

Literaturhinweise

- Losa, F. B., Bigotta, M., Stephani, E. & Ritschard, G. (2014). *D'où venons-nous? Que sommes-nous? Où allons-nous? Analyse des parcours professionnels des chômeurs de longue durée en Suisse*. Giubiasco: Ufficio di statistica.
- Sheldon, G. (1999). *Die Langzeitarbeitslosigkeit in der Schweiz: Diagnose und Therapie*. Bern: Haupt.
- Wegmüller, J. S. & Keller, D. (2016). Risiko Langzeitarbeitslosigkeit: Die Bedeutung der Arbeitslosenversicherung. *Soziale Sicherheit CHSS, 1*, 11–17.

Langzeitversorgung

Langzeitversorgung (LZV) umfasst soziale und gesundheitliche Alltagsunterstützung für kranke, behinderte und alte Menschen über Monate, Jahre oder Jahrzehnte hinweg. Die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen hat den höchsten Bedarf. Aber auch psychisch oder somatisch erkrankte Kinder und Erwachsene im Erwerbsalter können darauf angewiesen sein. LZV erfolgt im Privathaushalt, im Generationenhaus oder in der Pflegewohnung (häuslich), in Pflege- und Behindertenheimen (stationär) oder in Tages-/Nachtstätten (intermediär). Der häusliche und intermediäre Bereich gewinnt aufgrund gesundheitspolitischer und individueller Präferenzen an Bedeutung. Geleistet wird die LZV von Angehörigen oder Freiwilligen und von Gesundheitsfachpersonen. Aktuell erbringen Angehörige und das soziale Umfeld ein deutlich höheres Leistungsvolumen als die professionellen Leistungserbringer.

Die LZV ist geprägt von gesellschaftlichen Normen und Entwicklungen in Familie und Arbeitswelt sowie im Gesundheits- und Sozialwesen. Im umfangreichen (meist unentgeltlichen) privaten Engagement, insbesondere von Frauen, spiegeln sich geschlechtsspezifische Zuständigkeiten sowie eine familialistische Orientierung der LZV. Infolge von Individualisierung, Globalisierung und Digitalisierung

verlieren tradierte Geschlechterrollen ihre Dominanz, entwickeln sich vielfältige Familienformen, etablieren sich neue Arbeitsmodelle und erfolgt die Pflege sozialer Beziehungen vermehrt auf Distanz. Insgesamt reduziert sich die zeitliche und örtliche Verfügbarkeit von Angehörigen. Gleichzeitig steigt der Bedarf an LZV infolge demografischer Entwicklungen sowie pharmazeutischer und technischer Fortschritte.

Seit 2011 ist die Neuordnung der Pflegefinanzierung in Kraft. Sie regelt die Finanzierung der Spitex- und Pflegeheimkosten zwischen Krankenversicherung, Versicherten und öffentlicher Hand. Die Beiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurden schweizweit nach Zeitaufwand einheitlich abgestuft, die maximale Kostenbeteiligung der Versicherten an den Pflegekosten festgelegt, und die zweiwöchige Akut- und Übergangspflege (AÜP) eingeführt. Die Kantone müssen die Restfinanzierung regeln.

Die Pflegefinanzierung ist Teil eines historisch gewachsenen, ausdifferenzierten Systems der sozialen Sicherheit bei Krankheit und Behinderung. Dazu gehört die Übernahme der Pflegekosten gestützt auf das Krankenversicherungsgesetz (KVG) beziehungsweise die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV). Über die AHV/IV können Versicherte Hilflosenentschädigung (HE, vermögensunabhängig) sowie Ergänzungsleistungen (EL, vermögensabhängig) beantragen. Das Ergänzungsleistungsgesetz (ELG) sieht die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten vor, einschliesslich der Abfederung von Erwerbseinbussen von pflegenden Angehörigen. Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen sind 26 kantonale, teils unterschiedliche EL-Regelungen entstanden. Geringfügig oder nicht erwerbstätige Angehörige können gestützt auf das AHV-Gesetz seit 1997 unter gewissen Bedingungen Betreuungsgutschriften anmelden. Einzelne Kantone und Gemeinden

gewähren zudem auf Antrag finanzielle Beiträge an pflegende Angehörige für geleistete Pflege zuhause.

