



Gesundheit

1209-1200

Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen

Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Statistik BFS

Neuchâtel, 2012

Die vom Bundesamt für Statistik (BFS)
herausgegebene Reihe «Statistik der Schweiz»
gliedert sich in folgende Fachbereiche:

- 0** Statistische Grundlagen und Übersichten
- 1** Bevölkerung
- 2** Raum und Umwelt
- 3** Arbeit und Erwerb
- 4** Volkswirtschaft
- 5** Preise
- 6** Industrie und Dienstleistungen
- 7** Land- und Forstwirtschaft
- 8** Energie
- 9** Bau- und Wohnungswesen
- 10** Tourismus
- 11** Mobilität und Verkehr
- 12** Geld, Banken, Versicherungen
- 13** Soziale Sicherheit
- 14** Gesundheit
- 15** Bildung und Wissenschaft
- 16** Kultur, Medien, Informationsgesellschaft, Sport
- 17** Politik
- 18** Öffentliche Verwaltung und Finanzen
- 19** Kriminalität und Strafrecht
- 20** Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
- 21** Nachhaltige Entwicklung und Disparitäten auf regionaler und internationaler Ebene

Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen

Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten
Personen in Institutionen (2008/09)

Bearbeitung	Martine Kaeser
Redaktionelle Mitarbeit	Marco Storni
Beratung	Prof. Brigitte Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne)
Herausgeber	Bundesamt für Statistik (BFS)

Herausgeber: Bundesamt für Statistik (BFS)
Auskunft: Martine Kaeser, BFS, Sektion Gesundheit, Tel. 032 713 66 94
E-Mail: Martine.Kaeser@bfs.admin.ch
Autorin: Martine Kaeser
Redaktionelle Mitarbeit: Marco Storni
Beratung: Prof. Brigitte Santos-Eggimann (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne)
Realisierung: DIAM/PP
Vertrieb: Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel
Tel. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61 / E-Mail: order@bfs.admin.ch
Bestellnummer: 1209-1200
Preis: Fr. 11.– (exkl. MWST)
Reihe: Statistik der Schweiz
Fachbereich: 14 Gesundheit
Originaltext: Französisch
Übersetzung: Sprachdienste BFS
Titelgrafik: BFS; Konzept: Netthoevel & Gaberthüel, Biel; Foto: © Uwe Bumann – Fotolia.com
Grafik/Layout: Sektion DIAM, Prepress / Print
Copyright: BFS, Neuchâtel 2012
Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung –
unter Angabe der Quelle gestattet
ISBN: 978-3-303-14172-4

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	5	6 Psychische Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen	23
1 Einleitung	7	6.1 Diagnosen zur psychischen Gesundheit	23
2 Betagte in Privathaushalten und in Alters- und Pflegeheimen	8	6.2 Diagnosen zur psychischen Gesundheit und funktionale Probleme	24
2.1 Demografische Merkmale	8	6.3 Kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen	26
2.2 Zivilstand	9	6.4 Demenz, kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen	27
3 Allgemeiner Gesundheitszustand	11	6.5 Depression und depressive Symptome	29
3.1 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand	11	7 Multimorbidität in Alters- und Pflegeheimen	31
3.2 Dauerhafte Gesundheitsprobleme	12	8 Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen	34
3.3 Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten	13	9 Heimbewohnerinnen und -bewohner mit geringem Hilfs- und Pflegebedarf	36
4 Funktionale Gesundheit	14	10 Schlussfolgerungen	38
4.1 Einschränkungen in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL)	15	11 Methodischer Anhang	39
4.2 Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (ADL)	16	11.1 Stichprobenziehung	39
4.3 Inkontinenz in Alters- und Pflegeheimen	18	11.2 Erhebungsdurchführung	40
4.4 Mobilität	19	11.3 Gewichtung	40
4.5 Stürze	20	11.4 Grenzen der Erhebung	40
5 Körperliche Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen	21	12 Bibliografie	41

Das Wichtigste in Kürze

Angesichts der demografischen Alterung ist es wichtig, über den Bedarf in der Langzeitpflege von Betagten Bescheid zu wissen und die zukünftige Planung darauf auszurichten. Der Pflegebedarf hängt stark von der funktionalen Gesundheit und von chronischen Krankheiten ab. Deshalb soll der Gesundheitszustand von betagten Menschen in Alters- und Pflegeheimen vertieft untersucht werden. Welche soziodemografischen Merkmale weisen ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen auf und wie ist ihre physische, psychische und funktionale Gesundheit? Die 2008/09 durchgeführte Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) liefert Antworten auf diese Fragen.

In Alters- und Pflegeheimen lebende Personen

Von den 1,308 Millionen Menschen über 65 Jahren in der Schweiz leben rund 84'000 für längere Zeit in einem Alters- oder Pflegeheim (6 %). Die Quote der Personen in Alters- und Pflegeheimen nimmt mit dem Alter stark zu: Sie steigt von 1 % bei den 65- bis 74-Jährigen auf 28 % bei den ab 85-Jährigen. 75 % der Menschen in Alters- und Pflegeheimen sind Frauen. Die hochbetagten Frauen (ab 85 Jahre) machen knapp die Hälfte (48 %) des Bestandes der Alters- und Pflegeheime aus. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Betagten beträgt 2,7 Jahre.

Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Mehrheit der Personen befindet sich aufgrund eines erhöhten Unterstützungs- und Pflegebedarfs in Alters- und Pflegeheimen und kann nicht mehr selbstständig zuhause leben. 77 % der betagten Personen in Alters- und Pflegeheimen haben dauerhafte Gesundheitsprobleme und 83 % sind durch ein gesundheitliches Problem seit mindestens sechs Monaten in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt. Unter den in Privathaushalten lebenden Personen betragen diese Anteile 44 % respektive 37 %. Generell ist ab 75 Jahren ein Übergang von der körperlichen Unabhängigkeit hin zu funktionalen Beeinträchtigungen

und Funktionsverlusten zu beobachten. Ab 85 Jahren treten vermehrt Einschränkungen auf, was einen höheren Pflegebedarf zur Folge hat. Bei den Personen, die in Privathaushalten leben, tritt mit zunehmendem Alter somit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Probleme auf. Personen in Alters- und Pflegeheimen weisen dagegen unabhängig vom Alter bereits beim Eintritt in das Heim einen schlechten Gesundheitszustand auf.

Funktionale Gesundheit

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten sind ein ausschlaggebender Faktor für den Hilfs- und Pflegebedarf. Sie werden mithilfe einer Skala gemessen, die angibt, in welchem Umfang eine Person in der Lage ist, sechs Aktivitäten (sich waschen, sich anziehen, zur Toilette gehen, sich fortbewegen, aufstehen und essen) auszuführen. Dabei werden die Einschränkungen entsprechend der Reihenfolge ihres Auftretens hierarchisiert. 4 % der in Privathaushalten lebenden Personen ab 65 Jahren können mindestens eine der erwähnten Alltagsaktivitäten nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausführen, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter steigt. Bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern ist dies hingegen bei 76 % der Fall. 37 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen sind nicht in der Lage, mindestens fünf der sechs Alltagsaktivitäten selbstständig auszuführen.

Inkontinenz und eingeschränkte Mobilität sind zwei weitere häufige Anzeichen für eine Verschlechterung der funktionalen Gesundheit. So leidet die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner an Stuhlinkontinenz (47 %) oder ausschliesslich an Harninkontinenz (33 %). Ab 75 Jahren sind mehr Frauen als Männer von Inkontinenz betroffen (84 % gegenüber 69 %). Ausserdem sind die meisten Menschen in Alters- und Pflegeheimen nicht in der Lage, alleine eine kurze Strecke zu gehen (61 %). Diese Personen mit einer verminderten Mobilität weisen auch die stärksten Einschränkungen bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten auf.

Körperliche und psychische Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen

Multimorbidität ist in Alters- und Pflegeheimen stark verbreitet: Bei 86 % der Personen wurden mehrere Krankheiten diagnostiziert, bei 23 % sind es sogar fünf oder mehr. 78 % weisen eine somatische, 69 % eine psychische Krankheit auf. 54 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind gleichzeitig von mindestens einer somatischen sowie von mindestens einer psychischen Krankheit betroffen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (49 %) und Bluthochdruck (47 %) sind die beiden am häufigsten diagnostizierten körperlichen Beschwerden. Bei den psychischen Krankheiten werden Demenz (39 %) und Depression (26 %) am häufigsten verzeichnet. Zudem haben 33 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner zwar nicht die Diagnose Demenz, weisen aber kognitive Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen auf, die als Symptome einer Demenzerkrankung gelten. Ebenso wurden bei 34 % keine Depression diagnostiziert, jedoch depressive Symptome festgestellt.

