorgung wahrgenommen, welche durch die demografische Entwicklung in den kommenden Jahren stark unter Druck gerät. Viele Kantone verfolgen eine Versorgungsstrategie „ambulant vor stationär“, einerseits um den Wunsch der Pflegebedürftigen nach möglichst langem Verbleiben in den eigenen vier Wänden zu entsprechen, aber auch um knappe Ressourcen so wirtschaftlich wie möglich zu nutzen. Pflegende Angehörigen leisten einen wichtigen Beitrag, damit der Eintritt in ein Pflegeheim hinausgeschoben werden kann. Gleichzeitig ist aber auch die Gesundheit der pflegenden Angehörigen im Fokus der Kantone: es soll vermieden werden, dass sie wegen der hohen Belastung selber krank werden. In einigen Kantonen wird der Aspekt der Pflege von Angehörigen mit Demenz besonders hervorgehoben, was zur Konzeption von speziellen Dienstleistungen und Angeboten geführt hat.

In einer Studie aus dem Jahr 2010 gaben die meisten Kantone an, das Thema pflegende Angehöriger auf der Agenda zu haben (Martin & Moor, S. 46ff.). Fast alle Kantone weisen auf die Wichtigkeit der Schaffung von Entlastungsangeboten hin. Einerseits wird die Spitex gestärkt, andererseits werden semistationäre Angebote (z.B. Tagesstrukturen, Nachtstrukturen, Ferienbetten, Notfalllösungen, Übergangsstrukturen) in die Versorgungsplanung aufgenommen. Diese werden oft durch Langzeitpflegeinstitutionen angeboten. Verschiedene Kantone haben auch erkannt, dass es wichtig wäre, eine Anlaufstelle zu schaffen, welche Informationen und Angebote vermitteln kann. Einzelne Angebote werden mit Beratung oder Hausbesuchen verbunden, damit ein möglichst tragfähiges Pflegearrangement gefunden werden kann. Verschiedene öffentliche Akteure haben Organisationen wie das SRK oder pro Senectute über Leistungsverträge in die Bereitstellung des Angebots integriert. Diverse Kantone erwähnen auch die Freiwilligenarbeit als zusätzliche Ressource einerseits für die Gesundheitsversorgung und andererseits für die Unterstützung pflegender Angehöriger. Einige Kantone zahlen Pflegebeiträge oder Pflegepauschalen an pflegende Angehörige. Eine Anzahl Kantone fördert Bildungsangebote oder Selbstmanagementskurse für pflegende Angehörige sowie für Freiwillige, mit der Argumentation, dass zusätzliche Kompetenzen die Qualität der Betreuung steigern. Andererseits werde auch ein Bewusstsein geschaffen, wann es beispielsweise ange-

³ Z.B. Stadt Zürich: <http://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/gud/Deutsch/Alter/Altersstrategie.pdf>; Stadt Bern: http://www.bern.ch/leben_in_bern/gesundheit/pensionierung/betreuendeangeh, eingesehen am 16.7.2012, Stadt St. Gallen http://www.stadt.sg.ch/home/soziales_und_sicherheit/gesellschaftsfragen/alter1/pflegende_angehoerige.html, Kanton Luzern: http://www.disg.lu.ch/alter_altersleitbild_2010.pdf

zeigt sei, externe Dienstleistungen anzunehmen bzw. das Betreuungssetting zu verändern, beispielsweise von ambulanten zu teilstationären Leistungen überzugehen (Moor & Aemisegger, 2011). In der Regel liegt der Fokus auf den pflegenden Angehörigen als Ressource in der Gesundheitsversorgung. Der Bezug zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege wird selten gemacht. Genauere und aktuellere Einzelheiten müssten beispielsweise über eine Befragung bzw. durch eine Bestandes- und Bedarfsaufnahme in den Kantonen und ausgewählten Gemeinden erhoben werden.

Die Kantone und teilweise die Gemeinden spielen eine sehr wichtige Rolle für pflegende Angehörige. Im Rahmen ihrer Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung können sie die Bevölkerung informieren und auch entsprechende Entlastungsangebote vorsehen.

2.6.3 Die Rolle von NGOs, Spitex und semistationären Einrichtungen

Eine wichtige Rolle bei der Unterstützung pflegender Angehöriger spielen auch viele gemeinnützige Organisationen (NGOs), in denen zahlreiche Mitarbeitende ehrenamtlich tätig sind. Zu den bekanntesten gehören SRK⁴, pro Senectute Schweiz⁵, die Schweizerische Alzheimervereinigung⁶ pro infirmis⁷ und pro Juventute⁸. Sie bieten insbesondere Entlastungsdienste, Tageszentren, Informations- und Beratungsangebote und Kurse an. Mit vielen von ihnen haben der Bund, auf gesamtschweizerischer Ebene, oder Kantone bzw. Gemeinden, auf kantonaler bzw. lokaler Ebene, Leistungsverträge abgeschlossen.

Der Bund unterstützt mit Leistungsverträgen gesamtschweizerisch tätige Institutionen gestützt auf verschiedene gesetzliche Grundlagen (Hinweise Aeschbacher und BSV, 2011). Je nach Tätigkeitsbereich der Organisation ist dies Art. 101bis AHVG⁹, Art. 74 IVG und Art. 17ff. ELG. Im Rahmen der Teilentflechtung durch den Neuen Finanzausgleich wurden beispielsweise die Förderung durch den Bund auf der Grundlage von Art. 101bis AHVG neu geregelt. Aufgaben wie Koordination, Aus- und Weiterbildung von Aushilfspersonal oder Freiwilligen werden aus dem AHV-Fonds finanziert. Die von den NGO's angebotenen Entlastungsdienste, werden von den Kantonen subventioniert.¹⁰

NGOs spielen als gemeinnützige Institutionen eine sehr wichtige Rolle bei der physischen und psychischen Unterstützung pflegender Angehöriger. Teilweise sind sie auch in Bereichen

⁴ <http://www.redcross.ch/activities/social/care/index-de.php>, eingesehen am 20. Juli 2012

⁵ <http://www.pro-senectute.ch/>, eingesehen am 20. Juli 2012

⁶ <http://www.alz.ch/index.php/fuer-angehoerige.html>, eingesehen am 20. Juli 2012

⁷ <http://www.proinfirmis.ch>, eingesehen am 22. Oktober 2012

⁸ z.B. http://www.projuventute.ch/Detailsansicht-Pressemitteilung.136.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=438&cHash=54bf74c516ab4591a2713c0e7ea0e991 eingesehen am 20.7.2011

⁹ Aktuell hat der Bund auf der Grundlage von Art. 101bis AHVG Leistungsverträge abgeschlossen mit Curaviva, Pro Senectute Schweiz, Schweizerische Alzheimervereinigung, Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie, Schweizerische Parkinsonvereinigung, Schweizerisches Rotes Kreuz, Spitex Verband Schweiz, Verein Schweizerischer Seniorenrat); vgl.

http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00068/index.html?lang=de#sprungmarke0_10

¹⁰ BSV, Strategie für eine Schweizerische Alterspolitik, 2007

tätig, welche nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt sind, z.B. im Bereich von hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen, Fahrdiensten, Mahlzeitendiensten oder bei der finanziellen Unterstützung in besonderen Fällen.

Die Angebote der NGOs sind ein wesentlicher Bestandteil der Information, Begleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger. Der Bund unterstützt eine Anzahl gesamtschweizerisch tätige NGOs durch Leistungsverträge. In die Gesundheitsversorgung von Kantonen und Gemeinden sind sie oft über Leistungsverträge eingebunden.

2.6.4 Informelle Hilfeleistungen

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 erhielten 8% der Bevölkerung oder rund 500'000 Personen in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen Hilfe von Verwandten und Bekannten oder Nachbarn. Laut den Empfängerinnen und Empfängern handelt es sich bei der erhaltenen Hilfe in den meisten Fällen (mehrere Antworten möglich) um Einkäufe (71%), Hilfe im Haushalt (66%), Mahlzeiten (41%), Fahrdienste (34%) und Kranken- oder Körperpflege (29%). Partnerinnen und Partner erbringen 50%, Töchter oder Söhne 46%, Vater oder Mutter 22% und die übrigen Familienmitglieder 27% der informellen Hilfeleistungen (dabei sind Mehrfachnennungen möglich). Der Beitrag von Nachbarn, Bekannten und Freunden ist mit 36% ebenfalls bedeutend. Ein Vergleich zwischen 2002 und 2007 zeigt tendenziell einen Rückgang dieser %-Anteile (Hinweise Schön-Bühlmann; BFS, SGB, 2009).

Im Vergleich dazu wurden 2010 3,3% der Wohnbevölkerung oder rund 263'000 Personen in Privathaushalten durch die Spitex betreut. Diese Leistungen werden insbesondere von Personen ab 65 Jahren in Anspruch genommen: Obwohl die 80-jährigen und älteren Personen nur 5% der Bevölkerung ausmachen, werden mehr als die Hälfte aller Stunden für diese Altersgruppe verrechnet. Die Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Geschlecht zeigt, dass ungefähr zwei Drittel Frauen sind (68%). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Frauen ihre älteren Männer pflegen, so dass für diese weniger Spitex-Hilfe beansprucht wird. Bei den über 80-Jährigen erklärt zudem die höhere Lebenserwartung der Frauen die Differenz zu den Männern. Spitexdienste werden sehr oft in Kombination mit privater Unterstützung durch Verwandte und Bekannte genutzt (Hinweise und Berechnungen Schön-Bühlmann; BFS SGB, 2009, BFS Spitexstatistik, 2011, Höpflinger, 2011, S. 90ff.).

Die informelle Pflege und Hilfe stellt ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsversorgung dar. Sie ist eher rückläufig. Sehr oft wird sie mit Spitex kombiniert.

2.6.5 Schlussfolgerungen

Diese Analyse zeigt sehr gut, dass für den Bereich Angehörigenpflege die gleiche Analyse zutrifft wie gemäss OECD für das gesamte Schweizer Gesundheitssystem. Der Föderalismus mit den 26 Kantonen, von denen jeder einzelne eine wesentliche Rolle für die Gesundheit

seiner Bevölkerung spielt, hat Stärken im Bereich der Innovation und lokalen Flexibilität. Die Kompetenzaufteilung zwischen Kantonen und Bund kann bisweilen auch zu einem Mangel an politischer Führung und an Willen, das Schweizerische Gesundheitssystem zu reformieren, führen. Während der Bund bedeutende Zuständigkeiten im Bereich der Regulierung des gelenkten Wettbewerbs (z.B. Krankenversicherer, Leistungserbringer) hat, fehlen ihm die Instrumente für systemweite Verbesserungen (OECD, 2011, S. 17).

Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen durch den Bund können kurz- und mittelfristig nur in jenen Bereichen erfolgen, in denen der Bund eine Verfassungsgrundlage hat. Kurz- bis mittelfristig angesetzt werden könnte bei bestehenden Gesetzen wie dem KVG (z.B. Übernahme von Leistungen durch die Krankenversicherung), beim AHV- und IVG (z.B. Koordination der NGOs über Leistungsverträge; Betreuungsgutschriften). In vielen anderen Bereichen kann der Bund Empfehlungen an Kantone oder Gemeinden, an NGOs, an die Arbeitswelt, die Gesellschaft oder an die pflegenden Angehörigen selbst richten und über die besonderen Herausforderung informieren. In Zusammenarbeit mit den Kantonen kann der Bund auch koordinierend wirken und beispielsweise entsprechende Strategien entwickeln oder Anreize setzen. Allerdings setzen ihm bei den finanziellen Anreizen die Grundsätze des NFA auch bestimmte Grenzen.

Tragfähige und nachhaltige Massnahmen kann der Bund nur gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren umsetzen (Kantone, Gemeinden, Zivilgesellschaft, je nachdem auch Leistungserbringer und Kostenträger). Seine Verfassungsgrundlagen sind beschränkt, er kann informieren und sensibilisieren, Ansatzpunkte gibt es auch im Sozialversicherungsrecht oder im Arbeitsrecht. Im Rahmen einer nationalen Strategie könnte eine übergreifende Steuerung oder die Lancierung von wegweisenden Pilotprojekten vorgesehen werden.

Es wurden zwei Kantone näher angeschaut (vgl. Kapitel 3.2), welche mit Instrumenten des New Public Managements eine wirkungsorientierte Steuerung zwischen Verwaltungseinheiten, Leistungserbringern und NGOs vorgesehen haben. Wo und inwiefern eine Steuerung des Bundes möglich und sinnvoll ist, wird sich bei der Auswahl der einzelnen Massnahmen zeigen. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Aufgabenteilung wird zu überlegen sein, welche Formen für die Umsetzung von Massnahmen gewählt werden können. Erst im Einzelfall kann abgeschätzt werden, ob Information, Forschungsförderung, Empfehlungen, Selbstregulierung, Anreize, Strategien, Planungen, Leistungen, Verbote oder Gebote zur angestrebten Zielerreichung führen könnten (vgl. auch Müller, 2006, S. 264ff.).

2.7 Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen auf Bundesebene

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche Regelungen, die Berührungspunkte zur Situation der pflegenden Angehörigen haben, der Bund bereits vorgenommen hat.

2.7.1 Beitrag der Krankenversicherung an Pflegeleistungen

Gemäss Art. 25a KVG leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, in Tages- und Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. Es werden bestimmte, in Art. 7 KLV aufgezählte Pflegeleistungen vergütet, wie z.B. Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege. So ist es bei Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen möglich, dass bei der Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfelds (Abs. 2 Bst. a KLV Ziff. 1), bei der Beratung der nichtberuflich an der Krankenpflege Mitwirkenden (Abs. 2 Bst. a Ziff. 2) oder bei der Koordination in instabilen Pflegesituationen (Abs. 2 Bst. a Ziff. 3) auch Leistungen im Zusammenhang mit der Angehörigenpflege übernommen werden. Es gelten Beiträge, welche differenziert nach dem Pflegebedarf festgelegt wurden. Anders als im Akutspital gehören Kosten für Betreuung, Unterkunft und Verpflegung nicht zu den nach KVG vergüteten Leistungen (Bundesrat, 2005a, S. 2041ff.).

2.7.2 Hilflosenentschädigung

Die verschiedenen Sozialversicherungen gewähren in bestimmten Fällen Pflegeversicherungsleistungen in Form von Hilflosenentschädigungen (HE). Hilflos ist, wer wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Gemäss Art. 43^{bis} können in der Schweiz lebende Altersrentnerinnen und -rentner eine HE geltend machen, wenn sie in leichtem, mittelschwerem oder schwerem Grad hilflos sind (Art. 43^{bis} AHVG). Hilflosenentschädigungen gibt es auch nach Art. 42ff. IVG, nach Art. 20 MVG oder nach Art. 26f. UVG.

2.7.3 Assistenzbeitrag für Invalide

Zur Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderung wurde mit Art. 42^{quater} IVG der Assistenzbeitrag eingeführt. Behinderte Personen, welche zu Hause leben, haben innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen Anspruch auf einen Geldbetrag, mit dem sie eine Hilfskraft (Assistenzperson) anstellen können, die sie in der Alltagsbewältigung unterstützt. Der Assistenzbeitrag soll die Hilflosenentschädigung sowie die Hilfe von Angehörigen ergänzen und eine Alternative zur institutionellen Hilfe darstellen. Die Betroffenen sollen ihre Lebenssituation vermehrt selbständig und in eigener Verantwortung gestalten und ihre berufliche Integration verbessern können. Zugleich sollen pflegende Angehörige zeitlich entlastet werden. Der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag wird auf die Hilflosenentschädigung der IV, auf eine eigenverantwortliche Lebensführung in einer Privatwohnung sowie auf die Handlungsfähigkeit abgestützt (Bundesrat, 2010, S. 1865). Die Assistenzperson darf nicht mit der versicherten Person verheiratet sein, mit ihr in eingetragener Partnerschaft leben, eine faktische Lebensgemeinschaft führen oder in gerader Linie verwandt sein (Art. 42^{quinquies} Bst. b IVG).

2.7.4 Intensivpflegezuschlag

Gemäss Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG wird die Hilflosenentschädigung für invalide Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, um einen Intensivpflegezuschlag erhöht, falls sie zu Hause mit einem Betreuungsaufwand von mindestens vier, sechs bzw. acht Stunden pro Tag gepflegt werden. Die Höhe des Zuschlags stellt eine Pauschale dar, die rechtlich umschrieben wurde (IVG, IVV). Als Betreuungsaufwand angerechnet wird der Aufwand für die medizinische Behandlungspflege sowie die Grundpflege (Bundesrat, 2001, S. 3246f.)

2.7.5 Ergänzungsleistungen

Ergänzungsleistungen (EL) sind monatlich ausgerichtete Geldleistungen, mit welchen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet werden sollen. Personen, welche bestimmte Leistungen der AHV oder IV beziehen (Renten, Hilflosenentschädigungen, Taggelder) und deren anerkannte Ausgaben die anrechenbaren Einnahmen übersteigen bzw. deren allfällige Krankheits- und Behinderungskosten nicht gedeckt sind, haben einen Anspruch auf Ergänzungsleistungen (Bundesrat, 2005a, S. 2048). Mit dem neuen Finanzausgleich wurde auch im Bereich der Ergänzungsleistungen eine (Teil)entflechtung der Aufgaben von Bund und Kantonen vorgenommen (Bundesrat, 2002, S. 2335ff; S. 2436). Der Bund ist im Rahmen der EL vorwiegend für die Existenzsicherung zuständig, die Kantone sind nebst einer Beteiligung an der Existenzsicherung vollständig für diejenigen Bereiche der EL verantwortlich, welche in einem Zusammenhang mit Heim- oder Gesundheitskosten (Krankheits- und Behinderungskosten) stehen (vgl. auch Art. 13ff. ELG). EL werden über die Ausgleichskasse bezogen.

Da die Krankheits- und Behinderungskosten auf Grund der neuen Aufgabenteilung ausschliesslich durch die Kantone finanziert werden, wurde auf Bundesebene die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den EL (ELKV) aufgehoben (Bundesrat, 2005b, S. 6225). Diese sah unter gewissen Voraussetzungen eine Vergütung von Einkommensausfällen für pflegende Angehörige vor. Nach der neuen Rechtslage liegt es im Ermessen der Kantone, ob sie eine Entschädigung für den Verdienstausschlag pflegender Angehöriger vorsehen wollen.