Die Kantone sind für die LZV verantwortlich und können die Leistungsausgestaltung an die Gemeinden delegieren. Entsprechend bestehen vielfältige, lokale Strukturen der LZV. So gibt es in der Deutschschweiz im Vergleich zur Westschweiz deutlich mehr Pflegeheimbetten, während die Romandie eine höhere Beschäftigungsquote in der Spitex hat. Die fragmentierte Angebotsstruktur der LZV schafft hohen Koordinationsbedarf für Versicherte, Angehörige und Fachpersonen. Koordinationsleistungen können seit 2012 gestützt auf die KLV von der Spitex erbracht und von den Krankenversicherungen vergütet werden. Vereinzelt gibt es Spitex-Organisationen, die Angehörige für die Pflege ihrer Nächsten als Mitarbeitende anstellen und sie so arbeitsrechtlich absichern.

Die Schweiz verfügt über ein breites Angebot an Institutionen der LZV. Die staatliche Förderung ist im stationären und intermediären Bereich im europäischen Vergleich hoch, im häuslichen jedoch tief. Bei der Finanzierung der LZV leisten Privathaushalte in der Schweiz einen Viertel der Gesamtkosten der Gesundheitsausgaben. Insbesondere die Finanzierung von sozialen Dienstleistungen wie Betreuung, geht in der Regel zu Lasten der Privathaushalte.

LZV ist Sorgearbeit (Care-Arbeit), deren Potenzial zur Effizienzsteigerung und Rationalisierung begrenzt ist. Drei Ansätze sind zentral für eine flächendeckend zugängliche und finanzierbare LZV. Erstens das Sichern der personellen Ressourcen für den steigenden Bedarf an bezahlter und unbezahlter LZV. In der arbeitsintensiven LZV arbeiten v.a. Frauen unbezahlt oder zu vergleichsweise tiefem Lohn und unter hoher psychischer und physischer Beanspruchung. Erwerbstätige Frauen fehlen wiederum in der familiär organisierten LZV. Transnationale Angebote schliessen Lücken in der Versorgungsstruktur durch Import von (meist weiblichen) Personalressourcen (Care-Migration,

24h-/live-in Betreuung). Diese Entwicklungen werfen ethische, arbeitsrechtliche und qualitätsrelevante Fragen auf. Es braucht verstärkte Anstrengungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eine gerechtere Verteilung von Care-Arbeit zwischen den Geschlechtern.

Zweitens das Schaffen von verzahnten Versorgungsstrukturen und -angeboten. Zentral für eine optimale Lebensqualität in der LZV sind Individualität und Selbstbestimmung. Anstelle der Dichotomie «Privathaushalt» und «Pflegeheim» braucht es vermehrt intermediäre, flexible und quartiernahe Angebote mit bezahlten und unbezahlten Leistungen. Für nachhaltig stabile Versorgungsarrangements braucht es nutzerfreundliche, einfach zugängliche Informationen zu Angeboten, Kosten und Finanzierung. Eine umfassende und verzahnte LZV deckt ausserdem gesundheitliche wie soziale Dienstleistungen gleichermaßen ab. Hier helfen auch Koordinationsleistungen durch Fachpersonen wie Case/Care Management durch Spitex, Krankenversicherungen, Gemeindesozialarbeit oder Gesundheitsligen.