Gesundheitsprofile und funktionale Probleme in Alters- und Pflegeheimen

53 % der Personen in Institutionen leiden an einer neuropsychiatrischen Erkrankung (Demenz, Parkinson-Krankheit, Hirnschlag oder Multiple Sklerose). Die funktionale Gesundheit dieser Personen ist stark beeinträchtigt: 50 % von ihnen sind in fünf oder sechs Alltagsaktivitäten eingeschränkt und 61 % weisen Stuhlinkontinenz auf. Solche funktionalen Probleme werden in erster Linie durch Demenz verursacht. Personen mit einer hauptsächlich psychiatrischen Erkrankung (Psychose, Suchterkrankung) sind in der Minderheit (12 %). In Bezug auf ihr soziodemografisches Profil und ihre Verfassung der funktionalen Gesundheit unterscheiden sie sich jedoch stark von den übrigen Heimbewohnerinnen und -bewohnern: Sie sind durchschnittlich jünger (81,1 Jahre gegenüber 86,1 Jahre) und leben bereits länger im Alters- oder Pflegeheim (5,5 Jahre gegenüber 4,0 Jahre). Zudem sind sie häufiger als die übrigen Personen in Institutionen kontinent (30 %) und öfter lediglich in einer Alltagsaktivität eingeschränkt oder gar nicht eingeschränkt (48 %).

Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen

16 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen erhalten Palliative Care, beispielsweise aufgrund einer Demenz (58 %) oder einer Krebserkrankung (10 %). Diese Personen sind in ihrer Autonomie stark eingeschränkt und sehr oft inkontinent: 65 % sind bei mindestens fünf Alltagsaktivitäten eingeschränkt, 77 % sind nicht in der Lage, alleine eine kurze Strecke zu gehen und 69 % leiden an Stuhlinkontinenz. Sie weisen demzufolge einen sehr hohen Pflegebedarf auf.

Personen in Alters- und Pflegeheimen mit geringem Hilfs- und Pflegebedarf

24 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner gelten als wenig eingeschränkt, da sie in nahezu allen Alltagsaktivitäten selbstständig sind. Sie wären zudem teilweise in der Lage, wenn nötig selber einzukaufen (61 %), öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen (49 %) oder ihr Essen zuzubereiten (45 %). Ihr Gehvermögen ist dementsprechend gut, 80 % von ihnen können ohne Hilfe kurze Wegstrecken zurücklegen. Ausserdem leiden 10 % dieser Personen an Stuhlinkontinenz. Sie benötigen somit wenig Unterstützung und Pflege.

1 Einleitung

Seit einigen Jahrzehnten ist eine Alterung der Bevölkerung zu beobachten, die sich in einem doppelseitigen Phänomen zeigt: Einerseits lebt eine grosse Gruppe von Personen lange Zeit ohne Einschränkungen und ist erst am Lebensende und während einer relativ kurzen Zeit auf Pflege angewiesen. Andererseits gibt es einen kleineren Teil von Personen, die lange mit Einschränkungen leben und über einen längeren Zeitraum Betreuung bedürfen (Höpflinger und Hugentobler 2003). Zur Planung von Ressourcen und Strukturen im Gesundheitswesen ist es unabdingbar, über den Pflegebedarf der verschiedenen Bevölkerungsgruppen Bescheid zu wissen.

Aus diesem Grund ist es wichtig, ihren Gesundheitszustand in Bezug auf verschiedene Dimensionen zu untersuchen: körperlich, psychisch und funktional. Die funktionale Gesundheit, d.h. die Fähigkeit zur selbstständigen Verrichtung von Alltagsaktivitäten wie sich waschen, sich anziehen oder zur Toilette gehen, spielt eine zentrale Rolle bei der Ermittlung des Pflegebedarfs. Bei den hochbetagten Menschen wird die funktionale Gesundheit ihrerseits massgeblich durch die körperliche und psychische Gesundheit beeinflusst. Insbesondere psychogeriatrische Störungen beeinträchtigen die funktionale Gesundheit der betroffenen Personen stark.

Im vorliegenden Bericht werden als Erstes die in Privathaushalten lebenden Personen und die Personen in Alters- und Pflegeheimen in Bezug auf soziodemografische Merkmale (Kap. 2) und den Gesundheitszustand (Kap. 3) miteinander verglichen. Anschliessend wird der Zustand der funktionalen Gesundheit der (in Privathaushalten oder in Alters- und Pflegeheimen lebenden) betagten Personen beschrieben (Kap. 4). Das darauffolgende Kapitel (Kap. 5) beschäftigt sich mit der körperlichen Gesundheit. In Kapitel 6 werden die Diagnosen und Störungen in Bezug auf die psychische Gesundheit betrachtet, insbesondere Demenz und Depression. Darin wird der enge Zusammenhang zwischen neuropsychiatrischen Krankheiten und der funktionalen Gesundheit aufgezeigt. Zudem wird die Bedeutung der Multimorbidität bei betagten Personen in Alters- und Pflegeheimen thematisiert (Kap. 7). Am Ende des Berichts werden zwei

Kategorien von Personen in Alters- und Pflegeheimen behandelt, die bezüglich Autonomie die Extrembeispiele darstellen: Zum einen Personen, die Palliative Care erhalten (Kap. 8), zum anderen diejenigen, die nur einen geringen Hilfs- und Pflegebedarf aufweisen (Kap. 9).

Grundlage dieses Berichts ist in erster Linie die Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) von 2008/09. Diese Erhebung liefert Daten zur Gesundheit, zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, zum Pflegebedarf, zu den sozialen Ressourcen und den allgemeinen Lebensbedingungen der Personen ab 65 Jahren, die seit mindestens 30 Tagen in einem Alters- oder Pflegeheim leben. Personen, die gemäss Einschätzung des Pflegepersonals in der Lage waren selbst zu antworten (52%), wurden persönlich befragt. Für die übrigen Personen (48%) beantwortete das Pflegepersonal einen Papierfragebogen (> Kap. 11 für eine detaillierte Beschreibung der Erhebung). Um die Situation betagter Menschen in Alters- und Pflegeheimen mit derjenigen der in Privathaushalten lebenden Personen vergleichen zu können, wurden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)¹ von 2007 herangezogen. Die in dieser Befragung erhobenen Informationen betreffen vor allem den Gesundheitszustand und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen. Es werden Personen ab 15 Jahren, die in einem Privathaushalt in der Schweiz leben und über einen Telefonanschluss verfügen, befragt. Schliesslich werden die Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)² für die soziodemografischen Angaben betagter Personen sowie zur Berechnung der Quote der Personen in Alters- und Pflegeheimen benutzt. Die SOMED ist obligatorisch und erfasst die Infrastrukturen und Tätigkeiten der Institutionen für Betagte sowie Menschen mit Behinderungen.

¹ Bundesamt für Statistik: Beschreibung der SGB
www.statistik.admin.ch → Themen 14 → Erhebungen, Quellen → Schweizerische Gesundheitsbefragung

² Bundesamt für Statistik: Beschreibung der SOMED
www.statistik.admin.ch → Themen 14 → Erhebung, Quellen → Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

2 Betagte in Privathaushalten und in Alters- und Pflegeheimen

2.1 Demografische Merkmale

Im Jahr 2009 betrug die Anzahl der Personen ab 65 Jahren 1,308 Millionen, was 17 % der Schweizer Bevölkerung entspricht (Statistik von Stand und Struktur der ständigen Wohnbevölkerung, ESPOP 2009). Am 31. Dezember 2009 lebten davon 84'000 (6 %) seit längerer Zeit (mindestens 30 Tage) in einem Alters- oder Pflegeheim (SOMED 2009). Insgesamt haben 109'000 Personen im Jahr 2009 mindestens einen längeren Aufenthalt in einem Alters- oder Pflegeheim verbracht.

Der Anteil der Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben, steigt mit zunehmendem Alter. Vor Erreichen des 75. Altersjahres leben sehr wenige Personen in einem Alters- und Pflegeheim (zwischen 1 % und 2 %). Danach steigt der Anteil auf 9 % bei den 80- bis 84-Jährigen und auf 44 % bei den 95-jährigen und älteren

Personen. Ab 80 Jahren wird zudem der Unterschied zwischen Männern und Frauen zunehmend grösser.