2.7.6 Betreuungsgutschriften

Um die Rentensituation von Personen zu verbessern, welche pflegebedürftige Angehörige betreuen, wurde das Instrument der Betreuungsgutschriften geschaffen (Art. 29^{septies} AHVG). Betreuungsgutschriften sind fiktive Einkommen in der Höhe der dreifachen jährlichen Minimalrente, die dem individuellen Konto der Betreuungsperson gutgeschrieben werden. Diese Gutschriften, tragen wie die Erziehungsgutschriften dazu bei, dass eine entsprechend höhere Rente erreicht werden kann. Wer Angehörige mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (der AHV/IV/UV oder MV) für mindestens mittlere Hilflosigkeit betreut, kann die Betreuungsgutschriften innert fünf Jahren schriftlich bei seiner Ausgleichskasse anmelden. Die pflegenden Angehörigen müssen im gleichen Haushalt wie die betreute Person wohnen oder diese zumindest leicht erreichen können. Gemäss Art. 52g AHVV ist die Erreichbarkeit leicht, wenn die Betreuungsperson nicht mehr als 30 km entfernt von der betreuten Person

wohnt oder diese innert einer Stunde erreichen kann. Als Angehörige gelten Eltern, Kinder, Geschwister und Grosseltern sowie Ehegatten, eingetragene Partner, Schwiegereltern und Stiefkinder (vgl. Art. 29 ^{septies} i.V.m. Art. 13a ATSG). Beteiligen sich mehrere Personen an der Betreuung, wird die Betreuungsgutschrift unter ihnen aufgeteilt. Betreuungsgutschriften können nicht gleichzeitig mit Erziehungsgutschriften beansprucht werden.

2.7.7 Rechte von Arbeitnehmern mit Familienpflichten gemäss Arbeitsgesetz

Gemäss Art. 36 ArG ist bei der Festsetzung der Arbeits- und Ruhezeit auf Arbeitnehmer mit Familienpflichten besonders Rücksicht zu nehmen. Allerdings sind nicht alle Arbeitnehmenden dem Arbeitsgesetz unterstellt (vgl. Art. 1ff. ArG). Als *Familienpflichten* gelten die Erziehung von Kindern bis 15 Jahren sowie die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oder nahe stehender Personen (Art. 36 Abs. 1 ArG). Die Begriffe der Angehörigen bzw. der nahe stehenden Person werden im ArG nicht definiert. Es ist davon auszugehen, dass der Nachweis einer sittlichen Pflicht (Familienpflicht) zur Betreuung bei Krankheit ausreichend ist (Rüetschi, 2011, S. 1461). Gemäss Art. 36 Abs. 3 ArG muss der Arbeitgeber Arbeitnehmenden mit Familienpflichten gegen Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses die zur Betreuung kranker Kinder erforderliche Zeit im Umfang bis zu drei Tagen freigeben. Ansonsten gelten die allgemeinen Schutzbestimmungen der Absätze 1 und 2 von Artikel 36 ArG: Bei der Festsetzung der Arbeits- und Ruhezeit ist Rücksicht zu nehmen. Die Betroffenen können nur mit ihrem Einverständnis zur Leistung von Überzeit verpflichtet werden. Sie erhalten eine Mittagspause von mindestens 1,5 Stunden (Art. 36 Abs. 2 ArG). Die Frage der Lohnfortzahlung bei Familienpflichten wird nicht durch das ArG geregelt.

2.7.8 Rechte von Arbeitnehmern mit Familienpflichten gemäss Obligationenrecht

Gemäss Art. 329 OR sind den Arbeitnehmenden die üblichen freien Stunden und Tage zu gewähren. Es handelt sich um eine kurzfristige Arbeitsbefreiungen zur Erledigung dringender persönlicher oder familiärer Angelegenheiten, wozu auch der Besuch kranker Verwandter oder die Pflege kranker Familienmitglieder gezählt wird. Vorausgesetzt wird, dass sich die Angelegenheit nicht in der Freizeit erledigen lässt (Rüetschi, 2011, S. 1453). Bei der Bestimmung der Freizeit ist auf die Interessen des Arbeitgebers wie des Arbeitnehmers angemessen Rücksicht zu nehmen (Art. 329 Abs. 4 OR). Insbesondere bei der Bestimmung der Dauer und des Zeitpunkts des Bezuges der freien Zeit handelt es sich um einen Ermessensentscheid (Hinweis Bösiger). Auch Artikel 329 OR regelt die Frage der Lohnzahlungspflicht nicht explizit. Der Arbeitgeber hat grundsätzlich den verabredeten oder üblichen Lohn zu vergüten (Art. 322 Abs. 1 OR). Zumindest bei kürzeren Abwesenheiten ist es üblich, dass bei einer Anstellung im Monatslohn kein Lohnabzug erfolgt. Bei der Handhabung dieser Bestimmung besteht jedoch eine gewisse Unsicherheit, welche insbesondere auch in parlamentarischen Vorstössen aufgegriffen wurde (vgl. z.B. Postulat Seydoux).

Art. 324a OR regelt bei unverschuldeter Arbeitsverhinderung als einzige Norm neben der Frage der Freistellung zusätzlich die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Für eine An-

wendung von Art. 324a OR im Zusammenhang mit der Pflege von Angehörigen wird aber unter anderem vorausgesetzt, dass die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer in Erfüllung einer gesetzlichen Betreuungspflicht an der Arbeitsleistung verhindert wird, z.B. gegenüber einem kranken Kind (Art. 276 ZGB), gegenüber einem Ehegatten (Art. 163 ZGB) oder gegenüber einem eingetragenen Partner (Art. 12 PartG). Gegenüber weiteren Angehörigen oder nahe stehenden Personen gibt es eine in der Sittlichkeit begründeten Fürsorgepflicht, welche nicht die gleichen Wirkungen hat wie eine gesetzliche Pflicht (vgl. auch Rüetschi, 2011 und Hinweise Bösiger). Die Arbeitnehmenden haben die Pflicht eine Ersatzbetreuung zu organisieren (Rüetschi, 2011, 1457ff.). Die Dauer der Lohnfortzahlungspflicht ist insbesondere abhängig von der effektiven Dauer des Arbeitsverhältnisses. Im ersten Dienstjahr ist der Lohn einzig für drei Wochen und nachher für eine angemessene längere Zeit zu entrichten (Art. 324a Abs. 2 OR). In der Praxis werden die Zürcher, Basler oder Berner Skalen als Richtlinien für die Lohnfortzahlungsdauer herangezogen. Die einzelnen Abwesenheiten werden zudem pro arbeitnehmender Person unabhängig vom Grund, sei es nun beispielsweise eigene Krankheit, die Pflege eines kranken Kindes oder Militärdienst, addiert. Es handelt sich bei der Dauer der Lohnfortzahlung also um eine jährliche Gesamtdauer.

2.7.9 Schlussfolgerungen

Mit der neuen Pflegefinanzierung hat der Bund Grundlagen geschaffen, die sich auch positiv auf pflegende Angehörige auswirken (z.B. Beitrag der Krankenversicherung an Pflegeleistungen, Hilfenentschädigung, Assistenzbeitrag, Intensivpflegezuschlag, Ergänzungsleistungen, Betreuungsgutschriften). Die Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit wurde zwischen Bund, Kantonen, NGOs, Betroffenen und ihren Angehörigen aufgeteilt. Die Eigenverantwortung bleibt eine wichtige Komponente. Der Bund übernimmt die Behandlungskosten und die existentielle Sicherung bei Alter und Behinderung.

Das Arbeitsrecht und das OR enthalten Bestimmungen über Urlaub wegen Pflege von Angehörigen und über die Lohnfortzahlung, die jedoch im europäischen Vergleich nicht sehr weitreichend sind.

3 Good Practice in der Schweiz

Eine grosse Anzahl von Kantonen, Städten und Gemeinden haben in den letzten Jahren insbesondere im Rahmen von Alterskonzepten oder -leitbildern Strategien und Massnahmen entwickelt, in denen auch die Unterstützung pflegender Angehöriger thematisiert wird. Wie hinten ausgeführt wurde, werden pflegende Angehörige einerseits als Akteure in der Versorgungsstrategie „ambulant vor stationär“ wahrgenommen, andererseits ist es auch ein wichtiges Ziel, die Gesundheit pflegender Angehöriger zu erhalten (vgl. 2.6.2). Viele Kantone und besonders auch grössere Städte haben entsprechende Strategien, Massnahmen und/oder Steuerungsmechanismen angedacht, vieles wurde bereits umgesetzt. Die nachstehenden Beispiele sollen Möglichkeiten, Chancen und Handlungsspielräume aufzeigen, ohne dass Anspruch auf Vollständigkeit erhoben würde. Die Auswahl ist eklektisch und wurde von der Vorgabe geleitet, dass die Beispiele Lösungselemente für Information und Sensibilisierung, Koordination und

Vernetzung, psychische oder physische Entlastung und Steuerung der Akteure und Ressourcen und/oder Finanzierung enthalten. Good Practice Beispiele sollen reale Lösungen deskriptiv-analystisch darstellen – häufig erhalten sie faktisch einen normativen Charakter (Schedler & Proeller, 2011, S. 42). Aus diesem Grund müssten in Diskussionen unter den Akteuren (vgl. 2.5) die Vor- und Nachteile in der Umsetzung noch näher angeschaut werden. Besonders wertvoll wäre als Zwischenstufe eine Austauschplattform mit Vertreter/innen aus Kantonen, Städten und Gemeinden unterschiedlicher Grösse. Die Ergebnisse könnten dann wiederum an den runden Tisch gebracht werden. Auf Grund der unterschiedlichen Kompetenzaufteilungen zwischen Kantonen und Gemeinden sowie den unterschiedlichen Grössen und soziodemografischen Rahmenbedingungen sind nicht alle Lösungen für jeden Akteur geeignet.

3.1 Kanton Bern: Strategische Steuerung von Gemeinden und weiteren Akteuren in der Alterspolitik, Vernetzung und Koordination

Der Kanton Bern hat 2005 auf der Grundlage eines Altersleitbilds eine Alterspolitik verabschiedet, mit welcher die Selbständigkeit der älteren Menschen gefördert und die Unterstützung am bestehenden Wohnort ausgebaut werden soll, damit ein Pflegeheimeintritt so spät wie möglich erfolgen kann. Angesichts des komplexen Zusammenspiels verschiedenster Akteure und der stetigen Veränderung der Situation wurden Handlungsfelder definiert, welche die Eckpunkte einer rollenden Planung darstellen, deren Entwicklung durch Pilotprojekte und Evaluationen unterstützt werden sollten. Die verschiedenen Partner im Altersbereich – Gemeinden, Verbände, Institutionen und Private – wurden eingeladen, zukunftsorientierte Projekte an den Kanton heranzutragen. Ziel der Alterspolitik ist es, die Prävention zu stärken und durch gute Rahmenbedingungen Alternativen zum Heimaufenthalt zu schaffen (Kanton Bern, 2004, S. 2). Zur alterspolitischen Stossrichtung gehört die Erhaltung der Selbständigkeit, die gute Abdeckung des Pflege- und Betreuungsbedarfs durch ambulante Versorgungsangebote (ibidem, S. 12). Im Rahmen des Handlungsfelds *Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause* werden auch die Unterstützung pflegender Angehöriger, die Übergangspflege, die Stärkung der Spitex, die Besuchsdienste und Entlastungsangebote aufgeführt.

Die Alterspolitik 2005 fordert dezentrale Lösungen, welche auf die spezifischen Bedürfnissen in den unterschiedlichen Gemeinden eingeht. Als Steuerungsinstrument für die Umsetzung der kantonalen Politik hat der Kanton Planungsgrundlagen für kommunale Altersleitbilder entwickelt, welche Raum für lokal zugeschnittene Bedürfnisse lassen und zugleich wichtige Grundsätze der Alterspolitik verankern helfen (vgl. Abbildung 14). Die Planung soll in der Regel ein Einzugsgebiet von mindestens 5'000 Einwohner umfassen, wobei der Planungsprozess unter Einbezug der Bevölkerung erfolgen soll. Die verschiedenen Etappen des Planungsprozesses werden mit einer Checkliste sichtbar gemacht und es wird aufgezeigt, welche Aspekte in die Planung einbezogen werden sollen. Unter den Zielen, welche erreicht werden sollen, figurieren die gezielte Stützung der Selbständigkeit und Selbsthilfe, mehr Wahlmöglichkeiten bei den Wohn- und Hilfsformen, die Vernetzung der Dienstleistungsangebote innerhalb eines Einzugsgebiets, insbesondere durch die zentrale Rolle der Spitex, die altersge-

rechte Wohnumgebung sowie die Stärkung der sozialen Netze und der Solidarität innerhalb der Generationen (Kanton Bern, 2005, S. 3ff.).

Die konkrete Ausgestaltung der alterspolitischen Massnahmen liegt im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden. Über das Instrument der Lastenverteilung wurden aber Anreize geschaffen, welche insbesondere Massnahmen und Angebote fördern, welche

- auf die Selbständigkeit und Selbsthilfe ausgerichtet sind;
- die freiwillige Altershilfe (Angehörige, Nachbarschaft, Selbsthilfegruppen, Senioren für Senioren) mit einbeziehen;
- die enge Vernetzung und Zusammenarbeit/Koordination der Dienstleistungsanbieter in einem Einzugsgebiet zum Ziel haben bzw. eine gemeinsame Trägerschaft für gemeinsame Angebote fördern. Angebote von regionaler Bedeutung wie regionale Pflegeheime, Krankenhäuser und die Abteilungen für Langzeitpflege der Spitäler werden vom Kanton finanziert (ibidem, S. 17).

Viele Dienstleistungen, welche auf Gemeindeebene angeboten werden sollen, kommen nicht nur den pflegebedürftigen Personen, sondern auch den pflegenden Angehörigen zu Gute: z.B. Beratung und Information, Unterstützung von Angehörigen, Wochenend- und Abenddienste, Nachtwachen, Fahrdienst, Mahlzeitendienst, Mittagstisch, Tagesstätte, Notruf, Wäschedienst. Die Hilfe und Pflege zu Hause soll beim sozialen Umfeld der Benutzerinnen und Benutzer einsetzen (Angehörige, Nachbarschaft); dieses soll gezielt gestützt und gestärkt werden (ibidem, S. 21). Der Kanton Bern und pro Senectute gaben 2011 eine Bestandesanalyse in Auftrag, um die Umsetzung der Altersleitbilder in den Gemeinden zu überprüfen (Stocker et al., 2012). 91% der Gemeinden hatten zu diesem Zeitpunkt ein Altersleitbild umgesetzt, 89% davon im Verbund mit anderen Gemeinden.

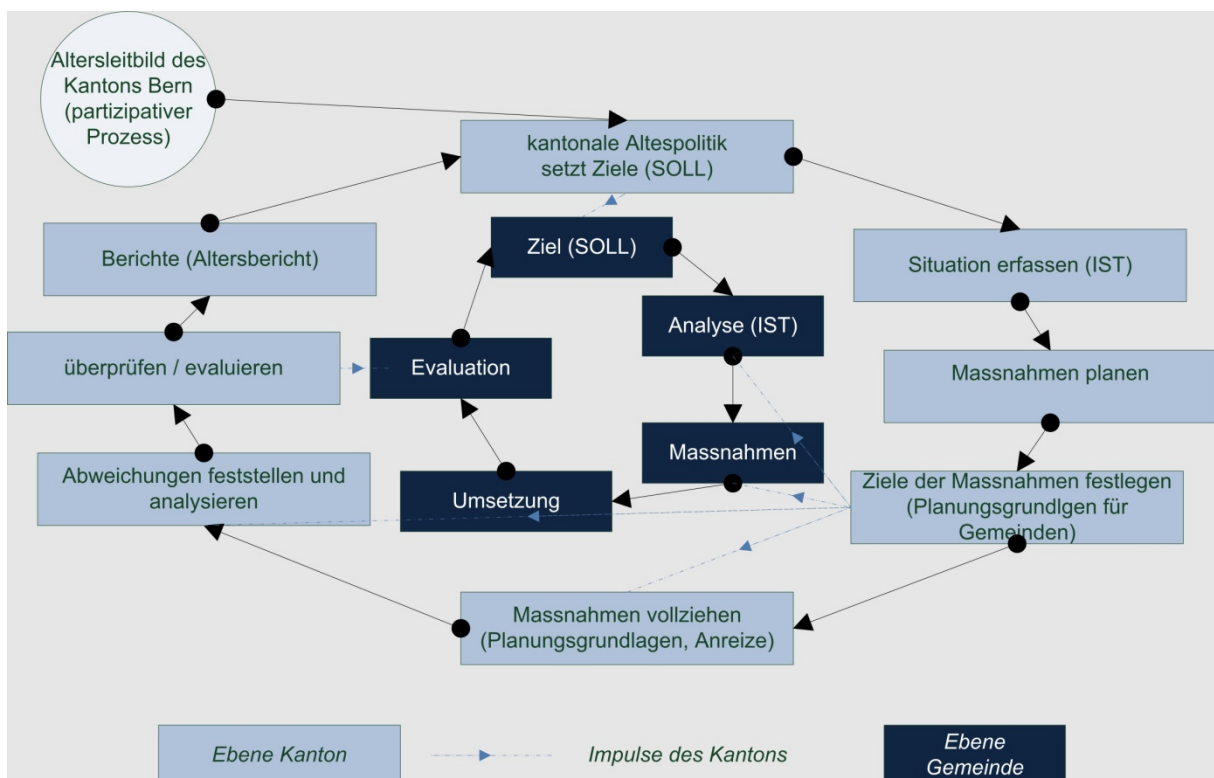


Abbildung 14: Doppelter Regelkreis Kanton - Gemeinden - Quelle: eigene Darstellung ausgehend von Managementkreislauf nach Ritz, MPA Vorlesung Modul 4, 2012

Der Kanton Bern setzt die Steuerungsformen des New Public Managements nicht nur auf Stufe Kanton, sondern auch gegenüber den Gemeinden und weiteren Akteuren ein (Governance). Mit der kantonalen Alterspolitik 2005, die durch das Parlament verabschiedet wurde (Government) und den darauf abgestützten Planungsgrundlagen gibt er den Gemeinden Ziele vor und zeigt Vorgehensweisen zur Lösungsfindung auf, lässt aber Raum für Lösungen, die sich an den lokalen und soziodemografischen Besonderheiten orientieren (vgl. 3.2). Mit den Anreizen für die Entwicklung innovativer Pilotprojekte gibt er Akteuren wie den NGOs und den Forschenden, die Möglichkeit, zusammen mit den Gemeinden bottom up neue Lösungen zu entwickeln, welche im Sinne des Gewährleistungsstaats zwar vom Kanton „moderiert“ werden, aber auch die Partizipation und das zivilgesellschaftliche Engagement stärken.

