

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 67 (1996)
Heft: 11

Artikel: Ambulante und stationäre Angebote : wie sieht der Mix aus?
Autor: Wettstein, Albert
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-812505>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Ambulante und stationäre Angebote:

WIE SIEHT DER MIX AUS?

Von PD Dr. Albert Wettstein

Die Antwort auf die Frage im Titel soll sich nicht auf ideologische Überzeugungen und Gefühle stützen, sondern auf die Resultate gerontologischer Forschung, das heisst, auf Erkenntnisse der Alterswissenschaften. Im Folgenden sollen zuerst die für den Fragenkomplex relevanten Forschungsergebnisse aus sechs Bereichen dargestellt- und daraus Folgerungen gezogen werden.

Empirische Befunde über das Alter

Da Angebote der Altersbetreuung in jedem Fall den angesprochenen Betagten helfen sollen, ihr Altern möglichst erfolgreich zu meistern, ist es wichtig, die empirischen Befunde über das Altern zu kennen:

Die empirische Altersforschung hat unter anderem gezeigt, dass sowohl die Disengagement-Theorie als auch die Aktivitätstheorie oder die Kontinuitätstheorie nicht generell gültig sind.

Veraltete Alternstheorien: (gelingendes Altern wird erreicht durch...)

- Disengagement-Theorie (Rückzug, Introversion)
- Aktivitätstheorie (andauernde Aktivität und Engagement)
- Kontinuitätstheorie (Beibehalten des bisherigen Lebensmusters)

Für ein erfolgreiches Alter sind drei empirische Befunde von zentraler Bedeutung.

Empirische Befunde menschlichen Alterns

- Altern verläuft sehr variabel (keine-kurze-lange Phase von Abhängigkeit)
- Latente Reserven im Alter (Trainierbarkeit und Plastizität von Geist und Körper auch > 90 J.)
- Zunehmend negative Balance zwischen Gewinn und Verlust im Alter

Abhängigkeit im Alter

Zur Variabilität der Altersverläufe ist anzuführen, dass in Querschnittsmomentaufnahmen der Pflege- und Betreuungsaufwand mit zunehmendem Alter exponentiell zunimmt, das heisst,

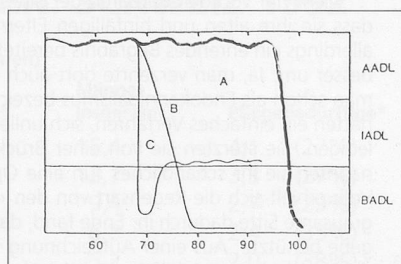
sich in Fünfjahresschritten verdoppelt, so dass zum Beispiel von den 70- bis 75-jährigen nur je zirka 4 Prozent pflege- und zirka 4 Prozent betreuungsbedürftig sind, jedoch von den über 90-jährigen je ein Drittel Pflege und Betreuung benötigen, und nur noch ein Drittel sowohl in der Selbstpflege als auch in der Haushaltsführung noch selbständig sind.

Je länger jemand selbständig bleibt, desto kürzer wird die Abhängigkeit in Jahren.

Lebenserwartung in Abhängigkeit (USA 1989)

Selbständig im Alter von	Lebenserwartung in Jahren	Abhängigkeit in Jahren
70	13,4	3,4
74	11,2	3,2
78	9	3,0
82	7,3	2,8
86	6	2,6

Solche Erhebungen berücksichtigen Mittelwerte, in Wirklichkeit sind jedoch drei verschiedene Verlaufsformen typisch (Figur 2).



Figur 2

Der grösste Teil der Betagten (A) bleibt – abgesehen von interkurrenten kleinen Schwankungen durch akute, behandelbare Krankheiten – bis wenige Monate oder Wochen vor dem Tode weitgehend selbständig. Dank der modernen

Medizin, insbesondere der Reparatur-Medizin, mit Gelenkersatz und guter Rehabilitationstechnik, wird dieser Prozentsatz – bezogen auf ein bestimmtes Alter in Jahren – immer grösser. Dieses Phänomen wird als die «Rektangularisation der Alterskurve» beschrieben.