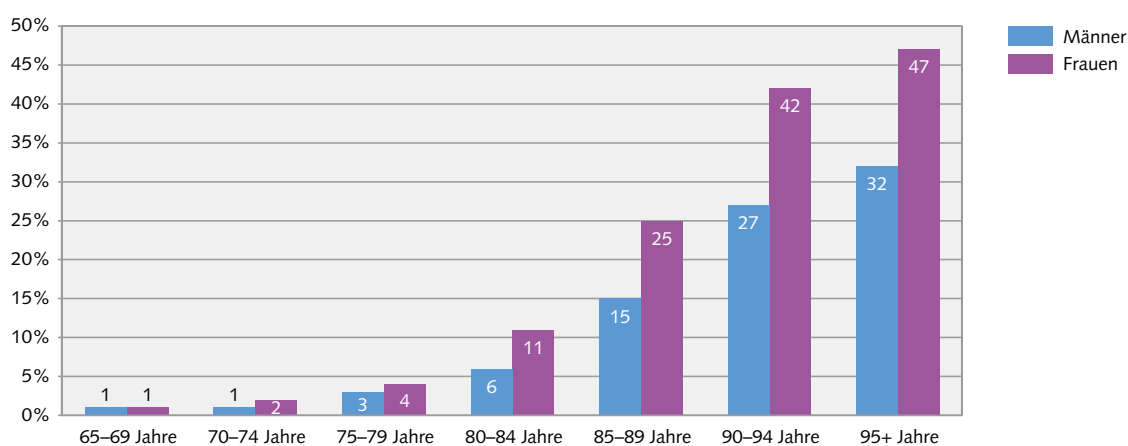
Knapp die Hälfte der Frauen ab 95 Jahren lebt in Alters- und Pflegeheimen (47 %), während es bei den Männern der gleichen Altersgruppe weniger als ein Drittel (32 %) sind (G1).

Die grösste Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen stellen Frauen ab 85 Jahren dar. Grundsätzlich sind die Frauen im Durchschnitt älter als ihre männlichen Mitbewohner: Bei den Frauen beträgt das Durchschnittsalter 86,2 Jahre, bei den Männern 83,6. Die Mehrheit der Frauen in Alters- und Pflegeheimen ist 85-jährig oder älter (64 %), während dies bei den Männern nur knapp die Hälfte ist (49 %) (G2). Umgekehrt ist bei den in Alters- und Pflegeheimen lebenden Männern der Anteil in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen mehr als doppelt so gross wie jener der Frauen.

Personen in Alters- oder Pflegeheimen nach Geschlecht und Alter, 2009

Anteil betagter Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim leben an der Gesamtbevölkerung (Stand 31.12.2009)

G 1



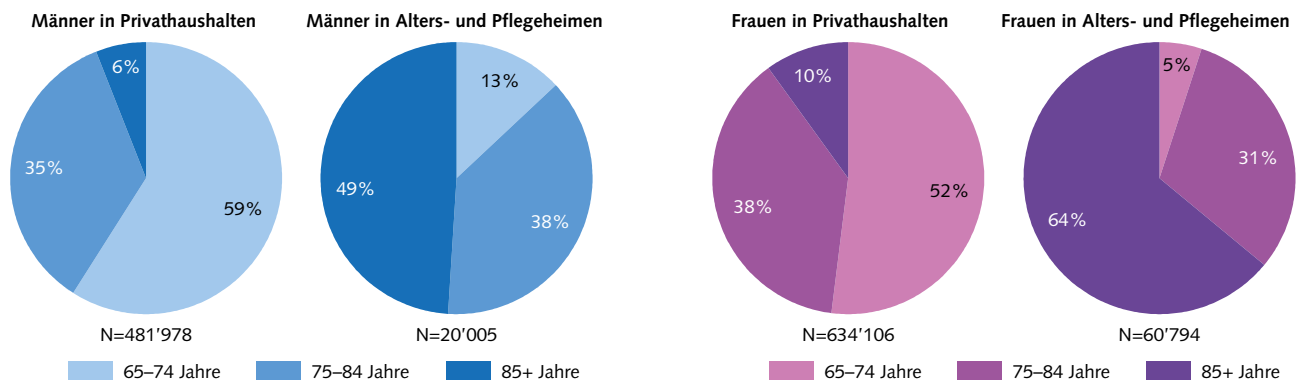
Quelle: BFS (ESPOP, SOMED)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Altersstruktur nach Geschlecht und Wohnort, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 2



Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

2.2 Zivilstand

In Alters- und Pflegeheimen leben mehr ledige und verwitwete Personen, in Privathaushalten mehr Verheiratete. Zwei Drittel der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Frauen sind verwitwet (67%), während es bei den Männern etwas mehr als ein Drittel (37%) ist (G3).

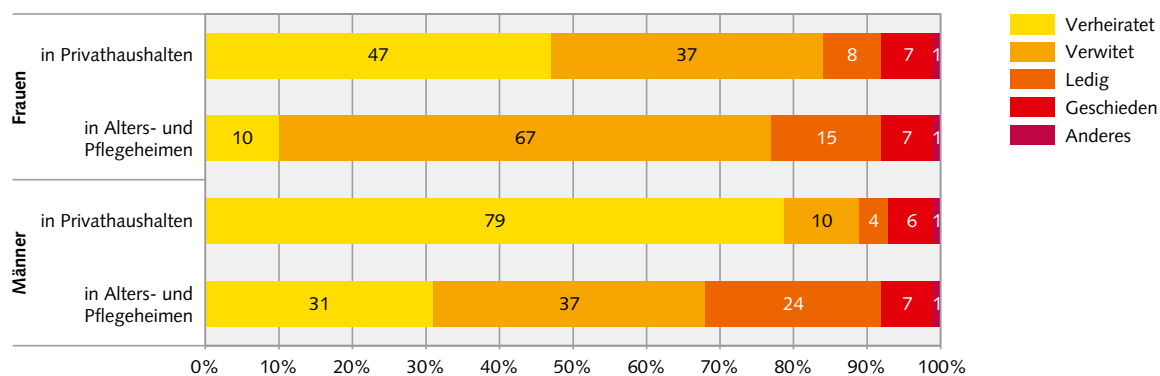
In Alters- und Pflegeheimen sinkt der Anteil der verheirateten Frauen mit jeder höheren Altersgruppe um die Hälfte. Der Anteil der verheirateten Männer ist hingegen ab 75 Jahren höher (34%) als in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen (21%) (G4). Frauen haben eine hö-

here Lebenserwartung und sind durchschnittlich drei Jahre jünger als ihre Ehepartner (Delbès und Gaymu 2005), weshalb der Anteil der verheirateten Frauen mit steigendem Alter abnimmt. Demgegenüber ist bei den Männern in Alters- und Pflegeheimen die Wahrscheinlichkeit grösser, dass sie noch verheiratet sind. Bei eingeschränkter Autonomie ist die Ehepartnerin bzw. der Ehepartner die wichtigste Betreuungsperson, was den Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim verzögern oder gar verhindern kann (Bontout, Colin und Kerjosse 2002). Dieser Schutzfaktor gilt vor allem für die Männer (Delbès und Gaymu 2005).

Zivilstand nach Geschlecht und Wohnort, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 3



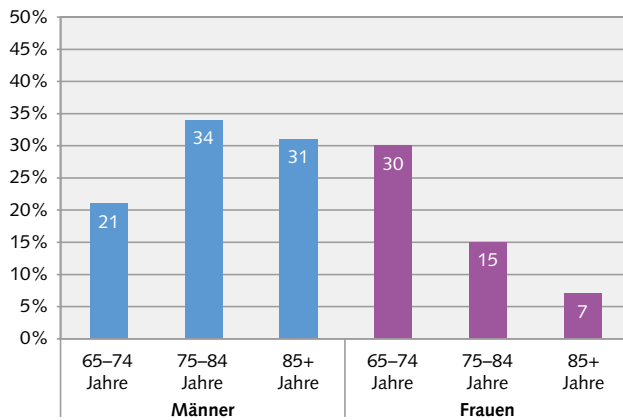
Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Verheiratete Personen nach Geschlecht und Alter, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 4



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

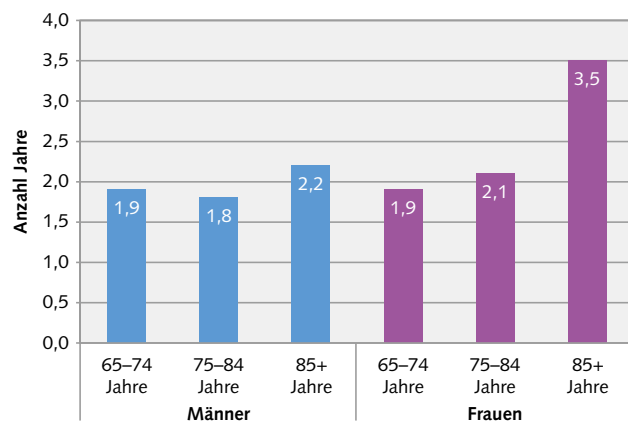
Im Jahr 2009 hatten die seit längerer Zeit in Alters- oder Pflegeheimen lebenden Personen durchschnittlich 2,7 Jahre darin verbracht. Ein Viertel lebte weniger als 78 Tage, ein Viertel mehr als 3,7 Jahre in einer Institution. Die Aufenthaltsdauer nimmt logischerweise mit dem Alter zu. Ab 75 Jahren leben die Frauen seit längerer Zeit in einem Alters- oder Pflegeheim als die Männer (G5).