3.2 Stadt Bern: Information, Sensibilisierung, Beratung, Vernetzung

Die Stadt Bern hat 2010 auf der Basis der kantonalen Vorgaben eine Strategie entwickelt, welche die Öffentlichkeit einerseits für das Engagement und die Situation von pflegenden Angehörigen sensibilisiert und andererseits Brücken zwischen den fragmentierten Angeboten, Leistungserbringern und Kostenträgern baut, indem sie Informationen und Beratungsdienstleistungen für pflegende Angehörige anbietet.

Mit der Kampagne „*Mein Pflegestärker*“ dankte die Stadt über verschiedene Kanäle, z.B. Veranstaltungen, Zeitungen, Radios und Plakate, den pflegenden Angehörigen und machte auf das Gratis-Beratungstelefon „infodraht“, Tel 0844 144 144, aufmerksam, welches das Schweizerische Rote Kreuz Bern-Mittelland zusammen mit der Stadt eingerichtet hat (Stadt Bern, 2012). Die Fachperson am „Infodraht“ ist in der Lage, auf individuelle Situationen einzugehen, zuzuhören und Lösungen anzubieten. Auf diese Weise erhalten pflegende Angehörige Zugang zu verschiedensten Dienstleistungen und Anlaufstellen wie z.B. Entlastungsangebote (zu Hause oder in Tagesheimen), stationäre Kurzaufenthalte, Fahrdienste, Mahlzeitendienste, Besuch von Freiwilligen, Fachorganisationen, Selbsthilfegruppen oder Finanz- und Rechtsberatung. Wichtige Informationen für Seniorinnen und Senioren und ihre Angehörigen sind auch über eine Broschüre sowie über das Internetportal, welches zahlreiche Akteure und Dienstleistungen vernetzt, abrufbar. Dies ist eine Form von One-Stop-Government auf städtischer Ebene. Die Kanäle wurden gezielt crossmedial vernetzt (Stadt Bern 2012a, 2012b). Mittels Broschüre und Beratungstelefon wird auch auf weitere für besondere Zielgruppen wie z.B. Migrantinnen und Migranten verwiesen (Stadt Bern, 2012a, Stichwort Broschüre).

2011 in der zweiten Strategiephase wurden die leistungserbringenden Organisationen durch Anlässe vernetzt. Good Practice und Forschung wurden sichtbar gemacht und die Anknüpfungspunkte zur kantonalen Alterspolitik hervorgehoben (vgl. 3.1). 2012 sollen die Massnahmen evaluiert werden. Mit der Gründung eines Schweizer Netzwerks altersfreundlicher Städte läuft die übergreifende Vernetzung im Bereich der Alterspolitik auf Ebene der Städte bzw. sogar mit internationalen Bezügen weiter (Stadt Bern, 2012c).

Mit dem Ansatz der Stadt Bern wird die Information und Sensibilisierung gefördert. Das Beratungstelefon ist eine niederschwellige Zugangsmöglichkeit und bietet sowohl eine individuelle Austauschmöglichkeit als auch eine gezielte Vernetzung des stark fragmentierten Angebots. Es kann auch auf besondere Zielgruppen eingegangen werden. Die Strategie wirkt präventiv (Erhaltung der Gesundheit der pflegenden Angehörigen, Verzögerung des Heimeintritts), fördert die Vernetzung unter den Akteuren, regional und überregional und nimmt auch Bezug auf die kantonalen strategischen Vorgaben (vgl. auch 3.1).

3.3 Kanton Waadt: Ambulant vor stationär – pflegende Angehörige sind Teil der Versorgungsstrategie

In den letzten 25 Jahren hat der Kanton Waadt unter dem Titel „maintien à domicile“ gezielt eine Strategie umgesetzt, welche es pflegebedürftigen Menschen erlaubt, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu verbleiben. Die Stärkung der Pflege zu Hause in der Versorgungsplanung trug einerseits zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei, andererseits konnte der Anstieg der Langzeitpflegebetten in Grenzen gehalten werden.

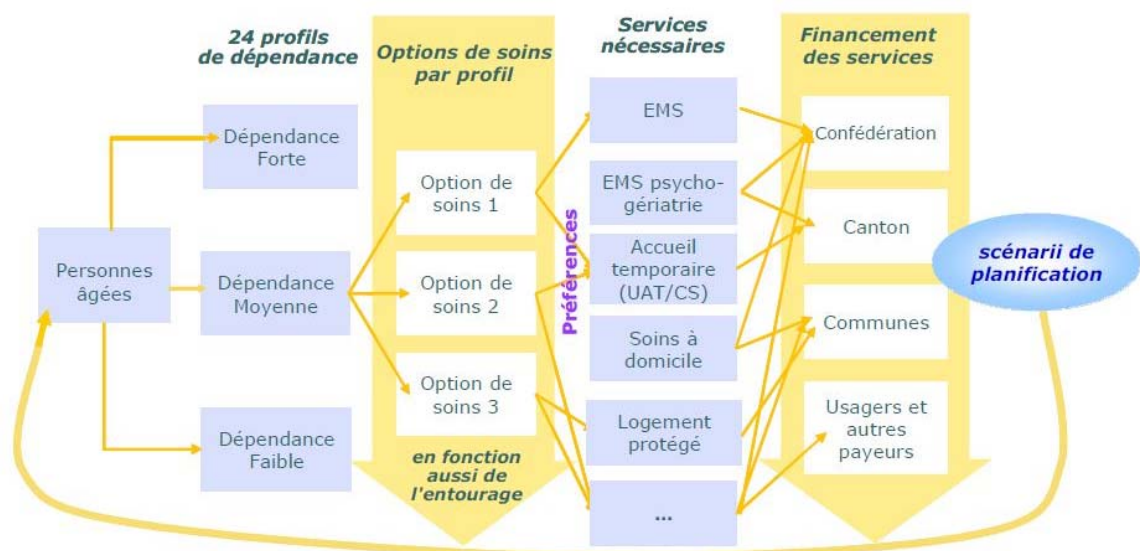


Abbildung 15: Versorgungsplanung Kanton Waadt 2015 - 2020 - Quelle: Kanton Waadt, 2008

Die pflegenden Angehörigen wurden gezielt als Akteure einbezogen und mit entsprechenden Angeboten unterstützt. Am 30. Oktober 2012 fand der erste kantonale Tag der „proches aidants“ (pflegenden Angehörigen) statt. Eine umfassende Sensibilisierungskampagne würdigte ihr Engagement und fand ihren Höhepunkt in einer gemeinsamen Veranstaltung mit Betroffenen, NGOs, Politik und Wissenschaft.¹¹

Im Zentrum der Strategie steht die Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), die kantonale Dachorganisation für Spitexdienste, welche zu je 50% vom Kanton und den Gemeinden getragen und gesteuert wird. Der Regierungsrat definiert nach Rücksprache mit den lokalen Verbänden und der Dachorganisation eine Politik zur Hilfe und Pflege zu Hause sowie darauf abgestimmte Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Es

¹¹ <http://www.vd.ch/themes/sante-social/vivre-a-domicile/proches-aidants/>, eingesehen am 1. November 2012

wurden im ganzen Kanton Versorgungszentren (centres medico-sociaux) gebildet, welche für die lokale Hilfe und Pflege zuständig sind und Pflege, Hilfe in Haushalt und Familie, Mahlzeitendienst, Beratung, Ergotherapie, Hilfsmittel usw. anbieten (vgl. LAVASAD). Gleichzeitig wurden Angebote wie Tages-, Kurz- und Übergangspflege sowie die Unterstützung pflegender Angehöriger ausgebaut. Die nachstehende Tabelle zeigt die verschiedenen Akteure, die durch die kantonale Strategie finanziert werden.

Organisation	Aufgaben	Öffentliche Mittel (Kanton/Gemeinden)
AVDSAD	Hilfe und Pflege zu Hause	Fr. 170'000'000
Court séjour	Kurz- und Übergangspflege (auch zur Entlastung pflegender Angehöriger)	Fr. 10'000'000
Accueil temporaire (CAT)	Tagespflege (Entlastung pflegender Angehöriger)	Fr. 10'000'000
Logement protégé	Alters- und behindertengerechtes Wohnen	Anstossfinanzierung, individuelle Verbilligungen
Relève à domicile PHARE	Entlastungsdienste zu Hause für Angehörige von Behinderten	Fr. 700'000
Relève à domicile Alzheimer	Entlastungsdienste zu Hause für Angehörige von Alzheimerpatienten	Fr. 580'000
Croix rouge du canton de Vaud	Begleitung und Unterstützung von betreuungsbedürftigen Personen durch ehrenamtliche Personen	Fr. 120'000
Groupes d'entraide	Selbsthilfegruppen	Fr. 60'000
Allocation pour les parents qui s'occupent d'un mineur à domicile	Unterstützung von Eltern, welche ein minderjähriges Kind zu Hause betreuen (350 – 750 Fr.)	Fr. 1'200'000

Tabelle 4: Unterstützung von ambulanten Angeboten im Kanton Waadt - Quelle: Kanton Waadt, 2012

Der Kanton Waadt erhöhte gezielt das Angebot der Spitex (ASD) und der unterstützenden Dienstleistungen. Ein Vergleich der Beherbergungsquote in Langzeitpflegeinstitutionen (EMS) von Menschen über 80 in der Schweiz und im Kanton Waadt zeigt, dass der Kanton Waadt heute ca. 1800 Betten weniger bereitstellen muss als die übrigen Schweizer Kantone im Durchschnitt. Da pro Bett mit Investitionskosten von ca. Fr. 278'000 zu rechnen ist, kann es sinnvoll sein, stärker in die ambulante Versorgung, z.B. in die Unterstützung pflegender Angehöriger, zu investieren (Maillard, 2010).

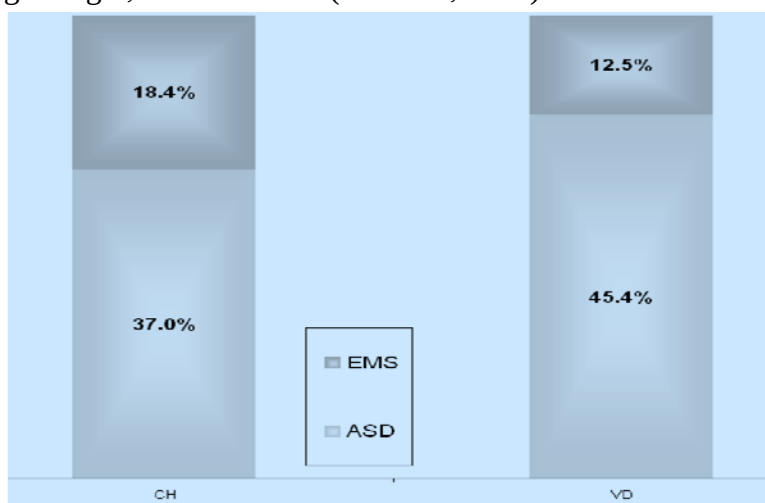


Abbildung 16: Pflege (80+) in Langzeitpflegeinstitutionen (EMS) und Spitex (ASD) - Vergleich CH und VD - Quelle: Maillard, 2010

Der nachstehende Vergleich zwischen den Kantonen der Schweiz und dem Kanton Waadt zeigt die Kosten pro versicherter Person im Jahr 2004 (Spital, Langzeitpflege und Spitex):

- CH : 875 Fr. pro Jahr
- VD : 932 Fr. (6.5% über dem schweizerischen Durchschnitt)

Und 2011 nach der Einführung der Strategie ambulant vor stationär (Spital, Langzeitpflege und Spitex):

- CH : 1011 Fr. pro Jahr
- VD : 943 Fr. pro Jahr (6.5% unter dem schweizerischen Durchschnitt)

Obwohl der Kanton Waadt fast 54% mehr Mittel in ambulante Angebote für pflegebedürftige Menschen und für pflegende Angehörige investiert als die übrigen Schweizer Kantone, liegen die Gesamtkosten für die Gesundheitsversorgung unter dem schweizerischen Durchschnitt. Im Rahmen der Gesundheitsversorgungsstrategie soll der Übergang zwischen Spital und häusliche Pflege durch eine zunehmend integriertere Versorgungsplanung erleichtert werden.

Die Unterstützung pflegender Angehöriger nützt nicht nur den Betroffenen, sondern kann sich auch positiv auf das Gesamtsystem auswirken. Durch die übergreifende Sensibilisierung und die nachhaltig konzipierten Dienstleistungen wurde die gesellschaftliche Solidarität gestärkt.

3.4 Kanton Graubünden, Köniz, Gossau (ZH): Anstellung von pflegenden Angehörigen durch ambulante Institutionen (Spitex)

In einigen Kantonen und Gemeinden können pflegende Angehörige durch die Spitex angestellt werden. Gemäss Bundesgericht ist die Anstellung pflegender Angehöriger möglich, wenn bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sind (BG, 2006; 2007). Dazu gehört insbesondere die Zulassung der Spitex-Organisation, ein entsprechender Anstellungsvertrag, fachliche Mindestanforderungen sowie ein Entscheid des Arztes bzw. der Leitung der Spitex Organisation über notwendige und geeignete Massnahmen. Unter diesen Bedingungen hat das Bundesgericht bestätigt, dass die Krankenversicherung die durch einen Ehemann im Rahmen seiner Anstellung geleisteten Massnahmen der Grundpflege gemäss Art. 7 Abs. 2 Bst. c Ziff. KLV übernehmen muss. Ein Rechtsanspruch auf Anstellung gibt es nicht. Entschädigt werden nur Kosten, welche eine Pflege zu Hause durch aussenstehende Spitex-Angestellte verursachen würde. Darüber hinausgehende Leistungen fielen im vorliegenden Fall unter die eheliche Schadenminderungspflicht (ibidem; Leu & Bischofberger, 2012, S. 210ff.; NZZ 2012).

Der Kanton Graubünden hat diese Möglichkeit auf Verordnungsstufe präzisiert. Gemäss Artikel 26 der Verordnung zum Krankenpflegegesetz können pflegende Angehörige durch die Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung angestellt werden, wenn:

- sie eine Bestätigung über die erfolgreiche Absolvierung des Pflegehelferinnenkurses beziehungsweise des Pflegehelferkurses des Schweizerischen Roten Kreuzes vorweisen;
- der Einsatz einer Langzeitsituation entspricht und die Anstellung auf mindestens zwei Monate angelegt ist;
- sie noch nicht das AHV-Alter erreicht haben.

Eine Studie, welche 19 Kantone der Deutschschweiz umfasste, ergab, dass Mitte 2008 in sechs Kantonen Angehörige bei der Spitex angestellt waren (Despland & von Ballmoos, 2008, S. 39ff.). Verschiedene Pilotversuche, welche eine Anstellung von pflegenden Angehörigen bei Spitex vorsehen, laufen auch in Versorgungsregionen auf Gemeindeebene, beispielsweise bei der Spitex der Region Köniz, BE oder der Spitex Gossau, ZH. Die Spitex der Region Köniz hat das Programm „Hand in Hand“ entwickelt, welches pflegende Angehörige berätet, entlastet und unterstützt. Personen, welche mindestens einen Rotkreuz-Kurs (Pflegehelfer/in) absolviert haben, können sich bei der Spitex als Pflegeperson ihrer oder ihres Angehörigen bewerben. Erfüllen sie die Voraussetzungen, werden sie zu den gleichen Bedingungen angestellt wie die anderen Spitex-Mitarbeitenden. Sie erhalten den gleichen Stundenlohn inklusive Sozialleistungen, können Weiterbildungen absolvieren und werden ins Qualitätsmanagement integriert (Spitexverband Bern, 2011). Auch beim Pilotprojekt der Spitex Gossau wird bei entsprechender Qualifikation ein befristeter Anstellungsvertrag abgeschlossen, in dem eine verantwortliche Bezugsperson als Vorgesetzte genannt wird, der auch regelmässig über die Pflege rapportiert werden muss. Bei Stellenantritt wird ein umfassendes Assessment über das Ziel der Pflege und die Klärung der Rollen gemacht. Pflegende Angehörige führen, genau wie alle anderen Angestellten, eine Pflegedokumentation.

Die Verantwortlichen auf regionaler Ebene sehen in der Anstellung von pflegenden Angehörigen einerseits eine Möglichkeit, dem chronischen Mangel an Pflegepersonen entgegen zu wirken. Kurse wie der Pflegehelferkurs bzw. der SRK-Grundkurs fördern in Kombination mit der Supervision die Qualität der häuslichen Pflege und zeigen eigene Grenzen und Schnittstellen zu anderen Gesundheitsfachpersonen auf. Durch die Anstellung werden die pflegenden Angehörigen Teil eines Teams, tragen zu dessen Diversität bei, können sich bei Problemen oder Unsicherheiten mit Kolleginnen und Vorgesetzten austauschen und erfahren eine Wertschätzung für ihre Arbeit. Diese soziale Unterstützung ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheit pflegender Angehöriger. Zugleich sind die pflegenden Angehörigen in der Arbeitswelt verankert, erhalten einen Lohn und entsprechende Sozialleistungen. Als Nachteil dieser Lösung wird oft die zu starke persönliche Nähe zwischen pflegender und gepflegter Person und die Einbindung in die Familie genannt. Die Chancen und Risiken dieses Ansatzes werden seit Sommer 2012 im Rahmen eines Forschungsprojekts unter der Projektleitung von Agnes Leu (Wissenschaftlerin und Spitexpräsidentin der Spitex Gossau ZH) und Iren Bischofberger (Careum-Stiftung Zürich) näher untersucht (Leu & Bischofberger, 2012, S. 210ff.).