Die dritte Gruppe (C) sind Betagte mit plötzlichen katastrophalen Erkrankungen, wie zum Beispiel Hirnschlag. Diese Gruppe wird dank den Erfolgen der Präventivmedizin, insbesondere der guten Blutdruckkontrolle, immer weniger häufig. Die zweite Gruppe (B) wird gebildet durch Betagte mit progressiven unheilbaren, behindernden Krankheiten, wofür das häufigste Beispiel die Alzheimerdemenz darstellt, andere sind Multiple Sklerose oder Parkinson. Diese sind von zunehmender progressiver Abhängigkeit von vieljähriger Dauer gekennzeichnet. Da diese Gruppe mit zunehmendem Alter exponentiell häufiger wird und in unserer Gesellschaft die Lebenserwartung ständig ansteigt, ist mit einer stetigen Zunahme der Anzahl Personen in dieser Gruppe zu rechnen, mit einem Maximum, wenn die Nachkriegs-Babyboomer-Generation, geboren in den Jahren 1945 bis 1970 80- bis 90-jährig sein wird, das heisst, in den Jahren 2025 bis 2050.

Diese Entwicklung gilt nur gesamtschweizerisch. In kleinräumiger Betrachtungsweise verläuft sie oft anders: Die Kernstädte und Bergregionen sind heute massiv überaltert durch die Gründergeneration der vor dem Ersten Weltkrieg Geborenen, die langsam ausstirbt, weshalb die Anzahl Abhängiger in den Kernstädten und in den Bergen mindestens in den nächsten zehn Jahren abnehmen wird.

Empirisch gestützte Strategie erfolgreichen Alterns:

Erfolgreiches Altern bedeutet nicht, keine Probleme, keine Altersveränderungen zu erfahren, oder einfach nicht zu altern. Im Gegenteil: erfolgreich Altern bedeutet, Ziele anzustreben und dabei sowohl Stärken als auch Schwächen des Alterns anzuerkennen. Es gibt viele Risiken für Abhängigkeit und viele Strategien, die je nach individueller Situation erfolgversprechend sind. Es

bestehen Schutzfaktoren, die vor Abhängigkeit schützen.

Schutzfaktoren vor Abhängigkeit im Alter

1. hohe Reserven
 - mental
 - emotional
 - körperlich
 - sozial
 - finanziell
2. Erhöhen der Reservekapazitäten durch
 - Bildungsmassnahmen
 - Pflege des sozialen Netzes
 - körperliches Training
 - Gesunde Ernährung
 - Aufgeben von schädigenden Lebensstilen (z.B. Suchtverhalten)
3. Reserven
 - = mehr Ressourcen zum Meistern von Verlusten

Je grösser die Reserven, über desto mehr Ressourcen können Betagte verfügen und desto wahrscheinlicher können sie erfolgreich kompensatorische Mechanismen einsetzen.

Mechanismen

zum Kompensieren von Verlusten

Dank Ressourcen können gegebenenfalls eingesetzt werden

- technologische Mechanismen, z.B.: Telealarm, Rollstuhl, Aufzug, Elektobett
- psychologische Mechanismen, z.B.: Trauerrituale, Selbsthilfegruppe, Haustiere
- interne Mechanismen, z.B.: Gedächtnistraining, Gehtraining, Ergotherapie
- externe Mechanismen, z.B.: Brille, Hörgerät, Gehhilfe
- soziale Mechanismen, z.B.: Nachbarschaftshilfen, Familienpflege, Privatpflege
- juristische Mechanismen, z.B.: Beistandschaft, Vollmachterteilung, Patientenverfügungen

Diese Befunde wurden von Baltes und Baltes in einer allgemeingültigen Strategie für erfolgreiches Altern zusammengefasst: Selektive Optimierung mit Kompensation.