Drittens die Entwicklung integrierter und pauschalierter Finanzierungsmodelle über das gesamte soziale und gesundheitliche Spektrum der LZV hinweg. Solange der Kostenanstieg in der akutstationären Versorgung nicht abflacht, sind dem Ausbau und der Finanzierung der LZV enge Grenzen gesetzt. Die Kosten der LZV werden von der Krankenversicherung, der öffentlichen Hand und den Privathaushalten getragen. Letztere übernehmen im OECD-Vergleich doppelt so hohe Kosten. Entsprechend gilt die LZV hierzulande gesundheitsökonomisch als unbedeutender Sektor. Sie ist jedoch volkswirtschaftlich durchaus relevant. Denn die familiäre Orientierung führt (insbesondere bei Frauen) zu Lohn- und Renteneinbussen. Es braucht neue Finanzierungsmodelle, die den Bedarf an pflegerischer, betreuender und sozialer Unterstützung im häuslichen, intermediären und stationären Bereich gleichermaßen abdecken. Sogenannt pauschalierte Finanzie-

rungsmodelle (*managed long-term care*), die von Leistungserbringern und Kostenträgern gemeinsam ausgehandelt werden, fördern die integrierte, interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit.

Insgesamt tangiert die LZV neben dem Gesundheits- und Sozialversicherungssystem auch die Familien- und Gleichstellungspolitik. Es ist letztlich eine gesellschaftspolitische und sozialetische Frage, wie die Verantwortung für die notwendige Care-Arbeit im Bereich der LZV zukünftig organisiert und finanziert wird, und welche Wahl- und Finanzierungsmöglichkeiten die Bevölkerung hier hat.

Karin van Holten & Iren Bischofsberger

Literaturhinweise

- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD Publishing.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions – évolutions 2006–2013*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz: Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Lebensende*

Das Lebensende als Konzept lässt sich weder aus medizinischer noch aus sozialer Sicht genau definieren. In einem sehr begrenzten Sinne steht dieser Begriff für die Palliativpflege kranker Menschen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit, bald zu sterben. In einer etwas weiter gefassten Definition bezieht er sich auf die Zeit zwischen der Diagnose einer möglicherweise tödlichen Erkrankung bis zum Tod der betroffenen Person. Da es sich nicht

quantitativ objektivieren lässt, bezeichnet «Lebensende» jene Zeit, in der Menschen und ihre Angehörigen bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung eine individualisierte sozialmedizinische Betreuung benötigen, die sowohl ihre Bedürfnisse als auch die ihrer Angehörigen berücksichtigt.

Die Phase des Lebensendes wird vom Einzelnen und der Gesellschaft erst seit Mitte des 20. Jh. als neu wahrgenommen und als spezifische Zeit definiert. Dies lässt sich durch mehrere Faktoren erklären. Zunächst wurde in jener Zeit der Tod in den meisten Ländern begrifflich neu gefasst. Die neue Definition beruht auf dem «Hirntod» oder «Individualtod», der den irreversiblen Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen bezeichnet. Diese Neudefinition des Todesbegriffs ist insbesondere auf neue Reanimationsmöglichkeiten und die Transplantationsmedizin zurückzuführen. Sie wirft komplexe Fragen vor allem juristischer Natur auf, da sie sowohl das Konzept wie auch die Realität des Todes in einem mehr oder weniger begrenzten, allenfalls einige Zeit andauernden, Zeitraum begreift.

Medizinische Diagnostik und Behandlungen entwickelten und perfektionierten sich in der Folge. Es ist deshalb schwieriger geworden, den Zeitpunkt des Todes oder auch der Agonie zu bestimmen. Verbände und Bürgerbewegungen zum Schutz der Rechte und der Entscheidungsfreiheit von PatientInnen wurden gegründet zu Fragen wie: Reanimation ja oder nein? Wann dürfen die Maschinen abgeschaltet werden? Wem obliegt die Entscheidung darüber? Angesichts dieser Fragen haben sich die neuen Bewegungen zum Schutz der Würde der PatientInnen in zwei verschiedene Richtungen entwickelt. Die eine Seite setzt sich für individuelle Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Sterbehilfe ein; die andere Seite unterstützt Palliativpflege, also schmerzlindernde Massnahmen, die den Tod nicht beschleunigen.

Auch die Charakteristika der Todesfälle haben sich im vergangenen Jahrhundert ver-