Pflegende Angehörige erhalten durch eine Anstellung bei der Spitex physische und psychische Entlastung sowie eine bessere Absicherung im Bereich der Arbeits- und Sozialgesetzgebung. Die Kompetenzen der pflegenden Angehörigen werden erhöht. Sie können ihre Möglichkeiten und Grenzen besser einzuschätzen und erhalten Zusatzqualifikationen in einem Arbeitsmarkt, der auf mehr Gesundheitsfachpersonen angewiesen ist. Die Anstellung pflegender Angehöriger eröffnet neue Möglichkeiten, dringend benötigte zusätzliche personelle Ressourcen in der Gesundheitsversorgung zu gewinnen und kann innerhalb der Angestellten der Spitex zu einer erwünschten zusätzlichen Diversität führen. Durch ihre Einbindung in die Spitexorganisation kann die Versorgungsqualität verbessert werden (Supervision).

Was auf den ersten Blick als offensichtliche win-win-win Situation erscheint, wird in den kommenden Monaten in der Forschung noch kritisch analysiert (Leu & Bischofberger, 2012).

3.5 Stadt St. Gallen: Zeitgutschriftbörse

2007 warf Bundesrat Pascal Couchepin die Frage auf, ob rüstige Rentnerinnen und Rentner nicht betreuungs- und pflegebedürftige Menschen unterstützen könnten und später bei Bedarf selbst in den Genuss einer entsprechenden Pflegezeit kommen könnten. Damit lancierte er die Idee, einer nicht-zeitgleichen Zeittauschbörse (BSV, 2009). Ziel war es, den demografisch bedingten erhöhten Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen besser abzudecken, die Kostensteigerung einzudämmen, die gesellschaftliche Wertschätzung freiwilliger Leistungen älterer Menschen sichtbar zu machen und rüstige Rentnerinnen und Rentner zu gesellschaftlichem Engagement zu aktivieren. In der Folge wurde eine Vorstudie erstellt, welche Wirkungsfragen auf die verschiedenen Akteure untersuchte. Im Rahmen dieser Studie wurde empfohlen, ein entsprechendes Pilotprojekt durchzuführen (Oesch & Künzi, 2008).

Die Stadt St. Gallen konnte aus Projektpartner gewonnen werden. Ziel war es, im Rahmen einer Machbarkeitsstudie ein konkretes Modell zu entwickeln, welches die alters- und generationenpolitische Strategie der Stadt unterstützt und die demografischen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung abfedert. Dabei sollte das Zeitvorsorgesystem Netzwerke der formellen und informellen Freiwilligenarbeit stärken und die Kostensteigerungen im Bereich der ambulanten und stationären Pflege und Betreuung mildern. Rüstige Rentnerinnen und Rentner sollen hilfsbedürftige Betagte im eigenen Haushalt oder im Heim betreuen. Ansparen können sie Zeitgutschriften bis zu einer Obergrenze von 750 Stunden. Brauchen sie später selbst Betreuung oder Pflege können sie beispielsweise über einen Zeitraum von zwei Jahren täglich eine Stunde oder wöchentlich zwei Nachmittage beziehen. (Meierhans Steiner & Harringer, 2012, S. 216ff.). Die Zeitvorsorge soll nicht bisheriges Engagement ersetzen, sondern ansetzen, wo Lücken bestehen, beispielsweise bei der Entlastung von pflegenden Angehörigen. Oft sind für sie Entlastungsdienstleistungen kaum erschwinglich oder zu wenig an ihren eigenen Bedürfnissen ausgerichtet (Stadt St. Gallen, 2012, S. 13)

Bei der konzeptionellen Ausgestaltung optierte man für ein System, bei dem die Stadt die Einlösbarkeit der Zeitguthaben garantiert (öffentlich besichertes System). Auf Grund der langjährigen, erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und gemeinnützigen Trägerschaften war rasch klar, dass die Zeitvorsorge in einer verwaltungsexternen Stiftung, in welche auch regionale Verbände und Dachorganisationen aus dem Sozialbereich einbezogen wurden, anzusiedeln ist. Die Stiftung soll eine Zeitvorsorgegeschäftsstelle betreiben, welche durch einen Leistungsvertrag mit der Stadt finanziert wird und das operative Zeitvorsorgegeschäft betreibt. Die traditionellen Leistungserbringer in der Altershilfe wie z.B. Spitex, pro Senectute, Alters- und Pflegeheime, Kirchgemeinden sollen das Projekt mittragen und die Einsätze der Freiwilligen vermitteln (ibidem; Müller, 2001, S. 85ff.)

In der Vorlage des Stadtparlaments wird betont, dass sowohl die Ausweitung des Modells auf andere Zielgruppen (Behindertenbetreuung, Familienhilfe als auch die Ausweitung auf weitere Gebietskörperschaften (weitere Gemeinden, Kanton, Bund) denkbar sei. Von einer flächendeckenden Übernahme würden vor allem die Teilnehmenden profitieren, weil ein grösserer örtlicher Geltungsbereich für Zeitguthaben entstünde (Stadt St. Gallen, S. 32f.).

Für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen entsteht durch die Zeitgutschriftbörse eine kostengünstige Entlastungsmöglichkeit. Die Kosten eines Angebots sind insbesondere für Personen des Mittelstands ein wichtiger Faktor für den Entscheid, Entlastung anzunehmen, denn oft tragen sie insbesondere im nichtpflegerischen Bereich nahezu die Vollkosten und erhalten keine Zuschüsse, weil diese einkommensabhängig sind.

Mit einer Zeitgutschriftbörse kann das zivilgesellschaftliche Engagement verstärkt und die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden. Die lokalen NGOs und Leistungserbringer werden durch die Gründung einer privatrechtlichen, verwaltungsexternen Stiftung in das Projekt eingebunden, die Steuerung erfolgt durch eine Leistungsvereinbarung (Governance). Die Grundlagen für die Stiftungsgründung und die finanzielle Beteiligung wird vom Parlament verabschiedet (Government) (Stadt St. Gallen, 2012, S. 27ff.). Die Zeitgutschriftbörse wirkt sich positiv auf die gesellschaftliche Kohäsion aus und ermöglicht es auch Personen ohne eigene Kinder, sich für andere zu engagieren.

3.6 Schlussfolgerungen

Die Praxisbeispiele enthalten Lösungselemente für die Verbesserung in den Bereichen Information und Sensibilisierung, Koordination und Vernetzung, psychische oder physische Entlastung und Steuerung der Akteure und Ressourcen und/oder Finanzierung.

Allen Ansätzen gemeinsam ist die integrierende Berücksichtigung der informellen und formellen Freiwilligenarbeit durch die staatliche Versorgungspolitik. Der Staat als Gewährleistungsstaat will mit entsprechenden Rahmenbedingungen dafür sorgen, dass gesellschaftliche Bedürfnisse durch zivilgesellschaftliches Engagement und Eigeninitiative besser erfüllt werden können (Müller, 2006, S. 264). Oft ist ein Rechtsetzungsakt (Strategie, Planung) Grundlage und Steuerungsinstrument für weitere Zusammenarbeitsformen.

4 Handlungsbedarf und strategische Zielsetzungen

Auf der Grundlage der Ist-Analyse, der Rollen der verschiedenen Akteure, der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen und einzelner Good Practice Beispiele kann eine Vision formuliert werden, an der künftige Massnahmen ausgerichtet werden sollen. Zudem werden einzelne Handlungsfelder und der entsprechende Handlungsbedarf definiert.

4.1 Vision als Zielvorgabe für die Erarbeitung der Massnahmen

Eine Vision ist eine auf die Zukunft gerichtete Leitidee, eine richtungsweisende, normative Vorstellung eines zentralen Ziels, an dem die Handlungen ausgerichtet werden (vgl. auch Müller-Stewens & Lechner, 2011, S. 225). Auf der Grundlage der Situationsanalyse konnte nachstehende Zielvorgabe für die Erarbeitung von Massnahmen formuliert werden.

Politik, Wirtschaft und Gesellschaft schaffen Rahmenbedingungen, um die Vereinbarkeit von „Work and Care“, d.h. der Erwerbstätigkeit und Pflegeverantwortung gegenüber kranken, betagten oder sterbenden Angehörigen, zu verbessern. Die enge Interaktion zwischen den verschiedenen Generationen fördert die gesellschaftliche Kohäsion und stärkt die Resilienz gegenüber den Wechselfällen des Lebens.

Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen muss vereinbar sein. Es soll verhindert werden, dass pflegende Angehörige möglicherweise definitiv auf berufliche Arbeit verzichten (müssen) oder selber krank werden.

Die Erwerbstätigen sollen die Möglichkeit haben, sich um ihre kranken Angehörige zu kümmern. Zugleich sollen Anreize gesetzt werden, damit sie langfristig im Arbeitsprozess verbleiben. Sie sollen weiterhin in der Lage sein, ihren Unterhalt durch Erwerbstätigkeit und die daran anknüpfenden Sozialversicherungen abzudecken. Die Entlastung durch ambulante, semistationäre oder stationäre Institutionen soll für die Betroffenen tragbar sein.

Die regelmässige Betreuung durch enge Bezugspersonen ist für pflegebedürftige Personen von sehr hoher Bedeutung. Besonders gross ist dieser Wunsch am Lebensende. Pflegende Angehörige können diesen Wunsch Wirklichkeit werden lassen und leisten so einen wichtigen Beitrag zur Selbstbestimmung am Lebensende.

4.2 Strategische Handlungsfelder

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse, werden nachstehende Handlungsfelder (HF) definiert:

- HF 1: Information und Sensibilisierung
- HF 2: Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystem
- HF 3: Arbeitswelt
- HF 4: Absicherung Erwerbsreduktion und –unterbruch (Zeit, Lohn)
- HF 5: Rentensicherung
- HF6: Datengrundlagen, Forschung und Bildung

4.3 Handlungsbedarf und Ziele in den einzelnen Handlungsfeldern

4.3.1 Handlungsfeld 1: Information und Sensibilisierung

Die Pflegesituation trifft die Angehörigen vielfach unerwartet, Entwicklungen sind wenig absehbar und Massnahmen können selten vorgängig geplant werden. Oder aber die Situation entwickelt sich schleichend und die pflegenden Angehörigen realisieren erst im Nachhinein,

dass die Situation durch externe Ressourcen hätte verbessert werden können. Oft fällt es pflegenden Angehörigen schwer, die erforderlichen Informationen für nächste Schritte zur Stabilisierung der Situation zu einzuholen. Die Informationen sind nur in Bruchstücken vorhanden, da sehr verschiedene Akteure Dienstleistungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger erbringen. Die Fragmentierung ist sowohl auf den einzelnen Staatsebenen als auch auf der Ebene der Leistungserbringer hoch. In vielen Kantonen sind verschiedene regionale Strukturen und Angebote vorhanden, aber oft fehlt der Überblick. Es gibt meist keine Institution, welche aus einer übergreifenden Perspektive über die verschiedenen Bereiche (nächste Schritte, Entlastung, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen usw.) informieren kann.

Die Herausforderung Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen zu vereinbaren, ist in unserer Gesellschaft noch wenig bekannt. Erst wenn in der Arbeitswelt und in der Öffentlichkeit darüber gesprochen und das Engagement gewürdigt wird, können bessere Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige geschaffen werden.

Ziel: Die pflegenden Angehörige und ihr Umfeld können sich innert nützlicher Frist über Rahmenbedingungen, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in ihrer Region informieren. Das Engagement von pflegenden Angehörigen wird als wertvolle gesellschaftliche Aufgabe anerkannt. Es wird darauf hingewiesen, dass Krankheit, Hilflosigkeit, Alter und Tod Teile des Lebens sind, mit denen alle konfrontiert sind (Enttabuisierung).

4.3.2 Handlungsfeld 2: Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystem

Viele Kantone haben in den letzten Jahre begonnen, die Anliegen pflegender Angehöriger in der Planung der Gesundheitsversorgung oder in Altersstrategien zu berücksichtigen. Oft ist es für pflegende Angehörige schwierig, einen Überblick über das Unterstützungsangebot zu erhalten, oder aber das Angebot verbessert die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von Angehörigen nur minimal (z.B. Öffnungszeiten, Anmeldefristen, Örtlichkeiten). Das Angebot sollte deshalb gesteuert, koordiniert und insbesondere auch an den Bedürfnissen der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen ausgerichtet werden. Auch die Informationen zu den fragmentierten Kostenträgern sind schwer auffindbar.

Good Practice Beispiele zeigen, dass die Aufnahme der Verbesserung der Rahmenbedingungen von pflegenden Angehörigen in die strategische Planung und Steuerung sowie die gezielte Entwicklung entsprechender Massnahmen Sinn macht, denn nur so können verschiedene Aktivitäten und Bereiche (ambulante und teilstationäre Angebote, Beratungsstellen, NGOs) koordiniert werden. Gegenwärtig gibt es keine systematischen Bestandes- und Bedarfserhebungen, welche eine Ausrichtung des Angebots an den Bedürfnissen der Betroffenen sowie ein gesamtschweizerisches Benchmarking erlauben würden.

Pflegebedürftige Menschen haben oft Mehrfacherkrankungen. Mit neuen Modellen wie Case oder Care Management oder integrierter Versorgung könnte der administrative Aufwand, der

durch die Fragmentierung der Leistungserbringer entsteht, gesenkt und das Pflegearrangement nachhaltiger ausgestaltet werden (WHO, 2008, S. 25).

Pflegende Angehörige werden neben Freiwilligen als wichtige Ressource in der Gesundheitsversorgung gesehen, welche angesichts der demografischen Entwicklungen mit einem steigenden Mangel an Fachpersonal konfrontiert ist. Pilotprojekte wie die Anstellung pflegender Angehöriger bei Spitex sollten weiterverfolgt werden. Gleichzeitig soll durch Entlastungsangebote verhindert werden, dass pflegende Angehörige selber krank werden. Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems sollten die pflegenden Angehörigen als Akteure im Gesundheitswesen berücksichtigt werden (z.B. eHealth, Qualitätssicherung, integrierte Versorgung, Case Management).

Aus volkswirtschaftlicher Sicht, aber auch vor dem Hintergrund der individuellen sozialen Absicherung der pflegenden Angehörigen wäre es wichtig, künftig bei den Entlastungsangeboten nicht nur den Gesundheitsschutz, sondern auch die Vereinbarkeit mit dem Beruf zu verbessern, damit pflegende Angehörige nicht vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Ziel: Pflegende Angehörige erhalten physische, psychische und organisatorische Entlastung, so dass sie in der Lage sind, Care-Verantwortung und Erwerbstätigkeit besser zu vereinbaren. Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wird die Rolle der pflegenden Angehörigen mitberücksichtigt.

4.3.3 Handlungsfeld 3: Arbeitswelt

Das Thema der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie wird in der Arbeitswelt oft auf den Aspekt der Kinder reduziert. Auf Grund der demografischen Entwicklung werden die künftigen Herausforderungen im Bereich Vereinbarkeit vermehrt im Zusammenhang mit dem Engagement von erwerbstätigen Personen in der Pflege und Betreuung von älteren, betagten oder kranken Angehörigen stehen. Anders als bei den Kindern, ist die Entwicklung der Betreuungssituation oft nicht absehbar und noch weniger planbar.

Viele Erwerbstätige reduzieren ihr Arbeitspensum oder ziehen sich aus dem Arbeitsmarkt zurück, was ihre Einkommens- und Vorsorgesituation sowie ihre beruflichen Zukunftschancen beeinträchtigt. In Zeiten des Fachkräftemangels führt dies für die Arbeitgeber zu einem Verlust von wertvollem Know How. Andere Erwerbstätige bewältigen über längere Zeit hinweg eine Mehrfachbelastung, welche zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. Durch eine gezielte Informationspolitik in der Arbeitswelt, welche den Verbleib im Arbeitsmarkt bei gleichzeitiger Entlastung propagiert, könnte verhindert werden, dass Betroffene aus dem Erwerbsleben ausscheiden oder selber krank werden. Erwerbstätige Angehörige sollten die Möglichkeit erhalten, in dringenden Fällen während einigen Tagen der Arbeit fernzubleiben. Auch eine Arbeitsreduktion über eine längere Zeit, verbunden mit einem Rückkehrrecht, könnte die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen verbessern.

In der Arbeitswelt braucht es Vorbilder - öffentliche und private Unternehmen - welche aufzeigen können, wie durch das Engagement der Arbeitswelt für pflegende Angehörige eine Situation entsteht, welche sich für die Unternehmen nach innen wie nach aussen positiv auswirkt (Diversity Management, Personalprojekte, Information, Beratung).

Ziel: Die Arbeitswelt erleichtert die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit. Mitarbeitende und Führungskräfte werden informiert und sensibilisiert. Das Thema „Work and Care“ findet Eingang in die betriebliche Gesundheitsförderung. Erfolgreiche Work und Care-Lösungen werden sichtbar.

4.3.4 Handlungsfeld 4: Absicherung Erwerbsreduktion und -unterbruch

Reduzieren Personen ihr Arbeitspensum oder unterbrechen sie ihre Erwerbstätigkeit, um Angehörige zu pflegen, erleiden sie grosse Einkommenseinbusse. Es sollen Anreize gesetzt werden, damit sie nicht völlig aus dem Erwerbsprozess ausscheiden. Es soll zudem nach Lösungen gesucht werden, welche eine persönliche Pflege ermöglichen, die finanzielle Absicherung verbessern und zugleich neue berufliche Kompetenzen im Gesundheitsbereich schaffen (vgl. Pilotprojekt Anstellung von Angehörigen durch Spitex).

Ziel: Die finanzielle Absicherung bzw. die Risikoabsicherung für den Erwerbsausfall in der Phase der Pflege von Angehörigen wird verbessert, die Stellung der pflegenden Angehörigen im Arbeitsmarkt wird erhalten oder gestärkt.

4.3.5 Handlungsfeld 5: Rentensicherung

Reduzieren Personen ihr Arbeitspensum oder unterbrechen sie ihre Erwerbstätigkeit, um Angehörige zu pflegen, erleiden sie Beitragslücken in der Altersvorsorge. Es sollen Anreize gesetzt werden, damit sie nicht völlig aus dem Erwerbsprozess ausscheiden. Zudem sollen Lösungen propagiert werden, durch welche Beitragslücken vermieden werden. Bestehende Instrumente wie die Betreuungsgutschriften müssen besser bekannt gemacht werden.

Ziel: Die soziale Absicherung pflegender Angehöriger im Hinblick auf die eigene Rentensituation wird verbessert.

4.3.6 Handlungsfeld 6: Datengrundlagen, Forschung und Bildung

Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen ist ein neues Thema, das noch zu wenig Eingang in Forschung und Bildung gefunden hat. Zudem fehlen auch Datengrundlagen. Forschung und Bildung unterstützen sowohl die Information und Sensibilisierung als auch das Finden von Lösungen für neuartige Herausforderungen.