Strategie für erfolgreiches Altern

«Selektive Optimierung mit Kompensation»

1. Selektion
 - Reduktion der Lebenswelt auf wenige, subjektiv wichtige Bereiche
 - Auswahl der
 - Lebensbereiche
 - Aufgaben
 - Ziele
 - Erwartungen

- gemäss den individuellen Prioritäten der
 - Motivation
 - Fertigkeiten
 - körperlichen Leistungsfähigkeit
 - geistigen Leistungsfähigkeit
- 2. Kompensation zum Erreichen eines Ziels
 - automatisch oder geplant
 - Ersatz von verlorenen durch neue Fertigkeiten, Funktionen, Mechanismen
- 3. Optimierung
 - dank Plastizität
 - durch intensives Üben
 - durch erhöhten Zeitaufwand
 - durch Anvisieren entwicklungsge rechter Ziele
 - erleichtert durch anregende Umgebung

Zusammenhänge zwischen ambulanter und stationärer Altersbetreuung:

Da viele Betagte im Sinne der Selektion das Verbleiben in ihrer vertrauten Wohnung als eines der wichtigsten Ziele wählen, stellt sich die Frage, ob durch den Ausbau der ambulanten Dienste Heimplatzierungen und eventuell auch Hospitalisationen vermieden werden können. Um diese Frage beantworten zu können, führte der Stadtärztliche Dienst eine Untersuchung in den 22 Quartieren der Stadt Zürich durch. Es wurden die Anzahl Spitexstellen pro 1000 über 80-jährige Bewohner mit den 1991 und 1992 in ein Krankenhaus eingetretenen über 80-jährigen Bewohnern der gleichen Quartiere miteinander verglichen, denn beide Zahlen variieren sehr stark in den verschiedenen Quartieren von 15 bis 38 Stellen pro 1000 über 80-jährige und von 33 bis 95 Krankheimeintritte pro 1000 über 80-jährige.

Wider Erwarten zeigte sich jedoch, dass die Anzahl Heimeintritt besonders hoch war in Quartieren mit ausgebauter Spitex. Mathematisch ausgedrückt, zeigte sich statt der erwarteten negativen eine positive Korrelation zwischen Spitexausbaugrad und Heimeintrittshäufigkeit. Deshalb wurde anhand einer Varianzanalyse untersucht, ob andere Faktoren für diese Resultate verantwortlich seien. Es konnte gezeigt werden, dass tatsächlich die sozioökonomische Struktur des Quartiers die wesentliche Einflussgrösse der Pflegeeintrittshäufigkeit in einem Quartier darstellt. Diese sozio-ökonomischen Einflüsse liessen sich am besten messen am Anteil der über 80-jährigen mit Vermögen über eine halbe Mio. Franken,

was von Quartier zu Quartier von 3 Prozent bis um 42 Prozent schwankte. Doch auch wenn für diesen und andere Faktoren korrigiert wurde, zeigte sich, dass der Trend «mehr Spitex ergibt mehr Heimeintritte» erhalten blieb, wenn auch die statistische Signifikanz knapp nicht mehr erreicht wurde.

Vor kurzem ist eine grosse Arbeit aus den USA erschienen, die die Zürcher Befunde im wesentlichen bestätigt. In den vergangenen Jahren wurde die Spitex in den USA massiv ausgebaut mit Kostensteigerung von 2 auf 12,7 Mia. \$ von 1988 bis 1994 auf 8% der gesamten Kosten der Altersmedizin. Die Untersuchung analysierte für das Jahr 1993 diejenigen 3 Millionen Medicare-berechtigten Betagten, die Spitex beanspruchten.

Spitex-Studie USA 1993

- von 32,3 Mio. Leistungsberechtigten sind 3 Mio Spitexkonsumenten mit 160 Mio. Besuchen
 - 42% Krankenpflege
 - 47% Hauspflege
 - 8% Physiotherapie
 - 3% Ergotherapie
- $\frac{2}{3}$ während > 6 Monaten
- 30% erhielten > 5 Besuche (Total 75% aller Besuche)
- grosse Variabilität
 - von 1,4 Besuche/J/Vers. in s. Dakota
 - bis 13,5 Besuche/J/Vers. in Tennessee
- Spitexpatienten waren:
 - älter – häufiger weiblich – ärmer

Varianz der Benutzung verschiedener Gesundheitsdienste

- Spitex 57%
- Pflegeheime: 45%
- Spitaltage: 25%
- Arztbesuche: 18%
- Spitaleintritt: 15%
- im Vergleich von 310 Regionen in den USA 1993
 - Standardabweichung / Durchschnitt
 - korrigiert für Alter und Geschlecht, nicht für Einkommen