Die Menschen, die in ein Alters- und Pflegeheim eintreten, tun dies in fortgeschrittenem Alter. Im Durchschnitt sind sie beim Eintritt 81,6 Jahre alt. Ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner ist jedoch mit über 87,1 Jahren eingezogen. Im Allgemeinen treten die Frauen später in eine Institution ein als die Männer (82,2 Jahre gegenüber 79,8 Jahre).

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Alters- und Pflegeheimen nach Geschlecht und Alter, 2009

Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 5



Quelle: BFS (SOMED)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3 Allgemeiner Gesundheitszustand

Menschen werden mit fortschreitendem Alter anfälliger für Krankheiten und gesundheitliche Probleme. Chronische Krankheiten sind im höheren Lebensalter eine der Hauptursachen für funktionale Beeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit. Schliesslich erfolgt der Übertritt von der eigenen Wohnung ins Altersheim zumeist aufgrund von steigendem Hilfs- und Pflegebedarf sowie aus medizinischen Gründen. Menschen in Alters- und Pflegeheimen haben deshalb andere gesundheitliche Voraussetzungen als in Privathaushalten lebende Personen.

Messung des allgemeinen Gesundheitszustandes

Der allgemeine Gesundheitszustand wird mit dem «Minimalmodul» für die Gesundheit (MEHM für «Minimum European Health Module») anhand von drei Fragen ermittelt. Es ist Bestandteil des «Europäischen Gesundheitserhebungssystems», das von Eurostat, dem statistischen Amt der Europäischen Union (EU) entwickelt wurde, um Vergleiche zwischen den Ländern zu ermöglichen.

1. Der **selbst wahrgenommene Gesundheitszustand** wird anhand folgender Frage beurteilt: «Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?» Es stehen fünf Antwortmöglichkeiten von «sehr gut» bis «sehr schlecht» zur Auswahl. Sämtliche in Privathaushalten lebenden Personen beantworten diese Frage. Bei den Personen in Alters- und Pflegeheimen antworten nur diejenigen, die in der Lage sind, persönlich an der Befragung teilzunehmen (52% aller in der Erhebung erfassten Personen). Die Frage ist zu subjektiv, als dass sie das Pflegepersonal an der Stelle einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners beantworten könnte.
2. Zur Ermittlung eines **dauerhaften Gesundheitsproblems** dient die Frage «Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?». Die Frage kann mit «Ja» oder «Nein» beantwortet werden und sie wird allen befragten älteren Personen (in Privathaushalten und in Alters- und Pflegeheimen) gestellt. Bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die nicht persönlich befragt werden können, antwortet das Pflegepersonal.
3. **Aktivitätseinschränkungen** werden ausgehend von folgender Frage gemessen: «Wie sehr sind Sie seit mindestens sechs Monaten aufgrund eines gesundheitlichen Problems bei Tätigkeiten des gewöhnlichen Alltagslebens eingeschränkt?». Antwortoptionen sind «stark eingeschränkt», «etwas eingeschränkt» oder «nicht eingeschränkt». Auch hier werden sämtliche (in Privathaushalten und in Alters- und Pflegeheimen lebende) Personen befragt, dabei gilt das gleiche Vorgehen wie bei der vorhergehenden Frage.

3.1 Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand gibt Auskunft darüber, wie die Einzelpersonen ihren Gesundheitszustand erleben, wobei verschiedene Dimensionen (körperliche, psychische und soziale Gesundheit) berücksichtigt werden. Sie eignet sich gut für die Prognostizierung verschiedener Indikatoren zur Morbidität und zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Zahlreiche Längsschnittstudien haben gezeigt, dass die Angaben zur selbst wahrgenommenen Gesundheit eine hohe Vorhersagekraft in Bezug auf schwerere Erkrankungen und Sterblichkeit besitzen. Dadurch spielen sie sowohl bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes wie auch in Bezug auf die Gesundheitsentwicklung eine wesentliche Rolle. Sie ist somit ein guter Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt.

Betagte, die in Privathaushalten leben, bezeichnen ihre Gesundheit mehrheitlich als (sehr) gut (72 %). Mit steigendem Alter nimmt dieser Anteil ab: Ab 85 Jahren beurteilen noch 57 % der Personen ihre Gesundheit als (sehr) gut. Der Anteil gleicht sich demjenigen von Personen in Alters- und Pflegeheimen an. Bei den in Privathaushalten lebenden Personen sind zwischen gleichaltrigen Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

Die Mehrheit der Heimbewohnerinnen und -bewohner schätzt ihre Gesundheit als mittelmässig oder schlecht ein. Der Anteil der Personen, die sie als (sehr) gut bezeichnen, beträgt dennoch 43 %, ohne signifikante Unterschiede nach Alter oder Geschlecht (G6). Hier wurden nur Personen einbezogen, die selber in der Lage waren, auf die Fragen zu antworten, d.h. rund die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner.

Der hohe Anteil der Personen in Alters- und Pflegeheimen, die ihre Gesundheit als (sehr) gut empfinden, scheint erstaunlich. Er lässt sich grundsätzlich damit erklären, dass die Betagten ihre eigene Gesundheit nicht nach medizinischen Kriterien beurteilen, sondern eher von einem Vergleich mit gleichaltrigen Personen ausgehen. Zudem werden die Erwartungen in Bezug auf die Gesundheit mit fortschreitendem Alter nach unten angepasst. Darüber hinaus kann nach dem Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim aufgrund verstärkter Pflegeleistungen das subjektive Empfinden einer besseren Gesundheit entstehen (Höpflinger und Hugentobler 2006).

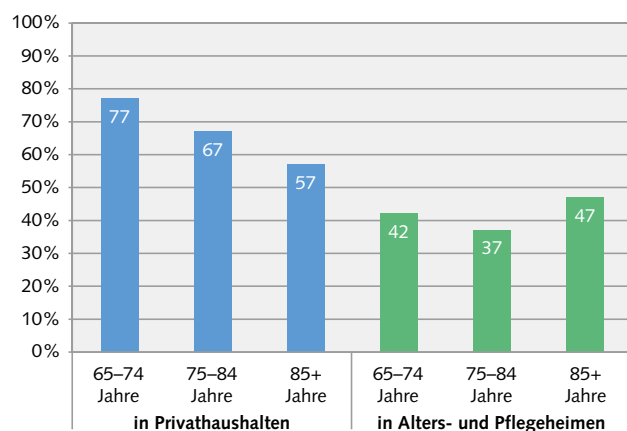
3.2 Dauerhafte Gesundheitsprobleme

Die Prävalenz von chronischen Krankheiten und dauerhaften Gesundheitsproblemen nimmt mit dem Alter stetig zu. Insgesamt geben mehr als vier von zehn in Privathaushalten lebenden Betagten (44 %) an, seit mindestens sechs Monaten ein gesundheitliches Problem zu haben. Ab 85 Jahren sind über die Hälfte (55 %) von einem dauerhaften Gesundheitsproblem betroffen (G7).

Die überwiegende Mehrheit der in Institutionen lebenden Personen (77 %) leidet an chronischen Krankheiten. Da dauerhafte Gesundheitsprobleme oftmals Ursache für den Heimeintritt sind, bestehen weder alters- noch geschlechtsspezifische Unterschiede (G7). Ab 75 Jahren ist der Anteil der Personen mit dauerhaften Gesundheitsproblemen unter den Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die die Erhebungsfragen nicht selber beantworten konnten, deutlich höher als bei den Personen, die direkt befragt wurden (90 % gegenüber 64 %).