Ziel: Die Datengrundlagen im Bereich „Work and Care“ werden verbessert. Die Forschung zum Thema „Work and Care“ wird gefördert. Die Aus- und Weiterbildung von Personen, welche Leistungen im Bereich „Work and Care“ erbringen, soll gefördert werden.

4.3.7 Schlussfolgerung

Gelingt es mit einem partizipativen Ansatz, insbesondere auch gemeinsam mit den Kantonen und weiteren Akteuren die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige zu verbessern, entsteht eine Win-Win-Situation, die der sozialen Isolation pflegebedürftiger Menschen entgegenwirkt, die Situation pflegender Angehöriger verbessert, die Ressourcen in der Gesundheitsversorgung erhöht und die gesellschaftliche Kohäsion stärkt.

5 Ausblick und Empfehlungen für das weitere Vorgehen

5.1 Ausblick

Die bessere Vereinbarkeit von „Work and Care“ entspricht einem individuellen Bedürfnis, in besonderen Lebenslagen einen gebührenden Beitrag zur Betreuung einer nahestehenden Person zu leisten zu können. Angesichts der demografischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Entwicklungen geht es auch darum, Betreuungs- und Pflegeleistungen, welche Angehörigen erbringen, zu ermöglichen, weil sie eine substantielle Entlastung des Gesundheitssystems darstellen. Gleichzeitig braucht es Angebote, um die Gesundheit der pflegenden Angehörigen zu erhalten und zu verhindern, dass sie wegen Überlastung oder Krankheit vorzeitig aus dem Erwerbsprozess ausscheiden. Der Verbleib im Erwerbsleben garantiert nicht nur die soziale Absicherung von Pflegenden, er wirkt sich auch volkswirtschaftlich positiv aus und sichert die erwünschte, hohe Erwerbsquote.

Dies führt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Das Engagement für pflegebedürftige Angehörige unterstützt den gesellschaftlichen und familialen Zusammenhalt und stärkt das Wohlbefinden und die Selbstbestimmung von kranken, gebrechlichen und sterbenden Menschen.

Die bessere Vereinbarkeit von Pflege- und Erwerbsarbeit trägt dazu bei, dass die Lebenssituation von pflegenden Angehörigen nicht von gesundheitsgefährdendem Stress geprägt ist. Ziel ist es, die Lebensqualität und die Work-Life-Balance der pflegenden Angehörigen zu erhalten, um die Risiken eines Arbeitsunterbruchs oder eines vorzeitigen Rückzugs vom Erwerbsleben zu minimieren.

Das Gesundheitsversorgungssystem ist auf pflegende Angehörige angewiesen. Ansätze einer integrierten Versorgungsplanung, welche verschiedene Leistungserbringer, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige umfasst, kann insbesondere die Situation der pflegenden Angehörigen erleichtern, so dass sie in der Lage sind, ihre Doppelrolle in Beruf und Familie wahrzunehmen.

Die Erwerbsquote sollte insbesondere vor dem Hintergrund der Alterung der Gesellschaft und der rückläufigen Geburtenzahl möglichst hoch gehalten werden, um das Pro-Kopf-Wirtschaftswachstum langfristig möglichst wenig sinken zu lassen, damit die finanzielle Tragbarkeit der Sozialwerke gesichert bleibt.

Politik und Gesellschaft müssen Rahmenbedingungen schaffen, um die Vereinbarkeit von „Work and Care“ zu verbessern. Das Engagement für pflegebedürftige Angehörige unterstützt den gesellschaftlichen und familialen Zusammenhalt und stärkt die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen. Die verbesserten Rahmenbedingungen sollen dazu beitragen, dass möglichst viele pflegende Angehörige trotz ihrer zusätzlichen Aufgabe im Arbeitsprozess verbleiben und ihren Lebensunterhalt durch eigene Erwerbstätigkeit sichern können. Es ist wichtig, dass sie dabei ihre eigene soziale Sicherung nicht gefährden.

Es wurde sichtbar gemacht, dass die Verfassungsgrundlagen für Aktivitäten des Bundes beschränkt sind. Er hat vor allem Gesetzgebungskompetenzen im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht sowie bei der Regulierung der Versicherungsleistungen. Starke Impulse können insbesondere auch von den Kantonen ausgehen und häufig auf Gemeindeebene umgesetzt werden. Angesichts der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung ist es nicht selbstverständlich, dass die Pflege von Angehörigen ohne flankierende Massnahmen im gleichen Umfang erfolgen kann wie bisher. Es wird sich also für die staatlichen Akteure auf allen Ebenen, aber auch in der Arbeitswelt die Frage stellen, durch welche Massnahmen sie die Situation der pflegenden Angehörigen verbessern können. Da Anreize gesetzt werden sollten, um die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege zu verbessern, ist voraussichtlich auch ein entsprechendes finanzielles Engagement erforderlich, das aber als langfristige Investition in unsere künftige Gesellschaft zu sehen ist.

5.2 Empfehlung für die nächsten Schritte

Bei der Formulierung der Massnahmen ist von Beginn weg „mitzudenken“ welche Akteure welche Rolle bei der Unterstützung pflegender Angehöriger spielen (können). Angesichts der hohen vertikalen und horizontalen Fragmentierung empfiehlt sich ein starker Einbezug der Kantone. Durch eine Bestandes- und Bedarfsanalyse könnten effektive Lücken sichtbar gemacht werden. Ein erster Schritt könnte eine schriftliche Erhebung mit einem Fragebogen darstellen. Eine Veranstaltung mit Kantonen und Vertretern von Gemeinden unterschiedlicher Grösse könnte zum Austausch über Good Practice führen. Mögliche Steuerungsformen könnten diskutiert werden.

Die Analyse zeigt auch, dass die Entscheider (Bund, Kantone, Gemeinden), Nutzer (Kanton, Gemeinden) und Finanzierer (Sozialversicherer, Krankenversicherer, Bund, Kantone und Gemeinden) stark fragmentiert sind (vgl. Abbildung 17). Grosse Fortschritte sind nur möglich, wenn die Governance im Gesamtsystem verbessert wird. Für das Gesundheitswesen müssten Steuerungsmechanismen entwickelt werden, welche ohne die Innovationskraft von Gemeinden und Kantonen zu beschneiden, die Entwicklung nationaler Ansätze erlaubt (vgl. auch OECD, 2011a, S. 19). Zwar wurde mit der neuen Pflegefinanzierung eine (Teil)entflechtung der Aufgaben vorgenommen. Für die (kantonale) Gesundheitsversorgung ist z.B. aber auch entscheidend, welche Versorgungsmodelle möglich sind, d.h. welche Kosten gemäss KVG von den Versicherern übernommen werden oder wer Pflege (nur Arzt, weitere Gesundheitsfachpersonen) anordnen und steuern kann. Andererseits ist der Bund auf die

Zusammenarbeit mit den Kantonen angewiesen, wenn übergeordnete Ansätze verwirklicht werden sollen. Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik ist eine Plattform, welche die Entwicklung gemeinsamer Strategien erlaubt. Ziel könnte eine Programmvereinbarung in der Langzeitpflege sein, durch welche Anreize zu Pilotprojekten gesetzt würden (vgl. 2.6.1)

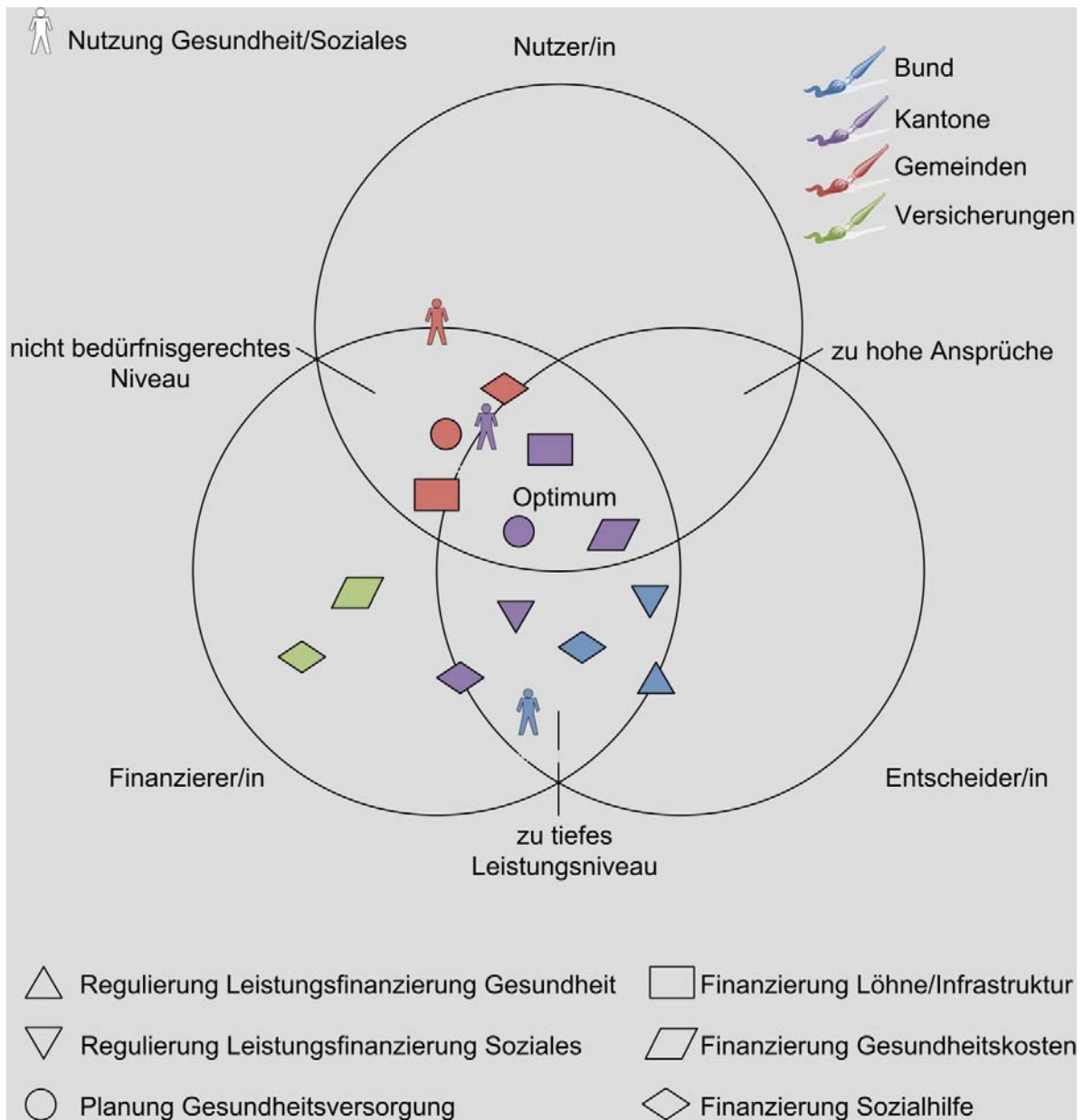


Abbildung 17: Fragmentierung Entscheider, Finanzierer, Nutzer - Quelle: Schedler, 2012 und eigene Darstellung

Damit die Fragmentierung für die pflegenden Angehörigen weniger belastend wirkt, könnten Ebenen übergreifende Lösungen entwickelt werden, welche den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen erleichtern (z.B. durch E-Government, eHealth, care management oder integrierte Versorgung), ohne dass der enge lokale Bezug zur Bevölkerung wegfällt.

Um die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen zu verbessern, braucht es staatliches, zivilgesellschaftliches und individuelles Engagement sowie übergreifende Steuerungsmöglichkeiten, an denen zumindest Bund und Kantone beteiligt sind.

6 Quellenverzeichnis

6.1 Literatur

Achtermann, W. & Berset, Ch. (2006). *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik*. Bern: BAG.

Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (2012). *Rapport. Evaluation de la charge et des besoins des proches aidants. Mandat du Service des assurances sociales et de l'hébergement du canton de Vaud*. Lausanne: Association vaudoise d'aide et de soins à domicile.

BAG (2011). *Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 26. April 2011 zur Umsetzung Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung in den Kantonen*. Bern: SGK.

BAG & GDK (2009). *Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2012*. Bern: BAG & GDK.

Baumann, D. (2012). *Wenn nach Feierabend hilfsbedürftige Angehörige warten*. In: der Schweizer Arbeitgeber 6/2012. Zürich: Schweizer Arbeitgeberverband.

BFS, SGB (2009). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007, Standardtabellen, Interaktive Applikation auf CD-ROM*. Neuenburg: BFS.

BFS (2010). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz, 2010 – 2016*. In: Statistik der Schweiz, Neuenburg: BFS.

BFS (2012a). *Ergänzung des Bruttoinlandproduktes, Medienmitteilung vom 11.5.2012*. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/22/press.html?pressID=7995>, eingesehen am 14.7.2012. Neuenburg: BFS.

BFS (2012b). *Gesamtschau Ergänzung des BIP*. Neuenburg: BFS.

BFS (2012c). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung: Beteiligung am Arbeitsmarkt 2001-2011*. Medienmitteilung. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=8010>, eingesehen am 18. November 2012. Neuenburg: BFS.

BFS, PROGNOSEN (2010). *Szenarien für das Bildungssystem*. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/08/dos/blank/06/01.html>, eingesehen am September 2012. Neuenburg: BFS.

BFS, SAKE (2010). *Zeitvolumen für unbezahlte Arbeit*. URL: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/04/blank/key/sat_kont/02.html, eingesehen am 18. November 2012. Neuenburg: BFS

BFS, SAKE (2012a). *Nettoerwerbsquote (Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren)*. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/02/blank/key/erwerbsquote.html>, eingesehen am 4. Oktober 2012. BFS: Neuenburg.

BFS, SAKE (2012b). *Medienmitteilung: Schweizerische Arbeitskräfteerhebung: Beteiligung*

- am Arbeitsmarkt 2001-2011*. URL:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/22/press.html?pressID=8010>,
eingesehen am 4. Oktober 2012. BFS: Neuenburg.
- BFS, SCENARIO (2010a). *Zukünftige Bevölkerungsentwicklung – Daten, Indikatoren – Schweizer Szenarien: Ständige Wohnbevölkerung nach Alter gemäss dem mittleren Szenario*. URL:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/ind_erw.html,
eingesehen am 3.10.2012. Neuenburg: BFS.
- BFS, SCENARIO (2010b). *Entwicklung des Altersquotienten*. URL:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/07.html>, eingesehen am 1. September 2012. Neuenburg: BFS.
- BFS, SCENARIO (2010c). *Bevölkerungsentwicklung*. URL:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/ind_erw.html,
eingesehen am 25. Oktober 2012. Neuenburg: BFS.
- BFS, SILC (2010). *Menschen mit Behinderungen*. URL:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/01.html>, eingesehen am 18. November 2012. Neuenburg: BFS
- BFS, SGB/ESPOP/BEVNAT (2011). *Lebenserwartung bei guter Gesundheit*. Neuenburg: BFS.
- BFS, SPITEX (2011). *Achtzig Prozent der Spitex-Leistungen werden von gemeinnützigen Organisationen erbracht*, Medienmitteilung. URL:
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2011-856, eingesehen am 11. November 2012. Neuenburg: BFS.
- Bischofberger, I. & Höglinger, M. (2008). *Herausforderungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege*. In: Schweizer Arbeitgeber, 8. Oktober 2008. Zürich: Schweizerischer Arbeitgeberverband.
- Bischofberger, I. & Lademann, J. (2008). *Beruf und Pflege vereinbaren: Eine Literaturstudie*. Zürich: Careum F+E.
- Bischofberger (2012a). *Work and Care: Die Unternehmen sind gefordert. Die Vereinbarkeit von Beruf und Angehörigenpflege braucht gezielte Unterstützung*. In: Care Management 2012, Nr. 4, Zeitschrift für Integrierte Versorgung, Qualität und eHealth. Muttens: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.
- Bischofberger (2012b). *Erwerbstätige pflegende Angehörige – drei zentrale Handlungsfelder*. In: CHSS 1/2012. Bern: BSV
- BK (2012). *Perspektiven 2025. Lage- und Umfeldanalyse sowie Herausforderungen für die Bundespolitik*. URL:
<http://www.bk.admin.ch/dokumentation/publikationen/00290/00930/index.html?lang=de>, eingesehen am 12. November 2012. Bern: BK
- BSV (2011). *Alterspolitik in der Schweiz: Nichtstaatliche (private) Organisationen (NGO)*. URL:
http://www.bsv.admin.ch/themen/kinder_jugend_alter/00068/index.html?lang=de#spru

- [ngmarke0_10](#), eingesehen am 5. November 2012. Bern: BSV.
- Bundesrat (1990). *Botschaft 90.021 über die zehnte Revision der Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 5. März 1990*, BBl 1990 II 1. URL: <http://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/detailView.do?id=10051407#1>, eingesehen am 10. November 2012. Bern: BK.
- Bundesrat (2001). *Botschaft 01.015 über die 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 21. Februar 2001*, BBl 2001 I 3205. URL: <http://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/detailView.do?id=10121342>, eingesehen am 24. November 2012. Bern: BK.
- Bundesrat (2002). *Botschaft 01.074 zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 14. November 2001*, BBl 2002 2292. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2002/2291.pdf>, eingesehen am 10. Juli 2012. Bern: BK.
- Bundesrat (2005a). *Botschaft 05.025 zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung*, BBl 2005 2033. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2005/2033.pdf>, eingesehen am 3. Oktober 2012. Bern: BK.
- Bundesrat (2005b). *Botschaft 05.070 zur Ausführungsgesetzgebung zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 7. September 2005*, BBl 2005 6029. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2005/6029.pdf>, eingesehen am 10. November 2012. Bern: BK.
- Bundesrat (2010). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket*, BBl 2010 1817. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2010/1817.pdf>, eingesehen am 6. November 2010. Bern: BK.
- Bundesrat (2011). *Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe - Bericht des Bundesrates*. URL: <http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/ber-br-d.pdf>, eingesehen am 3.10.2012. Bern: EJPD.
- BG (2006). *Bundesversicherungsgericht, unveröffentlichter Entscheid vom 21.6.2006 (K 156/04)*. URL: <https://www.swisslex.ch/AssetDetail.mvc/Show?assetGuid=013f3081-1d45-478b-a564-2dccc18ad6df>, eingesehen am 29. Oktober 2012. Zürich: Swisslex.
- BG (2007). *Bundesversicherungsgericht, unveröffentlichter Entscheid vom 19.12.2007 (9C_597/2007)*. URL: <https://www.swisslex.ch/AssetDetail.mvc/Show?assetGuid=9cbf4114-4869-435f-8b46-017b907764b1&source=hitlist&setOrigin=true#firstSearchTerm>, eingesehen am 29. Oktober 2012. Zürich: Swisslex.
- BSV (2009). *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen*. URL: <http://www.bsv.admin.ch/themen/gesellschaft/00074/02391/index.html?lang=de>, eingesehen am 29. Oktober 2012. Bern: BSV.
- Deplazes, B (2012). *Monetäre Unterstützung der AHV/EL im Bereich der Angehörigenpflege*. In: CHSS 1/2012. Bern: BSV.