Auswirkung der Spitexintensität auf Institutionalisierung

(für Alter und Geschlecht korrigiert in 310 US-Regionen)

- mehr Spitex = mehr Spitaleintritte
 - $r = 0.32 \quad p < 0.001$
- mehr Spitex = mehr Spitaltage
 - $r = 0.23 \quad p < 0.001$
- kein Zusammenhang zwischen Spitexhäufigkeit und
 - durchschnittlicher Spitalaufenthaltsdauer
- Benutzung von Pflegeheimen (Eintritte und Aufenthaltstage)

Diese grosse Studie, welche die Beanspruchung von Spitex und Pflegeheimen in 332 US-Regionen verglich, bestätigt also die Zürcher Befunde, wobei die sozio-ökonomischen Faktoren leider nicht berücksichtigt werden konnten; aber die Befunde sind eindeutig: Pflegeheimenintritte lassen sich mit Spitex nicht vermeiden, Spitaleintritte sind gar häufiger und nicht kürzer als bei intensiver Spitexbenützung. Die Gründe dafür dürften darin liegen, dass durch Professionalisierung der häuslichen Betreuung unbefriedigende Situationen schneller erkannt werden, das Betreuungsniveau höher ist und die informelle Hilfe nicht gestärkt wird. Es sind keine Studien bekannt geworden über den Einfluss von Spitexbetreuung auf die Nutzung von Alterswohnheimen.

Erfolgreiche Strategien zur Reduktion der Nachfrage nach Pflegeheimplätzen

Aus dem Ausland sind drei Strategien bekannt, die erfolgreich und kostensparend die Pflegeheimnutzung reduzieren konnten. In der Schweiz ist eine Studie noch nicht abgeschlossen, eine andere konnte eine Pflegeheimenintrittsverzögerung von einem Jahr durch Memo-ryklinik-Beratung nachweisen.

Ausländische Programme, die Pflegeheimbenützung reduzieren

- Geriatrische Kliniken für bestimmte hospitalisierte Betagte (im Vergleich zu Kliniken für Innere Medizin, USA)
- Regelmässige präventive Hausbesuche durch geriatrisch geschulte Gesundheitsschwestern (USA)
- Zweiwöchige Schulungsprogramme für Angehörige, die Alzheimerpatienten betreuen (in 3 Jahren 40 statt 80 Prozent im Pflegeheim, Australien).

Schweizer Programme, die Pflegeheimnutzung reduzieren

- (?) Präventive Hausbesuche (Projekt Eiger NFP 32, Resultat noch nicht bekannt)
- Beratung durch Memoryklinik (Zürich 1996): Demente treten nach Beratung durchschnittlich ein Jahr später in Krankenhäuser ein als Kontrollpatienten, wenn neben Bericht an den Hausarzt intensive Beratung (Familienkonferenz) und Schulung der informellen Betreuer erfolgt.

Entwicklungstrends innerhalb der Institutionen

In der Region Zürich zeigten sich in den Altersinstitutionen in den vergangenen Jahren markante Änderungen an.

Aktuelle Entwicklungstrends der institutionellen Altersbetreuung

- kürzere Spitalaufenthaltsdauer, insbesondere auch der geriatrischen Langzeitpatienten
- vermehrt in Pflegeheimen: Betagte mit kurzer präterminaler Abhängigkeit (Hospizaufenthalte)
- vermehrtes Pflegeangebot in den meisten Altersheimen
- bis 60 % der Altersheimpensionäre sind dement
- immer weniger reine Alterswohnheime, immer mehr Alters- und Pflegeheime
- beliebte und kostenneutrale neue Wohnformen:
 - Pflege durch fremde Familien (SRK Zürich, Bauern-Nebenerwerb)
 - Pflegewohnungen (Seeland, Albisrieden)
 - Pflegewohnungen in Personalhäusern (Triemlispital, Zürcher Krankenhäuser)
- Bereitschaft, bis Fr. 100.–/Tag Zuschlag zu bezahlen für Einzimmer, wenn Komfort stimmt (neu, gross, eigene WC/Dusche/ Balkon)
- Bereitschaft, in Heim ausserhalb der eigenen Wohnregion einzutreten, ist nur noch in der Nähe von Angehörigen gegeben (mehr Besuche erwartet)
- Es gibt keine Krankenheimpatienten, die aus betreuenden Gründen von einem Einzimer in ein Viererzimmer verlegt werden (sollten)
- Es gibt Pflegenden, die erklären:
 - Patienten in Einzimmern seien nicht aufwendiger in der Pflege als in Viererzimmern
 - die Vereinsamung in Einzimmern könne vermieden werden durch attraktive Gestaltung der Gemeinschaftsräume auf derselben Etage und angemessene Aktivierungsangebote
- Grossheime (über 200 Betten) können besonders kostengünstig betrieben werden
- Es gibt keine wirtschaftlich optimale Krankenhaus-Betriebsgrösse zwischen 12 und 150 Betten, entscheidend ist, die Personalstruktur der Heimgrösse anzupassen.