(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Wohnort und Alter, 2007 und 2008/09
Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 6

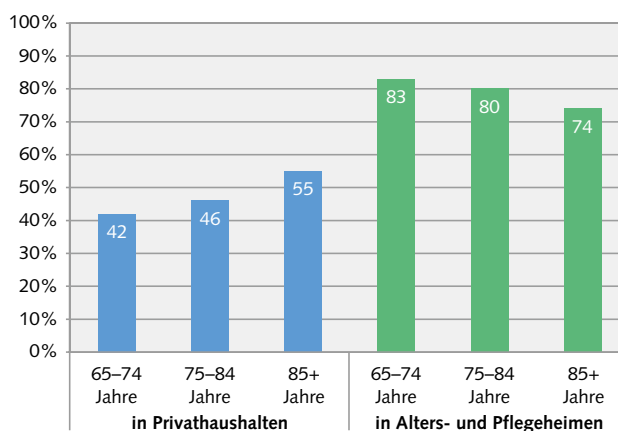


Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Dauerhaftes Gesundheitsproblem nach Wohnort und Alter, 2007 und 2008/09
Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 7



Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

3.3 Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten

Eine gute funktionale Gesundheit ist in allen Altersgruppen zentral und eng verwandt mit der Lebensqualität. Bei Betagten können funktionale Einschränkungen dazu führen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, gewöhnliche Aktivitäten des Alltags auszuführen, und pflegebedürftig werden. Rund 25 % der in Privathaushalten lebenden Menschen sind aufgrund eines Gesundheitsproblems seit mindestens sechs Monaten in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt, zusätzliche 12 % sind stark eingeschränkt. Solche Einschränkungen kommen ab einem Alter von 85 Jahren häufiger vor: In dieser Altersgruppe ist ein Viertel der Personen stark eingeschränkt (25 %) und ein weiteres Drittel der Personen eingeschränkt (36 %) (G8). In Privathaushalten sind bei den

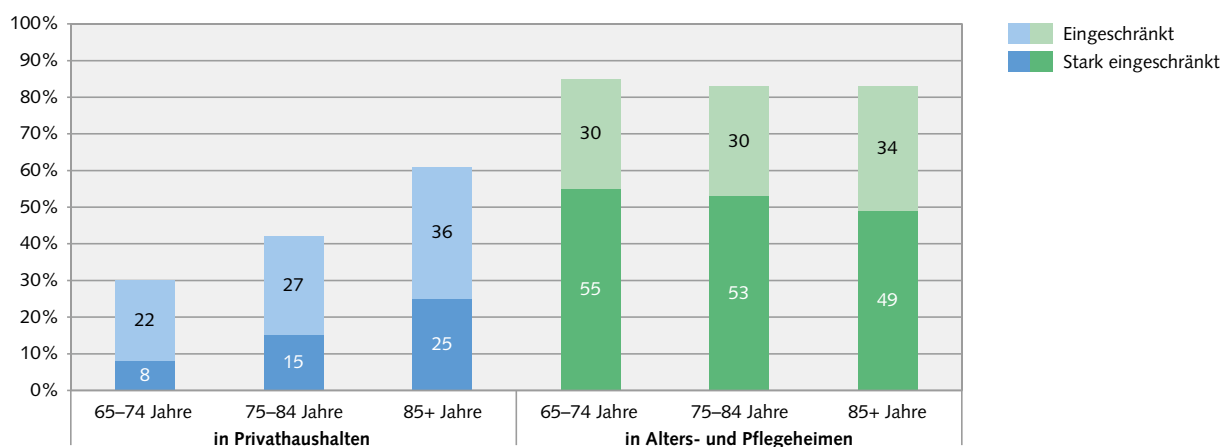
65- bis 74-Jährigen die Frauen häufiger in ihren gewöhnlichen Alltagsaktivitäten eingeschränkt als die Männer (34 % gegenüber 26 %); in den anderen Altersgruppen ist dies nicht der Fall. Möglicherweise leben die älteren Frauen, die an solchen Einschränkungen leiden, in diesem Alter häufiger in Alters- und Pflegeheimen.

Es ist nicht weiter erstaunlich, dass Personen in Alters- und Pflegeheimen mehrheitlich wegen eines gesundheitlichen Problems dauerhafte Einschränkungen aufweisen – ein Drittel ist stark (33 %) und zusätzlich die Hälfte eingeschränkt aber nicht stark (50 %). Bezüglich Alter und Geschlecht sind keine Unterschiede auszumachen (G8). Personen, die die Fragen nicht selbst beantworten konnten, sind bei gleichem Alter häufiger in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt als Personen, bei denen das Interview persönlich durchgeführt wurde (92 % gegenüber 75 %).

Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten nach Wohnort und Alter, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 8



Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4 Funktionale Gesundheit

Die Messung von funktionalen Problemen

In den Gesundheitserhebungen werden körperliche funktionale Fähigkeiten häufig mithilfe der zwei Indikatoren IADL («Instrumental Activities of Daily Living», instrumentelle Alltagsaktivitäten) und ADL («Activities of Daily Living», Alltagsaktivitäten) gemessen.

Instrumentelle Alltagsaktivitäten (IADL)

Der Indikator IADL misst, in welchem Umfang eine Person für sich selber sorgen kann, dies sowohl in ihrem Haushalt als auch ausserhalb. Ausserdem gibt er Auskunft über die Beteiligung an der Gesellschaft. Es wird erfasst, ob «die Person die folgenden alltäglichen Verrichtungen falls nötig ohne Hilfe ausführen kann oder könnte: Essen zubereiten, telefonieren, einkaufen, Wäsche waschen, leichte Hausarbeit erledigen, gelegentlich schwere Hausarbeit erledigen, sich um die Finanzen kümmern, die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen».

Alltagsaktivitäten (ADL)

Der Indikator ADL misst, inwieweit eine Person gewisse grundlegende Aktivitäten zur persönlichen Versorgung selbstständig verrichten kann. Die Frage lautet dabei, «ob und wie weit die Person in der Lage ist, die folgenden Alltagsaktivitäten ohne Hilfe auszuführen: essen, ins oder aus dem Bett steigen oder von einem Sessel aufstehen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen, baden oder duschen, sich im Zimmer oder innerhalb und ausserhalb der Einrichtung bewegen». Bei in Privathaushalten lebenden Personen wird die Frage nach der Mobilität nicht gestellt.

Eine Person wird als **eingeschränkt** betrachtet, wenn sie die Aktivität nur mit grossen Schwierigkeiten oder gar nicht selbstständig ausführen kann. Sie gilt als **nicht eingeschränkt**, wenn sie die Aktivität problemlos oder nur mit leichten Schwierigkeiten bewältigt. In Privathaushalten lebende Personen geben selber Antwort auf die Frage, während für Personen in Institutionen das Pflegepersonal Auskunft gibt.

Die funktionale Gesundheit beschreibt, inwieweit eine Person ausgehend von ihrem Gesundheitszustand in der Lage ist, ihren täglichen Bedürfnissen nachzukommen und an der Gesellschaft teilzuhaben. Eine gute funktionale Gesundheit im Alter ist eine wichtige Voraussetzung für ein selbstständiges Leben und funktionale Einschränkungen geben häufig den Ausschlag für den Eintritt in eine Institution. Überdies gilt Inkontinenz als weitgehend anerkannter Grund für den Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim. Dabei muss diese nicht als einzelner Faktor betrachtet werden, sondern als Begleiterscheinung von Funktionsverlusten sowie anderen schwereren Krankheiten (Holroyd-Leduc, Mehta und Covinsky 2004) und einer dadurch begünstigten sozialen Ausgrenzung (Viktrup u.a. 2005). Hinzu kommen im hohen Alter Einschränkungen in der Mobilität, die häufig mit einem Hilfs- und Pflegebedarf verbunden sind. Beeinträchtigungen des Gehvermögens können zu Stürzen führen, die bei Betagten wiederum Auslöser für grössere funktionale Probleme sein können.

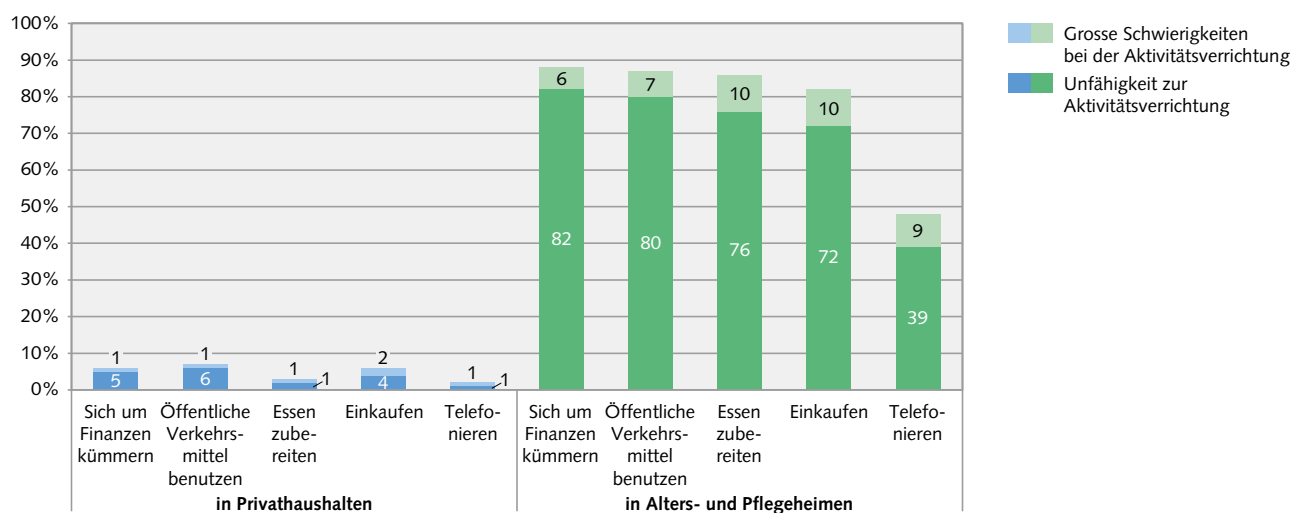
4.1 Einschränkungen in den instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL)

Zwei von zehn in Privathaushalten lebenden Personen (20 %) können mindestens eine instrumentelle Alltagsaktivität nicht ausführen (> Kasten). Dieser Anteil nimmt mit steigendem Alter zu. In Alters- und Pflegeheimen weisen nahezu alle Personen mindestens eine Einschränkung bei instrumentellen Alltagsaktivitäten auf (96 %). Lediglich Telefonieren ist eine Aktivität, die für rund die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner noch möglich ist (52 %) (G9).