- Derrer-Balladore, R. (2012). *Spagat zwischen Beruf und Pflege*. In: *Schweizer Arbeitgeber*, 6/2012, S. 18ff.. Zürich: Schweizer Arbeitgeberverband.
- Despland, B. & von Ballmoos C. (2008). La prise en charge, par l'assurance-maladie, des soins dispensés par un membre de famille. Lausanne : Haute école cantonale vaudoise de la santé. Lausanne: HESAV.
- Eidgenössische Personalamt. (2010).
<http://www.epa.admin.ch/themen/personalpolitik/00264/index.html?lang=de>, eingesehen am 16.7.2012. Bern: EPA.
- Eidgenössische Finanzverwaltung (2008). Legislaturfinanzplan 2009 - 2011, Anhang 7: Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen. Bern: EFV
- Eidgenössische Finanzverwaltung (2012a). *Legislaturfinanzplan 2013-15, 2012. Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen*.
http://www.efv.admin.ch/d/downloads/finanzberichterstattung/finanzplan/LFP2013-2015_d.pdf, eingesehen am 10. November 2012. Bern: EFV.
- Eidgenössische Finanzverwaltung (2012b). Carsten Colombier. Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 19. URL:
http://www.efv.admin.ch/d/downloads/publikationen/arbeiten_oekonomenteam/workingpapers/Working_Paper_19_d_Web.pdf, eingesehen am 18.11.2012, Bern: EFV.
- Ellner, S. (2012). *Wenn die Spitex-Angestellte die eigene Tochter ist*. URL:
http://www.nzz.ch/aktuell/zuerich/stadt_region/wenn-die-spitex-angestellte-die-eigene-tochter-ist-1.17307618, eingesehen am 28.10.2012. Zürich: Neue Zürcher Zeitung.
- Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living*, in: *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE), International Encyclopedia of Rehabilitation* http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/activities_of_daily_living.pdf, eingesehen am 4. Oktober 2012. Buffalo: CIRRIE.
- Feinberg, L. et al (2011) *Valuing the Invaluable: 2011 Update - The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving*. URL: <http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/ltc/i51-caregiving.pdf>, eingesehen am 4. Oktober 2012. Washington D.C: AARP Public Policy Institute.
- Fluder, R. et al. (2011). *Ambulante Altershilfe, Schlussbericht*. Bern: Berner Fachhochschule.
- GDK & Oda Santé (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009*. Bern: GDK & Oda Santé.
- GfK (2009a). *Zusammenfassung der Ergebnisse zur Studie „Palliative Care“*. Hergiswil: GfK.
- GfK (2009b). *Palliative Care 2009. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Hergiswil: GfK.
- Häfelin, U. & Haller, W. (2012). *Schweizerisches Bundesstaatsrecht*. Zürich: Schulthess.
- Hansen, W. (2007). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Stuttgart: Schattauer.

Höfplinger, F. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Bern: Huber.

International Council of Nurses (2010), Definition of Nursing, URL:
<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>, eingesehen am 3.10.2012

Kanton Appenzell Ausserrhoden (2012). *Gesundheitsbericht Kanton Appenzell Ausserrhoden 2012*. URL:
http://www.ar.ch/fileadmin/user_upload/Departement_Gesundheit/Information/Gesundheitsbericht_2012.pdf, eingesehen am 10. November 2012. Herisau: Departement Gesundheit

Kanton Bern (2004). Gesundheits- und Fürsorgedirektion. *Alterspolitik im Kanton Bern, Planungsbericht und Konzept für die weitere Umsetzung der vom Grossen Rat mit dem „Altersleitbild 2005“ festgelegten Ziele*. URL:
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Alter/Altersbericht_2004_de.pdf, eingesehen am 18. November 2012. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Kanton Bern (2005). *Alterspolitik 2005. Planungsgrundlagen für Gemeinden*. URL:
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen/alter.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Alter/Leitfaden_Kommunale_Altersleitbilder_de.pdf, eingesehen am 18. November 2012. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Kanton Bern (2011). Gesundheits- und Fürsorgedirektion. *Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern*. URL:
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/alba/publikationen.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Alter/Altersbericht_2011_de.pdf, eingesehen am 18. November 2012. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion.

Kanton Waadt (2008). *Synthese technique des travaux effectués pour la planification médico-sociale 2015 – 2020*. Canton de Vaud : Lausanne.

Kanton Waadt (2012). *Viellissement et Santé. Une politique cantonale*. Lausanne : Canton de Vaud.

Knoepfel, P. et al. (2011). *Politikanalyse*. Opladen & Farmington Hills: Budrich.

Kocher, G. (2010). *Kompetenz- und Aufgabenteilung Bund – Kantone – Gemeinden*. In: Kocher & Oggier, Gesundheitswesen Schweiz. Bern: Huber.

Leu, A. & Bischofberger, I. (2012). *Pflegende Angehörige als Angestellte in der Spitex: Eine Annäherung aus rechtlicher, qualifikatorischer und konzeptioneller Perspektive*. In: Pflegerecht 04/2012, 2012. Bern: Stämpfli.

Lienhard, A. (2005). *Staats- und verwaltungsrechtliche Grundlagen für das New Public Management in der Schweiz*. Bern: Stämpfli.

Mäder, M. (2011). *Bedürfnis nach Angehörigenpflege wächst*. In: Der Arbeitsmarkt: Das Schweizer Portal für Arbeit und Beschäftigung. URL:
http://www.derarbeitsmarkt.ch/arbeitsmarkt/de/themen/archiv/707287/Bed%C3%BCrfnis_nach_Angeh%C3%B6rigenpflege_w%C3%A4chst, eingesehen am 3. November 2012. Zürich: FAU – Fokus Arbeit Umfeld.

- Mankiw N. & Taylor M. (2008). *Grundzüge der Volkswirtschaftslehre* (4. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Martin, M. & Moor, C. (2010). *Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz*. In: Bundesamt für Sozialversicherungen, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/10. Bern: BSV.
- Medici, G. & Schilliger, S. (2012). *Arbeitsmarkt Privathaushalt – Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen*. In: CHSS 1/2012. Bern: BSV.
- Meierhans Steiner, K. & Harringer, R. (2012). *Zeitvorsorge – Die Stadt St. Gallen setzt auf Zeittausch in der persönlichen Altersvorsorge*. In: CHSS 4/2012. Bern: BSV.
- Moor, C. & Aemisegger, A. (2011). *Unterstützung pflegender Angehöriger in den Kantonen, Zusatzanalyse zum Bericht „Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz“, (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/10)*, im Auftrag des Spitex Verband Schweiz. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- Müller, G. (2006). *Elemente einer Rechtsetzungslehre*. Zürich: Schulthess
- Müller, J. (2011). *Zeitvorsorge – Solidarität zwischen dem dritten und vierten Lebensalter, Machbarkeitsstudie für ein Zeitvorsorgesystem in der Stadt St. Gallen*. Im Auftrag der Stadt St. Gallen und des Bundesamts für Sozialversicherung. URL: http://www.stadt.sg.ch/home/gesellschaft-sicherheit/aeltere-menschen/zeitvorsorge/jcr_content/RightPar/downloadlist_teaser/DownloadListParTeaser/download_teaser_0.ocFile/Zeitvorsorgesystem_St%20Gallen_Bericht.pdf, eingesehen am 29. Oktober 2012. –Dornbirn: Jochum Müller OG.
- Müller-Stewens, G. & Lechner, Ch. (2011). *Strategisches Management*. Stuttgart: Schäfer-Poeschel.
- OECD (2011a). *OECD Reviews of Health Systems – Switzerland*. Paris: OECD.
- OECD (2011b). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD.
- Oesch, Th. & Künzi, K. (2008). *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen*, Bericht z.H. des BSV. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien, Bass AG.
- Perrig-Chiello, P./ Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber.
- Poledna, Th./Berger, B. (2002). *Öffentliches Gesundheitsrecht*. Bern: Stämpfli.
- Ritz, A. & Neumann, O. (2012). *Diversity und Diversity Management in öffentlichen Organisationen*. In: Hilgers/Schauer/Thom (Hrsg.). Public Management im Paradigmenwechsel – Staat und Verwaltung im Spannungsfeld von New Public Management, Open Government und bürokratischer Restauration, Public Management Colloquium 2012 an der Universität Hamburg, Linz: Universitätsverlag R. Trauner.
- Rüetschi, D. (2012). *Die Rechte des Arbeitnehmers bei der Betreuung kranker Kinder und anderer Angehöriger*. In: Festschrift für Ingeborg Schwenzer, 2. Band, S. 1461

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2011). *Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“ Phase III, Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden*. URL: <http://www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Zukunft-Medizin-Schweiz.html>, eingesehen am 3.10.2012.
- SECO (2008). *Wachstumsbericht, Grundlagen der Wirtschaftspolitik Nr. 14D, Bericht des Bundesrates vom 2. April 2008*. Bern: SECO.
- SECO (2009). *Demografischer Wandel und seine Folgen - Beobachtungen zum Stand der Erwerbsbevölkerung bis 2004 und ihre mögliche Weiterentwicklung bis 2050*. URL: <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/02023/03454/03456/index.html?lang=de>, eingesehen am 10.11.2012. Bern: SECO.
- SECO (2010). *Beobachtungen zum Stand der Erwerbsbevölkerung bis 2004 und ihre mögliche Weiterentwicklung bis 2050*. Bern: SECO.
- Schedler, K. & Proeller, I. (2011). *New Public Management*. Bern: Haupt Verlag
- Seitz, Y. (2011). *"Elder Care – eine wichtige Errungenschaft im Diversity Management"*. In: UND-akteuell. Zürich: Fachstelle UND.
- SGK-N (2012). *Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen. Erläuternder Bericht vom 13. August 2012*. Bern: SGK-N.
- SGK-S (2011). *Umsetzung der Pflegefinanzierung. Erläuternder Bericht vom 28. Juli 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen – Ergänzende Fragen*. Bern: SGK-S.
- Spitex Verband Kanton Bern (2011). *Pflegende Angehörige: Anstellung bei der Spitex*, Bern: Spitex Verband Kanton Bern. URL: http://www.spitexbe.ch/index.cfm/C4D3C4AE-A159-4954-8A4385B0CEB57609/?id=C6216483-B85E-C824-308D64F3FE7423EA&method=article.detail&p=1&c=&ref_c=&m=, eingesehen am 28. Oktober 2012. Bern: Spitex.
- Stadt Bern (2010). *Stadt Bern lanciert Kampagne „Mein Pflegestart“ und Gratis-Beratungstelefon*. URL: http://www.bern.ch/mediencenter/aktuell_ptk_sta/2010/01/pflegestart, eingesehen am 20. November 2012. Bern: Stadt Bern.
- Stadt Bern (2012a). *Betreuende Angehörige*. URL: http://www.bern.ch/leben_in_bern/gesundheit/pensionierung/betreuendeangeh, eingesehen am 20. November 2012. Bern: Stadt Bern.
- Stadt Bern (2012b). *nimmergrün*. URL: <http://www.nimmergruen.ch/>, eingesehen am 20. November 2012. Bern: Stadt Bern.
- Stadt Bern (2012c). *Bern lanciert das Schweizer Netzwerk altersfreundlicher Städte*. URL: http://www.bern.ch/mediencenter/aktuell_ptk_sta/2012/11/netzwerk, eingesehen am 21. November 2012. Bern: Stadt Bern.
- Stadt St. Gallen (2012). *Gründung einer Stiftung zur Zeitvorsorge, Vorlage Stadtparlament. St. Gallen: Stadt St. Gallen*. URL: <http://ftp.sg.oca.ch/stadtparlament/4d38986732cc47c08bc725548d86d3ea-332.pdf>, ein-

gesehen am 29. Oktober 2012. St. Gallen: Stadt St. Gallen.

Stocker et al. (2012). *Umsetzung der Altersleitbilder in den bernischen Gemeinden. Bestandesanalyse*. Im Auftrag der Pro Senectute Bern und der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF). Bern: Büro BASS

Stutz H., & Knapfer C. (2012). *Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern, Anpassungsbedarf des Sozialstaats in Zeiten sich ändernder Arbeitsteilung*. Bern: EBG.

Thom, N. & Ritz, A. (2008). *Public Management, Innovative Konzepte zur Führung im öffentlichen Sektor*. Wiesbaden: Gabler.

Tschannen, P. (2011). *Staatsrecht der Schweizerischen Eidgenossenschaft*. Bern: Stämpfli.

Uijen, A. & van de Lisdonk, E. (2008). *Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years*. In: The European journal of general practice, Nr. 02; 14 Suppl., 28-32, London: Informa Healthcare

WHO (2008). *The Solid Facts – Home Care in Europe*. Copenhagen: OECD Europe.

Zumbrunn & Bayer-Oglesby (2010). *Pflege durch Angehörige*. In: Kocher & Oggier, Gesundheitswesen Schweiz, 2010 – 2012, S 275 - 280. Bern: Huber.

6.2 Erlasse

AHVG. *Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946* (Stand 16. Juli 2012) (SR 831.10)

AHV. *Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, vom 31. Oktober 1947* (Stand Januar 2012) (SR 831.101)

ArG. *Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel*, (Stand August 2008) (SR 822.11)

ATSG. *Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts* (Stand 1. Januar 2012) (SR 830.1)

BV. *Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999* (Stand 11. März 2012) (SR 101)

Bundesbeschluss über die Legislaturplanung 2011 – 2015 vom 15. Juni 2012 (BBl 2012 7155)

ELG. *Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung* (Stand 1. Januar 2008) (SR 831.30)

FPfZG. *Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz) vom 6.12.2011* (BGBl. I S. 2564), Bundesministerium der Justiz, <http://www.gesetze-im-inter-net.de/bundesrecht/fpfzg/gesamt.pdf>, eingesehen am 4. Oktober 2012

-
- IVG. *Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung* (Stand 16. Juli 2012) (SR 831.20)
- IVV. *Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung* (Stand 1. Juni 2012) (SR 831.201)
- KLv. *Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)* (Stand 1. September 2012) (SR 832.112.31)
- KVG. *Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung* (Stand 16. Juli 2012) (SR 832.10)
- LAVASAD. *Loi sur l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile du 6 octobre 2009* (RSV 801.11)
- MVG. *Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung* (Stand 16. Juli 2012) (SR 833.1)
- OR. *Bundesgesetz vom 30. März 1911 betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, Fünfter Teil: Obligationenrecht* (Stand 1. Oktober 2012) (SR 220)
- PartG. *Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare vom 18. Juni 2004* (Stand am 1. Januar 2011) (SR 211.231)
- PflegeZG. *Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz) vom 28. Mai 2008* (BGBl. I S. 874, 896), Bundesministerium der Justiz, http://www.gesetze-im-inter-net.de/pflegezg/_7.html, eingesehen am 4. Oktober 2012
- StGB. *Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937* (Stand 1. Oktober 2012) (SR 311.0)
- UVG. *Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung* (Stand 16. Juli 2012) (SR 832.20)
- UVV. *Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982* (Stand am 1. Januar 2012) (SR 832.202)
- Verordnung zum Krankenpflegegesetz. Kanton Graubünden, Verordnung zum Gesetz über die Förderung der Krankenpflege und der Betreuung von betagten und pflegebedürftigen Personen vom 11. Dezember 2007* (Stand 1. November 2011) (BR 506.060)
- ZGB. *Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907* (Stand 1. Januar 2012) (SR 201)
- ZGB-Erwachsenenschutzrecht. *Schweizerisches Zivilgesetzbuch (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), Änderung vom 19. Dezember 2008* (AS 2011 725)

6.3 Parlamentarische Vorstösse

Folgende parlamentarische Vorstösse weisen Bezüge zum vorliegenden Bericht auf (die überwiesenen Vorstösse wurden **fett** hervorgehoben).

Pa. Iv. Meier Schatz 11.412, Rahmenbedingungen für die Entlastung von pflegenden Angehörigen (*in Arbeit: Subkommission SGK*)

Pa. Iv. Meier-Schatz 11.411, Betreuungszulage für pflegende Angehörige (*in Arbeit: Subkommission SGK*)

Pa. Iv. Lohr - 12.409 Entschädigung von Hilfeleistungen von Angehörigen im Rahmen des Assistenzbeitrages (*SGK-NR, im Plenum noch nicht behandelt*)

Pa. Iv. Steiert 12.453, Die Pauschalentschädigung für die Hilfe und Pflege zu Hause von den Steuern befreien (*WAK-NR, im Plenum noch nicht behandelt*)

Pa. Iv. Joder 12.470, 12.470 – Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden (*NR: im Plenum noch nicht behandelt*)

Pa. Iv. Meyer-Schatz 10.410, Erhöhung der Erziehungs- und Betreuungsgutschriften in der AHV (*NR: keine Folge gegeben*)

Po Seydoux 09.4199, Ausreichend langer bezahlter Urlaub für Eltern von schwerkranken Kindern (*überwiesen, SR, BJ*)

Po Fetz 11.3492, Freiwillige Elternzeit und Familienvorsorge (*überwiesen, SR; BSV*)

Po Schmid-Federer 12.3266, Rechtliche Rahmenbedingungen für Pendelmigration zur Alterspflege (*überwiesen, NR; SECO*)

Po Teuscher 11.4011, Anerkennung der Grosselternarbeit (BR: abgelehnt, NR im Plenum noch nicht behandelt)

Po Schenker 11.4001, Work and Care. Analyse und Massnahmenplan (BR: abgelehnt, im NR noch nicht behandelt)

Po Gilli 12.3478, Wenn Väter sich für die Familie engagieren, gefährden sie ihre Gesundheit (BR Annahme, im Plenum noch nicht behandelt)

Po. Humbel 12.3602, Reform der Ergänzungsleistungen AHV/IV (*überwiesen, NR*)

Po. Kuprecht 12.3673, Ergänzungsleistungen zu AHV/IV Perspektiven 2020 (SR, im Plenum noch nicht behandelt)

Po FDP-Liberale Fraktion 12.3677, Keinen Blindflug bei Ergänzungsleistungen AHV/IV (NR, im Plenum noch nicht behandelt)

Mo Joder, 11.4006 Betreuung, Pflege und Überwachung von schwerbehinderten Kindern zu Hause (BR: abgelehnt, im NR noch nicht behandelt)

Mo Streiff 11.3959 Entlastung für Eltern behinderter Kinder mit Spitex sicherstellen (BR: abgelehnt, im NR noch nicht behandelt)

IP Schenker, 11.3786, Schwer pflegebedürftige Kinder und deren Eltern nicht allein lassen (NR: Diskussion verschoben)

IP Schenker, 11.3252, Neue Pflegefinanzierung. Benachteiligung von Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden (*NR: Diskussion verschoben*)

Anfrage Rennwald, 11.1072, Anfrage Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben (*erledigt*)

6.4 Weitere Quellen

In der Arbeit gemachte Äusserungen, Wertungen und Schlussfolgerungen sind nicht den Diskussionspartnern, sondern allein der Autorin zuzuschreiben.