Folgerungen für die Zukunft:

- Ein breites Angebot an Heimen und Spitexleistungen bleibt nötig
- Die Betagten müssen wählen können
- Am besten ist dies möglich bei konsequentem Ersatz von Objekt- durch Subjektförderung
- Das benötigte Spitexangebot, resp. die Spitexnachfrage, ist abhängig von der sozioökonomischen Struktur

(Finanzen, Anzahl Einpersonenhaushalte)

- Die Wahl besteht zwischen Altersheim und Spitex, und nicht zwischen Spital oder Krankenhaus und Spitex
- Pflegeheimenintritte lassen sich auch mit grosszügigem Spitexangebot nicht vermeiden
- Programme zur Schulung und Beratung von familiären Betreuern (inkl. Entlastungsangebote) können Pflegeheimenintritte verzögern und sollten überall angeboten werden
- Eine hohe Betreuungsqualität im Heim verlangt spezielle Angebote für spezielle Patienten, zum Beispiel Demente, AIDS-Patienten
- Spezielle Abteilungen sind bereitzustellen für weglaufgefährdete oder die andern störende Demenzpatienten
- Oft können sich leicht Demente, die weder örtliche Desorientierung noch ein Paranoid oder eine andere psychische Störung aufweisen, noch in einen Altersheimbetrieb einordnen
- Viererzimmer lassen sich nur noch ökonomisch begründen
- Pflegeheime sollen neben den Zimmern – zusätzlich zur allgemeinen Zone – helle und attraktive Aufenthalts- und Essräume für Gruppen von 8 bis 15 Personen enthalten
- Attraktive Heime bieten für jedes Zimmer eine eigene Nasszelle
- Pflegeheime müssen für pflegerisch aufwendige palliativmedizinische anspruchsvolle Kurzpflegeaufenthalte ausgestattet sein (gutes Team Pflege – Arztdienst).

Referenzen:

- Wettstein A. et al (Hrsg.): Checkliste Geriatrie, Georg-Thieme Verlag Stuttgart, 433 S., Herbst 1996.
- Wettstein A. et al: Warum führt mehr Spitex nicht zu weniger Krankenheimenintritten? INTERCURA 43, S. 2–12, 1993.
- H. W. Welch, D. E. Wennberg, W. P. Welch: The use of medical home health care services NEJM 335, 324–349, 1996.

Schweiz. Vereinigung PRO INFIRMIS

DIE SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG PRO INFIRMIS WÄHLT NEUEN ZENTRALESEKRETÄR

Der Vorstand der Schweizerischen Vereinigung PRO INFIRMIS wählte anfangs Oktober Herrn Alard du Bois-Reymond, lic. oec. als neuen Zentralsekretär. PRO INFIRMIS, die bedeutendste schweizerische Fachhilfeorganisation im Dienste behinderter Menschen mit über 50 Beratungsstellen, ist gleichzeitig Dachorganisation von 13 der wichtigsten Behindertenorganisationen in unserem Lande. Alard du Bois-Reymond ist seit 1989 bis November 1996 als Delegierter des Internationalen Komitees des Roten Kreuzes IKRK, in verschiedenen Funktionen im Ausland und am Organisationssitz in Genf, tätig und beginnt seine neue Tätigkeit bei PRO INFIRMIS am 1. Dezember 1996.