Einschränkungen in den instrumentellen Alltagsaktivitäten nach Wohnort, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 9



Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.2 Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (ADL)

Einschränkungen bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten führen oft zu einem erhöhten Hilfs- und Pflegebedarf. Rund 4 % der in Privathaushalten lebenden Personen können mindestens eine der Basisalltagsaktivitäten nicht ausführen (> Kasten). Der Umfang der Schwierigkeiten sowie die Anzahl der eingeschränkten Aktivitäten nehmen mit dem Alter zu: Ab 85 Jahren haben 18 % der Personen grosse Schwierigkeiten oder sind gar nicht in der Lage, eine oder mehrere Alltagsaktivitäten zu verrichten, bei den 65- bis 74-Jährigen beträgt dieser Anteil erst 1 % (G10). Zwischen den Geschlechtern sind keine Unterschiede feststellbar. In den Alters- und Pflegeheimen

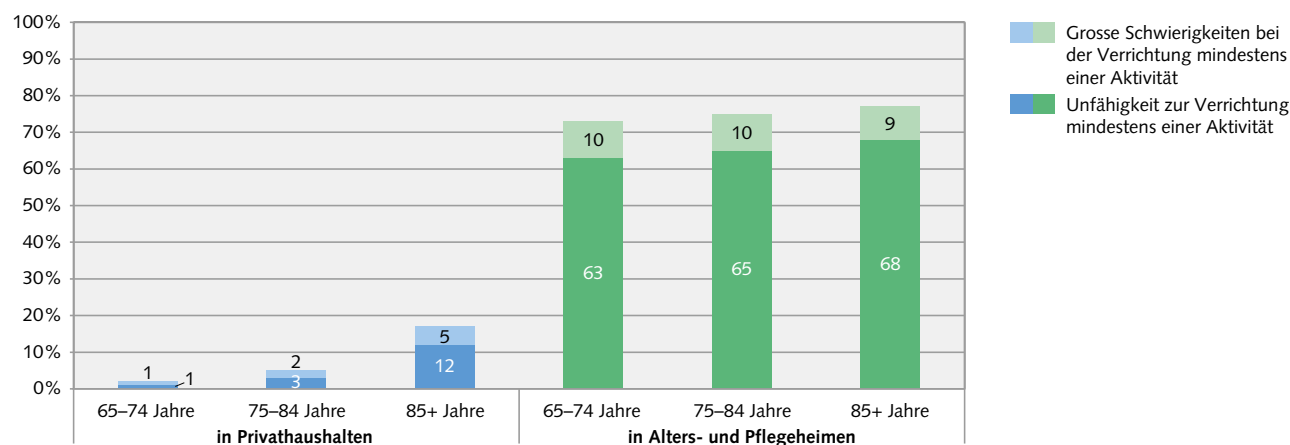
können dagegen 76 % der Bewohnerinnen und Bewohner mindestens eine Alltagsaktivität gar nicht verrichten oder nur mit grossen Schwierigkeiten. Auch hier ist der Anteil weder alters- noch geschlechtsabhängig.

«Sich waschen» ist die Aktivität, bei der Personen in Alters- und Pflegeheimen am häufigsten eingeschränkt (76 %) und vom Pflegepersonal abhängig sind (G11). Rund die Hälfte von ihnen braucht auch Hilfe beim Anziehen (53 %) oder beim Gang zur Toilette (47 %). Beim selbstständigen Essen sind die wenigsten Personen eingeschränkt (17 %). Bei gleichem Alter treten kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf, ausser bei den Frauen ab 85 Jahren, die häufiger als gleichaltrige Männer nicht selbstständig zur Toilette gehen können (52 % gegenüber 40 %).

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Wohnort und Alter, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 10



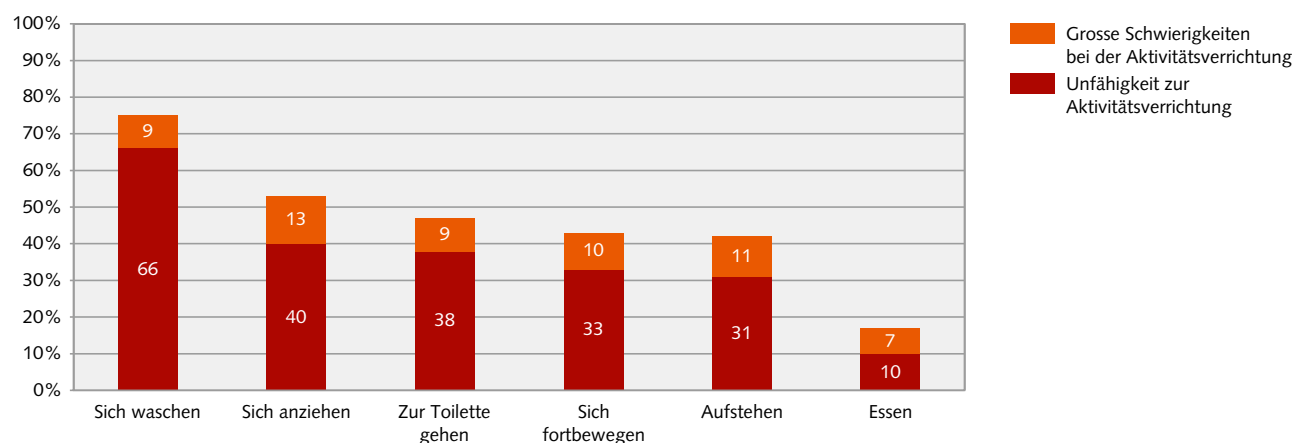
Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Einschränkungen in verschiedenen Alltagsaktivitäten, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 11



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Der Hilfs- und Pflegebedarf von Personen in Alters- und Pflegeheimen, die grösstenteils an Aktivitätseinschränkungen leiden, kann mithilfe der Skala von Katz differenzierter und präziser dargestellt werden. Diese wird speziell zur Messung der Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen in Alters- und Pflegeheimen verwendet.

Ausgehend von dieser Klassifikation, die die grosse Bandbreite an funktionalen Gesundheitszuständen erkennen lässt, sind drei Gruppen auszumachen (G12). Rund ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen haben einen hohen Hilfs- und Pflegebedarf (37 %). Dabei handelt es sich um Personen, deren Mobilität (Stufe f auf der Skala von Katz, > Kasten) stark eingeschränkt ist und/oder die nicht mehr selbstständig essen (Stufe g) können. Diese Menschen sind nahezu in allen Alltagsbereichen pflegebedürftig. Rund zwei von zehn Personen in Alters- und Pflegeheimen haben einen mittleren Pflegebedarf aufgrund von Einschränkungen bei der Verrichtung verschiedener Alltagsaktivitäten (20 %). Sie sind vor allem bei der Körperpflege auf Hilfe angewiesen (Stufen c, d, e). Mehr als vier von zehn Personen schliesslich weisen einen niedrigeren Pflegebedarf auf: 19 % leben mit nur einer Einschränkung (Stufe b) und 24 % können die sechs Alltagsaktivitäten selbstständig übernehmen (Stufe a). Letztere werden in einem eigenen Kapitel behandelt (> Kap. 9).

Angepasste Skala von Katz

Mit der Skala von Katz u.a. (1963) wird anhand von Fragen zu den Alltagsaktivitäten (ADL) der Schweregrad des Funktionsverlustes ermittelt, indem die Zahl der Einschränkungen in den betroffenen Aktivitäten entsprechend ihrem Auftreten nacheinander hierarchisiert werden. Anhand dieser Skala können die Stufen des Pflegebedarfs für Personen in Alters- und Pflegeheimen beschrieben werden. Im Unterschied zu Katz, dessen Skala auf dem Kriterium der Inkontinenz aufbaut, wird hier von der Mobilität ausgegangen. Inkontinenz wird separat behandelt (> Kap. 4.3).