Aeschbacher Monique, BSV. *Gespräche über die Rahmenbedingungen im Bereich der Sozialversicherungen des Bundes*, Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“, April - Oktober 2012.

Bischofberger Iren. Careum F+E, Forschungsbereich Work and Care. *Gespräche, wissenschaftliche Hinweise und Präsentationen zur Unterstützung der Interdepartementalen Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“*, Mai – Oktober 2012.

Bösiger Margreet, BJ. *Gespräche über den Arbeits- und Obligationenrecht*, Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“, Juni - Oktober 2012.

Dorn Andrea, GS EVD. *Gespräche über Diversity Management im Personalmanagement des Bundes*, Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“, April - Oktober 2012.

Dörrig Remo, SODK. *Hearings zur Sozialpolitik der Kantone*, Mai und August 2012

Friedmann Wanshe Anouk. Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH), Kanton Waadt, *Gespräche über die Unterstützungsstrategie für pflegende Angehörige*, Oktober 2012.

Hadorn Brigitte. Fachleitung Pflege, Spitex Region Köniz, *Anstellung pflegender Angehöriger bei der Spitex – Rahmenbedingungen und Erfahrungen in Köniz*, Gespräch, Oktober 2012.

Gisler Rita. Leiterin Alter- und Versicherungsamt der Stadt Bern, *Gespräch über die Unterstützung pflegender Angehöriger in der Stadt Bern*, Juli 2012.

Knüpfer Caroline. SKOS / Gesundheits- und Sozialdirektion Kanton Waadt, *Hearing zum Thema pflegende Angehörige: Aktivitäten im Kanton Waadt, Handlungsbedarf auf Bundesebene*, August 2012.

Leutwiler Stefan, GDK. *Hearings zur Gesundheitspolitik der Kantone*, Mai und August 2012.

Maillard Pierre-Yves. Conseiller d'Etat du Canton de Vaud, Président de la CDS-GDK. *Positionnement de l'aide et des soins à domicile du point de vue des cantons*. Referat am

Congrès de l'ASSASD 2010 : Aide & Soins à Domicile – au cœur de l'action.

Perrig-Chiello Pasqualina. Universität Bern, *Hearing zum Thema pflegende Angehörige*, Mai 2012.

Pône Mercedes, Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH). *Les espaces communautaires de rencontre et d'échange: un atout!*. Referat « Journée des Proches aidants 2012 », Oktober 2012

Ragni Thomas, SECO. *Gespräche und Hinweise zur Wachstumsstrategie des SECO sowie zu Zielkonflikten*, Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“, April - Oktober 2012.

Ritz Adrian, *exec. MPA, Modul 4: Performancemanagement in öffentlichen Institutionen*, Oktober 2012

Schedler Kuno, *exec. MPA, Modul 4: Finanzielle Führung, Budgetierung, Rechnungsmodelle*, November 2012.

Schön-Bühlmann Jacqueline, BFS. *Gespräche, Hinweise und Zusammenstellungen zur Demografie, zur Pflege, zur Freiwilligenarbeit und Entwicklung der Haushalte*, Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“, April - Oktober 2012.

Stutz Heidi, Büro BASS. *Hearing zu Work and Care aus der Sicht der Gleichstellung*. Hearing, Mai 2012.

Thomet Ursula, EBG. *„Work and Care als Aspekt der Gleichstellung von Mann und Frau, Gespräche Arbeitsgruppe „IDA Work and Care, April - Oktober 2012.*

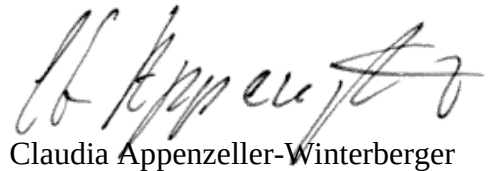
von Wartburg Lea, BAG, *Nationale Strategie Palliative Care*, Gespräche Arbeitsgruppe „IDA Work and Care“, April - Oktober 2012.

Zein Bassem, BJ. *Gespräche über Arbeits- und Obligationenrecht*, April - Oktober 2012.

7 Selbständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.“

Habstetten, 30. November 2012



Claudia Appenzeller-Winterberger

8 Über die Autorin



*Claudia Appenzeller
Im Gässlisacher 29
3065 Bolligen*

Claudia Appenzeller-Winterberger

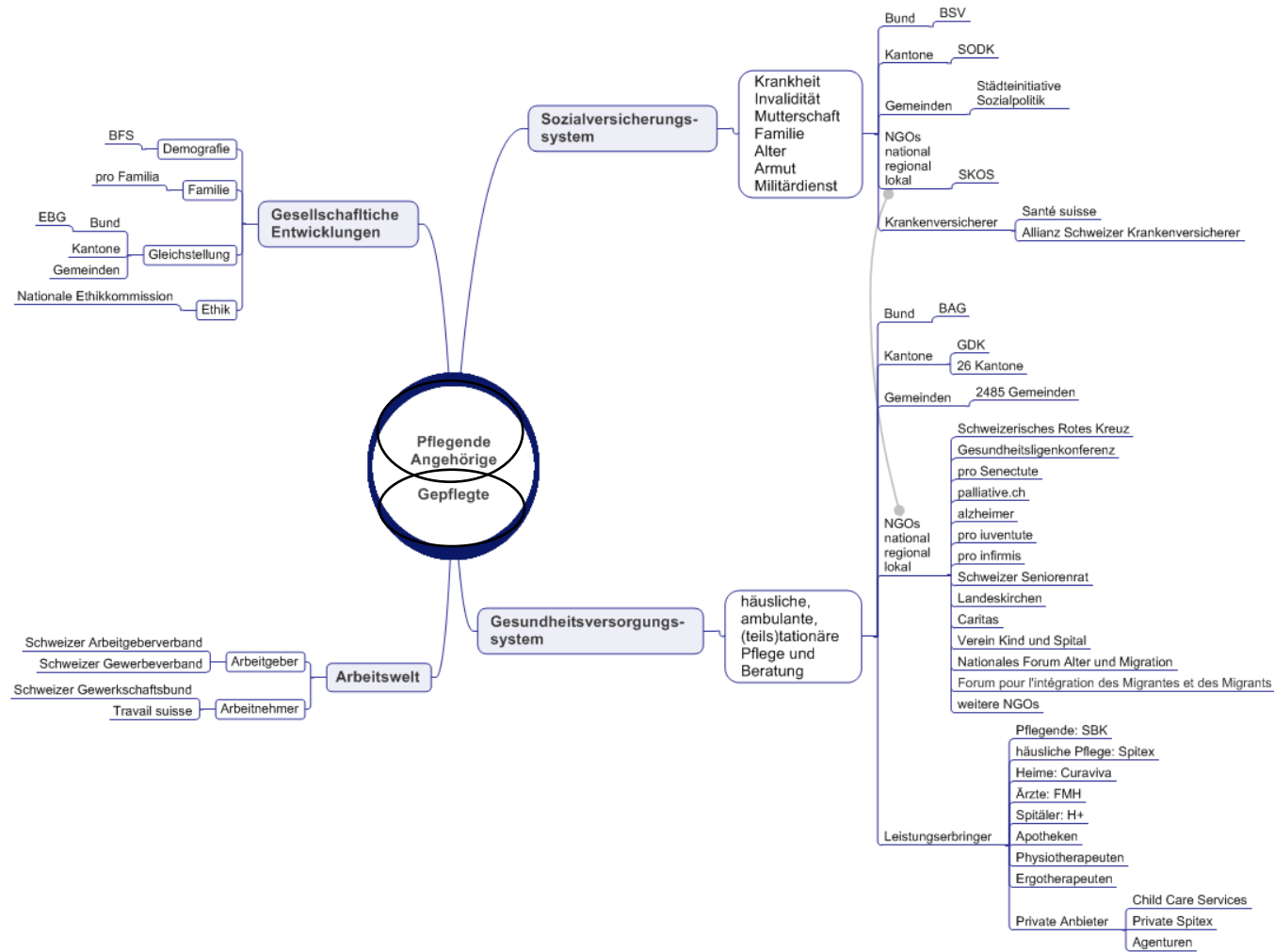
Claudia Appenzeller-Winterberger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Innovationsprojekte des Bundesamtes für Gesundheit. Gegenwärtig leitet sie insbesondere die Interdepartementale Arbeitsgruppe „Work and Care“, welche zu Handen des Bundesrates Massnahmenvorschläge für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen ausarbeitet.

Als Generalistin hat Claudia Appenzeller-Winterberger eine besondere Faszination für das Zusammenspiel von Recht, politischen und ökonomischen Prozessen und Kommunikation. Nach längerer leitender Tätigkeit in der Nachwuchsförderung im Bereich Naturwissenschaften und Technik verbindet sie in ihrem aktuellen Aufgabenbereich die Aspekte Gesundheit und politische Prozesse, mit denen sie sich bereits in früheren Tätigkeiten auseinandergesetzt hat.

Claudia Appenzeller-Winterberger ist verheiratet und Mutter von drei Söhnen.

9 Anhang

9.1 Anhang 1: Erweiterte Stakeholderanalyse zur Vorbereitung des runden Tisches



9.2 Anhang 2: Runder Tisch – Konzept und Ergebnisse

9.2.1 Vorgehen und Ziele

Im Bereich Angehörigenpflege engagieren sich sehr viele verschiedene Akteure: Bund, Kantone, Gemeinden, NGOs und Private. Es ist das Ziel des Projekts Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege, diese Akteure frühzeitig, d.h. bereits bei der Situationsanalyse, einzubeziehen. Zusammen mit diesen Akteuren soll in einer ersten Runde eine Bestandesaufnahme gemacht, und Probleme, die sich im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege stellen, aufgenommen werden.¹² In einer zweiten Runde sollen die Massnahmen sowie ihre Wirkungen und die politische Umsetzbarkeit diskutiert werden (vgl. Vorgaben Steuerungsgruppe vom 30. Januar 2012).

Die durch die Stakeholderanalyse ermittelten Akteure (vgl. Kapitel 9.1) wurden angeschrieben und für die Teilnahme am runden Tisch angefragt. Durch diesen partizipativen Prozess wurden die Akteure von Beginn weg einbezogen. Der runde Tisch ist eine von verschiedenen Massnahmen, um ein möglichst vielschichtiges Bild der Lage zu erhalten und den politischen Prozess vorzubereiten. Im Nachgang des runden Tisches erhielten die Teilnehmenden eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussion.

9.2.2 Schriftliche Fragen vor der Veranstaltung

Die Anmeldungsunterlagen wurden durch ein Formular mit offenen Fragen ergänzt, das vorab schriftlich beantwortet werden konnte (vgl.

¹² Die Situationsanalyse stützt sich zudem auf Expertenhearings, welche im Vorfeld stattfinden sowie auf die Diskussionen in der Arbeitsgruppe, auf eine Literaturanalyse, sowie auf eigene Recherchen und Berechnungen.

Beilage 2:

Anmeldung runder Tisch und Fragebogen

Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege von Angehörigen

Bitte ausfüllen und zurücksenden bis am 26. April 2012

Teilnahme am runden Tisch	ja / nein Nicht Zutreffendes streichen/löschen
Name Organisation/Institution	
Name Teilnehmer/in bzw. Kontaktperson	
Mail Teilnehmer/in bzw. Kontaktperson	

1.a	Hat sich Ihre Institution/Organisation bereits über die Frage der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege Gedanken gemacht?	ja / nein
1.b	Wenn ja, in welche Richtung gehen Ihre Ideen?	
2.a	Falls sich Ihre Institution/Organisation noch nie Gedanken zum Thema Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege gemacht hat, können Sie sich vorstellen, dass die Thematik in ihrer Institution an Wichtigkeit gewinnen wird?	ja / nein
2.b	Was wäre für Sie dabei besonders wichtig?	
3.a	Gibt oder gab es in Ihrer Institution/Organisation Aktivitäten (Veranstaltungen, oder Projekte) zu diesem Thema?	ja / nein
3.b	Wenn ja, können Sie Ihre Aktivitäten auflisten und angeben, wo sie stattfinden?	

4.a	Bietet Ihre Institution/Organisation konkrete Unterstützungsleistungen an?	ja / nein
4.b	Wenn ja, welche und an wen sind sie gerichtet?	
5.a	Sind für die Zukunft Aktivitäten im Bereich Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege geplant?	ja / nein
5.b	Wenn ja, können Sie diese Aktivitäten kurz beschreiben und angeben, wo sie stattfinden?	
6.a	Gibt es in Ihrer Institution/Organisation Studien zum Thema Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege?	ja / nein
	Gibt es Broschüren für Betroffene (z.B. Angehörige, Patienten, Arbeitgeber) oder weitere Publikationen?	ja / nein
6.b	Wenn ja, können Sie uns bitte die Publikation zukommen lassen bzw. die Quellen angeben?	
7.	Haben Sie noch weitere Bemerkungen und Hinweise?	

Wir danken für die Teilnahme!

9.2.3 Ziele der mündlichen Diskussion

Ziel war es durch die Diskussion am runden Tisch breite Kreise für das Anliegen zu sensibilisieren und eine differenzierte Sichtweise über die Wahrnehmung der Probleme zu erhalten.

- Erfassung der Situation
- Erfassung der Aktivitäten: Gibt es Angebote, Projekte usw.?
- Erfassung der Anliegen: Wo liegen die Probleme? Wo ist Handlungsbedarf (für pflegende Angehörige, für die pflegebedürftige Person, für den Arbeitgeber)?
- Erfassung der Erwartungen: Wer muss für welches Problem Lösungen anbieten? (Überblick über verschiedene Positionen)

Die Diskussion wurde durch das Modell von Bischofberger strukturiert (vgl. Kapitel 1.5.1): Work and Care im Schnittpunkte - Sichtweise der Gesellschaft, des Versorgungssystems, der Arbeitswelt.

9.2.4 Teilnehmende Organisationen

ASK Allianz Schweizer Krankenversicherer
 Betroffene Person
 Caritas Schweiz
 Childcare Service Zürich (Projektpartnerin Personalprojekt zweier Departemente)
 Curaviva
 Forum pour l'intégration des Migrants et des Migrants (FIMM Suisse)
 GDK - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
 GELIKO
 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin c/o Jean Daniel Strub, BAG
 Nationale Forum Alter und Migration(SRK)
 palliative ch
 Pro Familia Schweiz
 Pro Senectute Schweiz
 Santé Suisse (Tarifsuisse AG)
 Schweizer Arbeitgeberverband
 Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner - SBK – ASI
 Schweizerische Alzheimervereinigung
 Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patientinnen- und Patienteninteressen SAPI, vertreten durch SPO Zürich
 Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe – SKOS
 Schweizerischer Gewerbeverband sgV
 Schweizerischer Gewerkschaftsbund
 Schweizerisches Rotes Kreuz
 Schweizerischer Seniorenrat
 SODK - Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
 Spitex Schweiz
 Städteinitiative Sozialpolitik (Stadt Bern, Direktion für Bildung, Soziales und Sport)
 Travail.Suisse
 Verein Kind & Spital

9.2.5 Diskussion: Bedürfnisse, Probleme, Herausforderungen

Das Wortprotokoll wurde zusammengefasst, so dass die einzelnen Stellungnahmen nicht mit einzelnen Personen in Verbindung gebracht werden können. Die vorliegende Zusammenfassung wurde an alle Teilnehmenden verschickt.

Der Auftrag des Bundesrates an die Interdepartementale Arbeitsgruppe (IDA), Massnahmen für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege zu erarbeiten, wurde begrüsst. Geschätzt wurde der breite Ansatz und die Gelegenheit, die Situation in ihrem Gesamtzusammenhang zu betrachten. Der Thematik wurde insgesamt eine hohe Bedeutung attestiert, sie entspreche einer bedeutenden gesellschaftlichen Herausforderung. Die

Pflege von Angehörigen sei für viele Menschen ein Grundbedürfnis, das besonders stark sei, wenn es um die Pflege in der Sterbephase gehe. Gleichzeitig sei es aus sozialen, betrieblichen und volkswirtschaftlichen Gründen wichtig, dass Personen im erwerbsfähigen Alter im Arbeitsmarkt verbleiben würden. Es gehe u.a. auch darum, die knappe Ressource Zeit auf die verschiedenen Lebensbereiche aufzuteilen. Für den Einzelnen gehe es nicht nur um finanzielle Kosten, sondern auch um Opportunitätskosten. Die Erfahrung zeige, dass es hier Spannungsfelder gebe. Zudem seien die Interessen der pflegenden Angehörigen bisweilen auch nicht die gleichen wie die der Gepflegten.