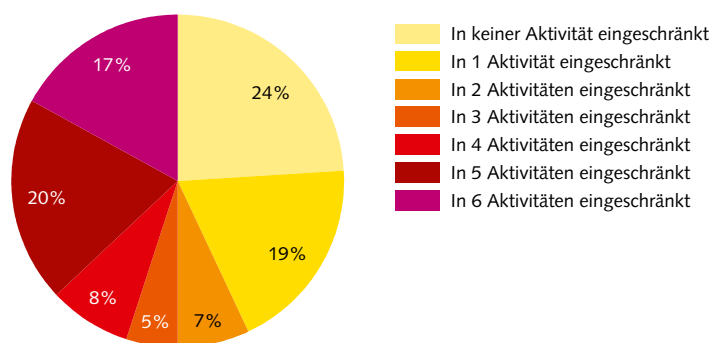
Eine Person wird als eingeschränkt betrachtet, wenn sie die Aktivität nur mit grossen Schwierigkeiten oder gar nicht verrichten kann. Sie gilt als nicht eingeschränkt, wenn sie die Aktivität problemlos oder nur mit leichten Schwierigkeiten machen kann. Die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten werden nach acht Stufen geordnet:

- a. In keiner Aktivität eingeschränkt
- b. Nur in einer Aktivität eingeschränkt
- c. In zwei Aktivitäten eingeschränkt, darunter sich waschen
- d. In drei Aktivitäten eingeschränkt, darunter sich waschen und sich anziehen
- e. In vier Aktivitäten eingeschränkt, darunter sich waschen, sich anziehen und zur Toilette gehen
- f. In fünf Aktivitäten eingeschränkt, darunter sich waschen, sich anziehen, zur Toilette gehen und aus dem Bett steigen
- g. In allen sechs Aktivitäten eingeschränkt
- h. In mindestens zwei Aktivitäten eingeschränkt, die nicht unter c, d, e oder f erwähnt sind. Diese Personen weisen ein sehr untypisches Profil auf und sind in der Minderheit. Sie werden daher in diesem Bericht nicht berücksichtigt, wenn sich die Auswertungen auf die Skala von Katz beziehen.

Anzahl Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 12



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.3 Inkontinenz in Alters- und Pflegeheimen

Harninkontinenz ist bei Betagten durch mehrere Faktoren bedingt. Gewisse Risiken sind typisch für ältere Frauen oder bei ihnen häufiger anzutreffen: neurologische Störungen und Verschlechterung des psychischen Zustandes, Störungen der unteren Harnwege (Infektionen, Brennen), Verdauungsprobleme (Verstopfung und/oder Stuhlinkontinenz), Geburten, gynäkologische Vorgeschichten und häufige Polymedikation (harntreibende Wirkung) tragen dazu bei (Resnick 1996).

Inkontinenz

Die Angaben zu diesem Thema stammen vom Pflegepersonal. Personen, die an **Stuhlinkontinenz** leiden, sind nicht in der Lage, ihren Stuhl zurückzuhalten. Dies ist die schlimmste Form der Inkontinenz.

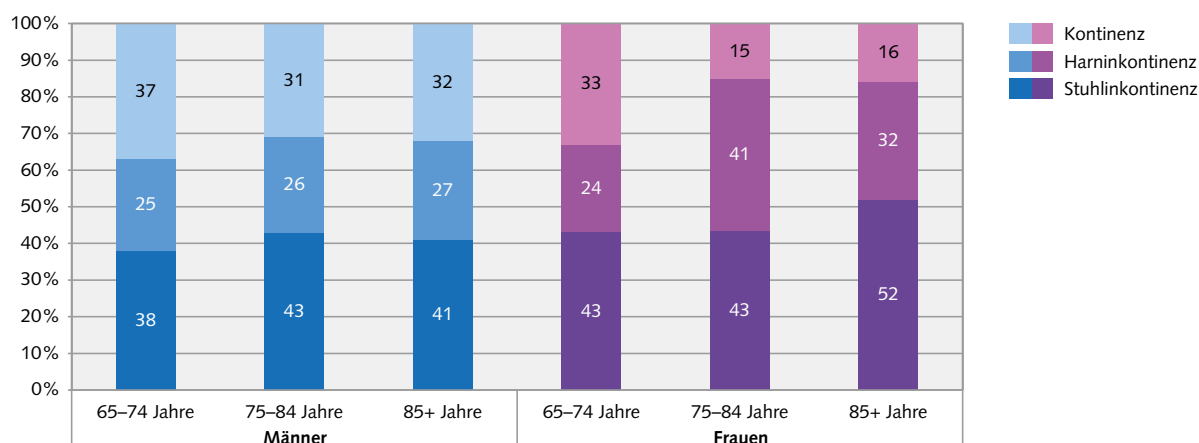
Personen, die von **Harninkontinenz** betroffen sind, verwenden ein entsprechendes Hilfsmittel (Einlagen/Vorlagen; suprapubische Harnableitung; transurethraler Dauerkatheter).

Bei **kontinenten Personen** werden keine Hilfsmittel gegen Harninkontinenz eingesetzt und sie können immer oder nahezu immer ihren Stuhl zurückbehalten.

Inkontinenz nach Geschlecht und Alter, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 13



Quelle: BFS (EGBI)

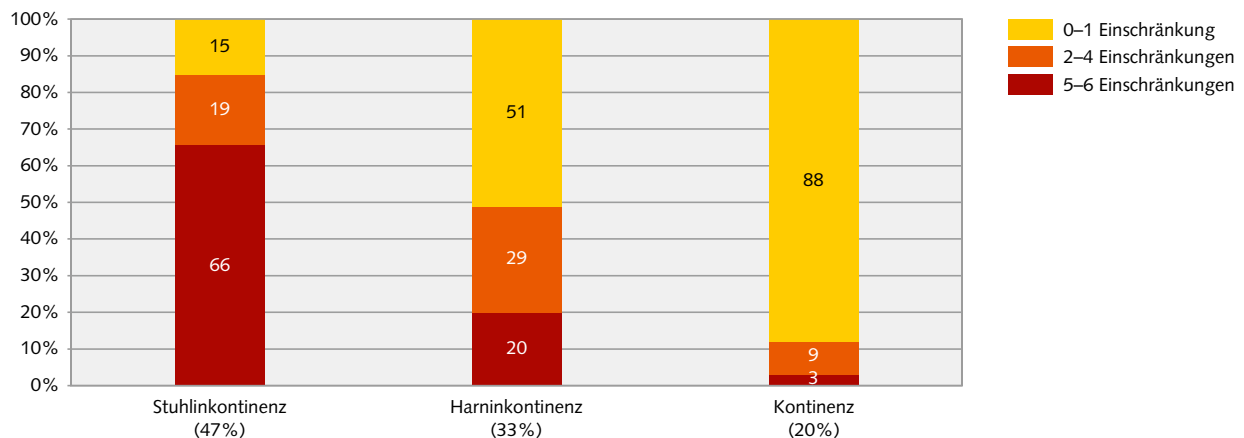
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Mehrzahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner ist von Inkontinenz betroffen (80 %). Rund die Hälfte leidet an Stuhlinkontinenz (47 %) und ein Drittel ausschliesslich an Harninkontinenz (33 %). In 97 % der Fälle tritt die Stuhlinkontinenz zusammen mit der Harninkontinenz auf. Ab 75 Jahren sind Frauen stärker als Männer von Inkontinenz betroffen (84 % gegenüber 69 %) und Männer sind rund doppelt so häufig kontinent wie die Frauen (G13).

Harninkontinenz ist kein Faktor für sich für eine eingeschränkte Autonomie (Holroyd-Leduc, Mehta und Covsky 2004). Es besteht jedoch ein Zusammenhang zwischen der Inkontinenz und den Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten. Unter den kontinenten Heimbewohnerinnen und -bewohnern sind 88 % nicht von mehr als einer Einschränkung betroffen. Bei denjenigen, die an Harninkontinenz leiden, beträgt dieser Anteil hingegen lediglich 51 %, bei Personen mit Stuhlinkontinenz 15 % (G14). Es sind keine alters- oder geschlechtsabhängigen Unterschiede festzustellen.

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Inkontinenztyp, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 14

Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.4 Mobilität

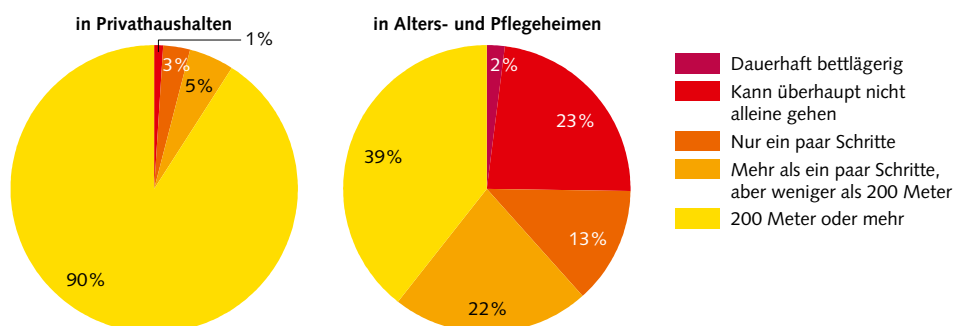
Mobilität ist bei allen Personen unabhängig vom Alter eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit und die Lebensqualität. Ein unsicherer Gang ist mit einem erhöhten Sturzrisiko verbunden. Die Fähigkeit, sich in der eigenen Umgebung fortzubewegen, nimmt mit zunehmendem Alter ab.