9.2.5.1 Gesellschaftliche Entwicklungen

Viele Menschen, insbesondere Frauen seien von einer Dreifachbelastung betroffen: Kinderbetreuung, Arbeit und Pflege von Angehörigen. Aus ethischer Sicht gehe es darum, Ausgleich zu schaffen. Die Veränderung in der Demografie zeige sich so, dass die Menschen zwar länger körperlich und sozial frisch seien. Andererseits gebe es zu wenig Kinder. Selbst wenn die Zahl der zu pflegenden Personen bestenfalls stagniere, nehme die Zahl der pflegenden Personen ab. Wer Pflegeaufgaben übernehme, sei es in der Familie oder als Ehrenamt, sollte einen Vorteil im Hinblick auf seine eigene Versorgung erhalten, z.B. finanzieller Art. Besondere Herausforderungen stellten sich auch bei Migrantinnen und Migranten. Für viele Angehörige mit Migrationshintergrund gehe es beispielsweise darum, ihren Eltern etwas zurückzugeben für die Chancen, die sie ihnen geboten haben. Oft finde hier eine Überforderung statt.

Die Thematik müsse im Gesamtzusammenhang gesehen werden, als Teil der Familienpolitik. Es seien immer mehr Frauen in einem bedeutenden Ausmass berufstätig. Die Massnahmen könnten vergleichbar sein wie bei Mutterschaft, allerdings gebe es auch markante Unterschiede. Während die Geburt eines Kindes als freudiges Ereignis auch am Arbeitsplatz diskutiert werde, sei die Pflege von Angehörigen oft ein Tabuthema, mit dem die Betroffenen und ihr Umfeld erst umgehen lernen müssten. Die Entwicklung von Kindern sei in den meisten Fällen absehbar und die Betreuten würden mit der Zeit immer selbständiger. Die Entwicklung der Situation im Umfeld von kranken und gebrechlichen Personen sei oft ungewiss und meistens trete im Laufe der Zeit - absehbar oder ohne Vorankündigung - eine Verschlechterung ein. Dies sei bei der Konzeption von Massnahmen zu bedenken.

9.2.5.2 Arbeitswelt

Verschiedene Ansätze, die im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Mutterschaft entwickelt worden seien, könnten trotzdem für die Situation der pflegenden Angehörigen von Bedeutung sein. Solche punktuelle Verbesserungen hätten auch aus der Sicht der Arbeitswelt ein hohes Potential. Gerade KMUs seien bekannt für flexible und teilweise sehr individuelle Lösungen, hätten aber teilweise Mühe, wenn umfassende gesetzliche Regelungen umzusetzen seien. Grössere Arbeitgeber könnten Regeln aufstellen und eine bestimmte Anzahl Tage pro Jahr für kleine Einsätze vorsehen. Die Personalabteilung oder der Sozialdienst könnte spezifische Informationen abgeben, aufzeigen, wo es Entlastungsangebote gibt und welche Auswirkungen eine Reduktion der Arbeitszeit auf die persönliche Laufbahn und die soziale Sicherung haben könnte. Sie könnten auch viel zur Sensibilisierung bei-

tragen. Durch ihr Engagement könnten die Unternehmen ihre Attraktivität als Arbeitgeber steigern. Es komme aber auch vor, dass das Angebot nicht ausgenützt werde, weil eine soziale Stigmatisierung befürchtet werde.

Nicht alle Probleme könnten mit Flexibilität und Angeboten der Unternehmen gelöst werden. Es sei nötig, die finanzielle und soziale Absicherung pflegender Angehöriger gesetzlich oder über Gesamtarbeitsverträge zu verbessern und einen entsprechenden gesellschaftlichen Dialog über die Rolle von Frauen und Männern sowie über Arbeitszeitmodelle zu führen. In Betracht zu ziehen sei auch, in welcher Lebensphase sich eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer befinde. Auch ein Vorgehen in kleinen Schritten könne hilfreich sein (z.B. im Bereich Betreuungsgutschriften, Ausweitung der Regelungen im Arbeitsrecht und OR bezüglich Kinderbetreuung auf pflegende Angehörige, Abschaffung der Aufrechnung von Abwesenheiten wegen Betreuungspflichten zu jenen wegen eigener Krankheit).

9.2.5.3 Versorgung- und Sozialversicherungssystem

Einzelne Städte wie die Stadt Bern hätten bereits reagiert und Informations-, Beratungs- und Entlastungsangebote geschaffen. Teilweise müssten diese noch stärker bekannt gemacht werden. Ambulante Strukturen wie Spitex würden für pflegende Angehörige eine besonders wichtige Rolle spielen. Diese Angebote seien auch angesichts der demografischen Entwicklung auszubauen. Die Lücken zwischen Spital, Geriatrie und zu Hause seien zu füllen, es brauche eine bessere Vernetzung. Im Rahmen eines Pilotprojekts im Kanton Graubünden würden pflegende Angehörige durch die SPITEX angestellt. Damit würden die pflegenden Angehörigen entschädigt, erhielten Sozialleistungen und die Angehörigenpflege würde mit der professionellen Pflege koordiniert. Eine zentrale Rolle spielten auch Hausärztinnen und -ärzte. Diese würden auch Angehörige beraten, wenn eine Entlastung angezeigt sei. Ein Case Management im Pflege- und Betreuungsbereich könnte zugleich entlastend und qualitätssichernd wirken.

Bei der Beratung und dem Angebot von Entlastung pflegender Angehöriger würden neben den erwähnten Leistungserbringern auch viele private Organisationen eine wichtige Rolle übernehmen. Organisationen wie pro Senectute, der Seniorenrat, das SRK oder die Alzheimervereinigung bekämen Mittel aus dem AHV-Fonds und unterhielten ein gesamtschweizerisches Netz von Anlaufstellen. Betroffene vermissten teilweise eine definierte Erstanlaufstelle, weil es schwierig sei, zu erkennen, wer welche Informationen und Angebote bereitstelle. Obwohl es wichtig sei, dass die Anlaufstellen regional angesiedelt seien, brauche es mehr Koordination. Die föderalen Strukturen erschwerten oft die Übersicht.

Auf der Basis von Freiwilligenarbeit seien z.B. im Bereich Palliative Care in verschiedenen Regionen Helfernetze aufgebaut worden: Familienangehörige, Freunde und Bekannte von Schwerkranken hätten sich vernetzt, um eine möglichst hohe Präsenz sicher zu stellen. Freiwillige könnten eine wichtige Rolle bei der Entlastung pflegender Angehöriger spielen.

Zu erwähnen sei auch der Aspekt der Pflegenden aus dem Ausland. Es stelle sich die Frage, ob es gerecht sei, wenn die Länder in Mitteleuropa Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte aus

Ländern mit einem geringeren Lohnniveau „abziehen“ würden. Diese Länder hätten oft selber eine hohe Anzahl an Gesundheitsfachpersonen nötig.

Auch aus der Sicht des Gesundheitssystems brauche es einerseits eine bessere Übersicht und andererseits eine bessere Integration und Vernetzung, um pflegende Angehörige zu entlasten und zugleich zu stärken. Ihr Beitrag sei auch für das Gesundheitssystem bedeutend. Allein im Bereich Demenzzpflege erbrächten diese jährlich Leistungen in der Höhe von 3 Milliarden Franken. Durch die demografische Entwicklung verdreifache sich die Anzahl der zu pflegenden Personen bis ins Jahr 2050.

Ob die zukünftigen Probleme individuell, gesellschaftlich, durch Koordination oder Unterstützung des Staates zu lösen seien, wurde intensiv und kontrovers, aber sehr konstruktiv diskutiert.

9.2.6 Mögliche strategische Handlungsfelder

Die „IDA Work and Care“ hat die Verbesserungsvorschläge, welche am runden Tisch geäußert wurden, strukturiert und verschiedenen möglichen Handlungsfeldern zugeordnet (vgl. nachstehende Ziffern 1 – 9). Die Forderungen des runden Tisches wurden jeweils in einem Satz zusammengefasst (vgl. hellblau hinterlegte Passagen), die erwähnten Massnahmen wurden aufgelistet. Dadurch entstand eine erste Übersicht über mögliche Ansatzpunkte. Einzelne Handlungsfelder überschneiden sich, was in der Hauptsache daran liegt, dass sie einen Ausschnitt eines Prozesses wiedergeben (z.B. Suche nach Information, nach Entlastungsmöglichkeiten, nach Integration verschiedener Akteure des Pflege- und Betreuungsprozesses, nach finanzieller Absicherung usw.).

Die untenstehende Zusammenstellung wurde in der Folge durch die „IDA Work and Care“ weiter bearbeitet.

9.2.6.1 Verbesserung des Informationsangebots

Pflegende Angehörige können sich innert nützlicher Frist über Rahmenbedingungen, Unterstützungs- und Entlastungsangebote in ihrer Region informieren.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

- *Spezifische Informationsangebote für pflegende Angehörige*
- *Schaffung von Erstanlaufstellen (pro Kanton oder Region), welche auf die verschiedenen Angebote verweisen können (möglichst für die ganze Schweiz nach dem gleichen Prinzip strukturiert). Beratung, Begleitung oder Unterstützung der pflegenden Angehörigen bei der Suche nach Lösungen, wenn Angehörige über Wochen, Monate oder Jahre hinweg Pflege und Betreuung benötigen*
- *Interessenvertretung (IG Pflegende Angehörige)*
- *Website, z.B. Erweiterung der Website www.berufundfamilie.ch*

9.2.6.2 Verstärkung der Sensibilisierung und Enttabuisierung

Das Engagement von pflegenden Angehörigen wird als wertvolle gesellschaftliche Aufgabe anerkannt. Es wird darauf hingewiesen, dass Krankheit, Alter und Tod Teile des Lebens sind, mit denen alle konfrontiert sind.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

- *Anerkennung der pflegenden Angehörigen*
- *Vermittlung eines neuen Bildes von Krankheit, Alter und Tod*
- *Enttabuisierung: Möglichkeit, offen über Pflege- und Unterstützungsaufgaben zu sprechen*
- *Bessere Wahrnehmung von Pflege als gesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe*
- *Wahrnehmung der Meinung und Bedürfnisse der Gepflegten*

9.2.6.3 Verbesserung der physischen und psychischen Entlastung

Pflegende Angehörige erhalten physische und psychische Entlastung, so dass sie in der Lage sind, Care-Verantwortung und Erwerbstätigkeit besser zu vereinbaren.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

- *Planung von Infrastrukturen für Entlastung (nach Intensität und Dauer der Pflege)*
- *Ausbau und Flexibilisierung bestehender Angebote (z.B. Öffnungszeiten, als temporäre Entlastung usw.)*
- *Notfallstrukturen (sofortiger Zugang zu Beratungs- oder Entlastungsangebot, wenn eine plötzliche Krankheit oder Verschlechterung der Situation eintritt)*
- *Tagesstrukturen (analog zu Kinderkrippen, mit an den Arbeitsmarkt angepassten Öffnungszeiten)*
- *Ferienmöglichkeiten für Personen, welche von Angehörigen gepflegt werden*
- *Entwicklung von Konzepten für neue Wohnformen*
- *Case Management und Supervision als Unterstützungsangebot (professionelle Begleitung und Beratung im Pflegeprozess, Pflegeplanung)*
- *Koordination professionelle/freiwillige Pflege*
- *Teammanagement*
- *Helfernetze*
- *Selbsthilfeorganisationen*
- *Freiwilligenarbeit*

9.2.6.4 Entwicklung eines „care-freundlichen“ Gesundheitssystems

Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wird die Rolle der pflegenden Angehörigen mitberücksichtigt.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

- *Betreuung und Pflege als gesellschaftliche Aufgabe*
- *Einbezug der Rolle der pflegenden Angehörigen bei Fragen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems (ambulant/stationär, eHealth)*

-
- *Interessenvertretung der pflegenden Angehörigen (vgl. auch Ziffer 1)*
 - *Einbezug der pflegenden Angehörigen ins Case Management (Rolle des Hausarztes, der Pflege) (vgl. auch Ziffer 3)*
 - *Einbezug der Anliegen der pflegenden Angehörigen bei der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen*
 - *„Empowerment“, Bildung für pflegende Angehörige*
 - *Förderung ambulanter Strukturen (Spitex, Entlastungsangebote, vgl. Ziffer 3)*
 - *Bessere Abdeckung durch das KVG von Behandlungs- und Betreuungsangeboten im ambulanten und teilstationären Bereich, welche durch stationäre Einrichtungen angeboten werden (nach Abschaffung des teilstationären Tarifs gibt es Zuordnungs- und Abrechnungsschwierigkeiten bei stationären Einrichtungen, welche über Prämien- und Steuerbeträge finanziert werden)*
 - *Herausforderung neue Pflegefinanzierung (Selbstbehalt von bis zu 20%, der je nach Kanton durch die Gepflegten zu tragen ist)*
 - *Herausforderung DRG und Gesundheitsversorgung (Übergang Spital, zu Hause)*
 - *Integrierte Versorgungsmodelle: Koordination im Gesundheitssystem (Rolle Ärzt/innen, Pflege, Spitex; Nutzung von eHealth zur Verbesserung des Care Managements)*
 - *Günstige Rahmenbedingungen für Helfernetze*
 - *Massnahmen zur Effizienzsteigerung und Qualitätssicherung (z.B. durch Weiterbildung oder Case Management)*

9.2.6.5 Entwicklung einer „care-freundlichen“ Arbeitswelt und Erweiterung der betrieblichen Gesundheitsförderung auf „Work and Care“

Die Arbeitswelt erleichtert die Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit. Das Thema „Work and Care“ findet Eingang in die betriebliche Gesundheitsförderung.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

Mögliche Aktivitäten von Unternehmen:

- *Transparenz des Angebots des Arbeitgebers (Information, Beratung)*
- *Care-freundliche Arbeitskultur / Unternehmenskultur*
- *Berücksichtigung günstiger Rahmenbedingungen in der Personalstrategie*
- *Beratung durch Arbeitgeber (Hinweis auf Auswirkungen einer Arbeitsreduktion auf Sozialversicherung und Karriere)*
- *Entwicklung von betriebsinternen Rahmenbedingungen für bewilligte Absenzen, Dauer*
- *Flexible Arbeitszeiten*
- *Telearbeit*
- *Attraktive Rahmenbedingungen im Bereich Elder Care als Positionierung von Unternehmen*
- *Management von „Work and Care“ im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung*

Mögliche arbeitsrechtliche oder sozialpolitische Regelungen:

- *Bezahlter Urlaub in Notfällen (kurz, 3 – 6 Tage)*
- *Bezahlter bzw. unbezahlter Urlaub und Rückkehrrecht (während einer gewissen Zeit),*

insbesondere auch für Betreuung am Lebensende

- *Anspruch auf Arbeitszeitreduktion, insbesondere auch für Sterbebegleitung*
- *Anspruch auf Erhöhung der Arbeitszeit (während einer gewissen Zeit) nach Beendigung des Care-Engagements*
- *Pflegezeitgesetz (Erlass, welcher insbesondere Rahmenbedingungen von Erwerbsreduktion bzw. -unterbruch, soziale Absicherung und Rückkehrrecht regelt)*

Besondere Rahmenbedingungen in KMUs:

- *Kleinere Unternehmen ermöglichen oft flexible Lösungen, welche meist durch das Team oder die Unternehmung getragen werden.*

9.2.6.6 Verbesserung der finanziellen Absicherung in der Phase der Pflege von Angehörigen

Die finanzielle Absicherung in der Phase der Pflege von Angehörigen wird verbessert.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

- *Angehörigenpflegeversicherung in Analogie zu Mutterschaftsversicherung (Lohnfortzahlung aus vorher erhobenen Lohnprozenten)*
- *Rückgriff auf Sparguthaben einer besonderen 3. Säule (steuerbegünstigtes Sparmodell, welches für längere, familienbedingte (Kinder, Angehörige) Abwesenheiten eingesetzt werden kann)*
- *Private Versicherungslösung*
- *Steuerliche Rahmenbedingungen*
- *Bessere Information und einfacheres Vorgehen zum Bezug von Ergänzungsleistungen*

9.2.6.7 Verbesserung der sozialen Absicherung im Hinblick auf die Altersvorsorge

Die Altersvorsorge pflegender Angehöriger wird verbessert.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

- *Überbrückungsmodell zur Sicherung der Altersvorsorge bei temporärer Reduktion der Arbeit*
- *Möglichkeit der Sicherung der Altersvorsorge bei temporärer Aufgabe der Arbeit*
- *Betreuungsgutschriften (Erhöhung, Kumulation mit Erziehungsgutschriften)*
- *Sicherung der 2. Säule*
- *Anstellung von pflegenden Angehörigen (vgl. Modell Graubünden)*

9.2.6.8 Verbesserung der Datengrundlagen, Förderung von Forschung und Bildung

Die Datengrundlagen im Bereich „Work and Care“ werden verbessert. Die Forschung zum Thema „Work and Care“ wird gefördert. Die Erkenntnisse werden in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufen weiter vermittelt.

Am runden Tisch erwähnte Handlungs- und Verbesserungsmöglichkeiten:

-
- *Verbesserung der Datengrundlagen (Schliessung der Lücken, konzeptuelle Übereinstimmung zwischen verschiedenen Erhebungen)*
 - *Förderung der Forschung im Bereich „Work and Care“ (inkl. Ethik, Demografie, gesellschaftliche Entwicklungen, Gender)*
 - *Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen*

9.2.6.9 Querschnittsbereiche

Verschiedene am runden Tisch erwähnten Aspekte sind für mehrere strategische Handlungsfelder relevant:

- *Berücksichtigung ethischer Grundsätze im Verhältnis Pflegende-Gepflegte*
- *Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten bei der Übernahme von Care-Arbeit*
- *Berücksichtigung kultureller Unterschiede D, F, I*
- *Berücksichtigung kultureller Unterschiede MigrantInnen*
- *Berücksichtigung regionaler Unterschiede*
- *Berücksichtigung sozialer Ungleichheiten*
- *Abgrenzung Pflege, Betreuung*
- *Rolle des Staates (staatliche Aufgabe, Koordination, Subsidiaritätsprinzip)*
- *Lösung, welche föderalen Strukturen Rechnung trägt*
- *Bedeutung der Angehörigenpflege für Kostenstruktur im Gesundheitswesen*

9.2.7 Weiteres Vorgehen

Die „IDA Work and Care“ wird in den kommenden Wochen und Monaten einerseits abklären, welche Massnahmen bzw. Empfehlungen als politisch, gesellschaftlich und volkswirtschaftlich wünschbar und realisierbar einzuschätzen sind. Andererseits soll auch geprüft werden, welche dieser Massnahmen und Empfehlungen kurz-, mittel- oder längerfristig umsetzbar sind. Der Vorschlag der „IDA Work and Care“ wird an einem zweiten runden Tisch diskutiert.