Die grosse Mehrheit der in Privathaushalten lebenden Personen (90%) ist in der Lage, alleine mehr als 200 Meter zu gehen. Ab 85 Jahren haben die Frauen mehr Schwierigkeiten beim Gehen als die Männer. Unter den Personen in Alters- und Pflegeheimen können hingegen sechs

von zehn (61%) nicht mehr als 200 Meter alleine gehen (G15). 2% der Bewohnerinnen und Bewohner sind dauerhaft bettlägerig und knapp ein Viertel kann überhaupt nicht alleine gehen (23%). Von Letzteren benützen rund acht von zehn einen Rollstuhl, der von einer anderen Person gestossen werden muss (78%). Personen, die nicht gehen können, weisen auch am häufigsten Einschränkungen in der Verrichtung von Alltagsaktivitäten auf. Unter denjenigen, die alleine eine Distanz von mindestens 200 Metern bewältigen können (39%), benötigen 59% einen Gehstock. Bei gleichem Alter bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern.

Gehvermögen nach Wohnort, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 15

Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

4.5 Stürze

Stürze haben einen grossen Einfluss auf die Verschlechterung der Gesundheit von Betagten und den daraus entstehenden Pflegebedarf (Wilkins 1999). Sie können zu einer Spitaleinweisung führen und in einigen Fällen ein Grund für den Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim sein.

Im Laufe eines Jahres stürzen 25 % der in Privathaushalten lebenden Betagten und 39 % der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen. Der Unterschied ist in Anbetracht der grossen Ungleichheiten beim Gesundheitszustand der zwei Bevölkerungsgruppen relativ klein. Die Tatsache, dass in Alters- und Pflegeheimen nicht viel mehr Stürze zu verzeichnen sind als in Privathaushalten, lässt sich auf die ständige Anwesenheit des Pflegepersonals in Institutionen, auf eine auf Betagte ausgerichtete Infrastruktur sowie auf den Einsatz von Hilfsmitteln zurückführen.

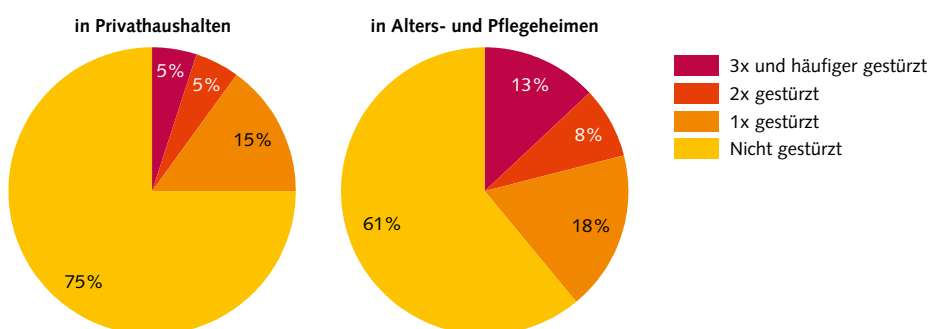
Wiederholte Stürze sind ein Zeichen erhöhter Fragilität. Rund ein Viertel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (21 %) und ein Zehntel der in Privathaushalten lebenden Menschen sind im Laufe eines Jahres mehrmals gestürzt (G16). In nahezu einem Drittel der Fälle (32 %) verursachen die Stürze in Alters- und Pflegeheimen Knochenbrüche.

Bei vorhandenen Sehschwierigkeiten ist das Sturzrisiko doppelt so hoch; es steigt um 50 % bei Personen, die an Schwindel leiden oder auf einen Gehstock angewiesen sind. Somatische Krankheiten, psychische Gesundheitsprobleme, Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und Inkontinenz sind hingegen nicht mit einem signifikant höheren Sturzrisiko verbunden.

Sturzhäufigkeit im Laufe eines Jahres nach Wohnort, 2007 und 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren

G 16



Quelle: BFS (SGB, EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

5 Körperliche Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen

Der Gesundheitszustand der Personen ab 65 Jahren ist weniger homogen als bei jüngeren Personen (Zimmer u.a. 1985). Dies betrifft auch Personen in Alters- und Pflegeheimen, die unterschiedliche Krankheiten aufweisen. Chronische Erkrankungen haben einen grossen Einfluss auf den Verlauf des Autonomieverlustes von Betagten (Stuckelberger und Höpflinger 1996). Die körperliche Gesundheit von Menschen in Alters- und Pflegeheimen kann anhand einer Liste von Diagnosen zu somatischen Krankheiten und sensorischen Beeinträchtigungen beschrieben werden, wobei die Angaben vom Pflegepersonal stammen.

Mehr als drei Viertel der Heimbewohnerinnen und -bewohner sind von einer **somatischen Krankheit** betroffen (78%). Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter (G17), zwischen Männern und Frauen gibt es hingegen

keine Unterschiede. Der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die ausschliesslich somatische Krankheiten, aber weder eine sensorische Beeinträchtigung noch eine psychische Störung aufweisen, beträgt 17%. Rund ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner sind von sensorischen Beeinträchtigungen betroffen. Der Anteil der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen, die ausschliesslich Beeinträchtigungen der Sinnesorgane, nicht aber somatische oder psychische Erkrankungen aufweisen, liegt unter 1%. Sensorische Beeinträchtigungen sind somit kein eigentlicher Grund für den Eintritt in eine Institution. Die Personen, bei denen sowohl somatische Krankheiten als auch sensorische Beeinträchtigungen vorliegen, stellen einen Anteil von 23% dar. In den meisten Fällen leiden die Menschen zudem nicht nur an einer körperlichen Krankheit, sondern an mehreren gleichzeitig (> Kap. 7).

Gruppen von Diagnosen körperlicher Krankheiten

Das Pflegepersonal der Alters- und Pflegeheime gibt auf der Grundlage einer vorgegebenen Liste von Diagnosen (> G18) die körperlichen Krankheiten an, an denen jede Heimbewohnerin und jeder Heimbewohner leidet. Dabei werden zwei Gruppen unterschieden:

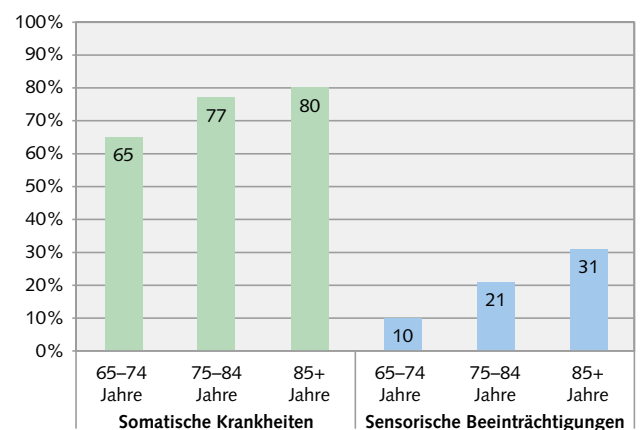
1. Personen, die von mindestens einer **somatischen Krankheit** betroffen sind: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrankheiten, Diabetes, Osteoporose, Niereninsuffizienz, Blutarmut, Rheumaerkrankungen und Krebs. Bluthochdruck wird in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt, da es sich dabei eher um einen Risikofaktor als um eine Krankheit handelt. Auch Dekubitusgeschwüre werden nicht in Betracht gezogen, da sie als Folge einer zu lange unveränderten Liegeposition entstehen und keine eigentliche Krankheit darstellen. Das Gleiche gilt für «andere» Diagnosen, da hier nicht bekannt ist, um welche Art von Krankheit es sich handelt.
2. Personen, die an mindestens einer **sensorischen Beeinträchtigung** leiden, d.h. sehbehindert, blind oder hörgeschädigt sind.

Diese beiden Gruppen schliessen sich gegenseitig nicht aus, eine Person kann in beide eingeteilt werden.

Somatische Krankheiten und sensorische Beeinträchtigungen nach Alter, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 17



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (49 %) und Bluthochdruck (47 %) sind die mit Abstand am häufigsten diagnostizierten körperlichen Beschwerden (G18). Für knapp einen Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner werden Rheumaerkrankungen wie beispielsweise Arthrose angegeben (24 %). Rund eine von fünf Personen hat Diabetes (19 %) und Osteoporose (17 %).

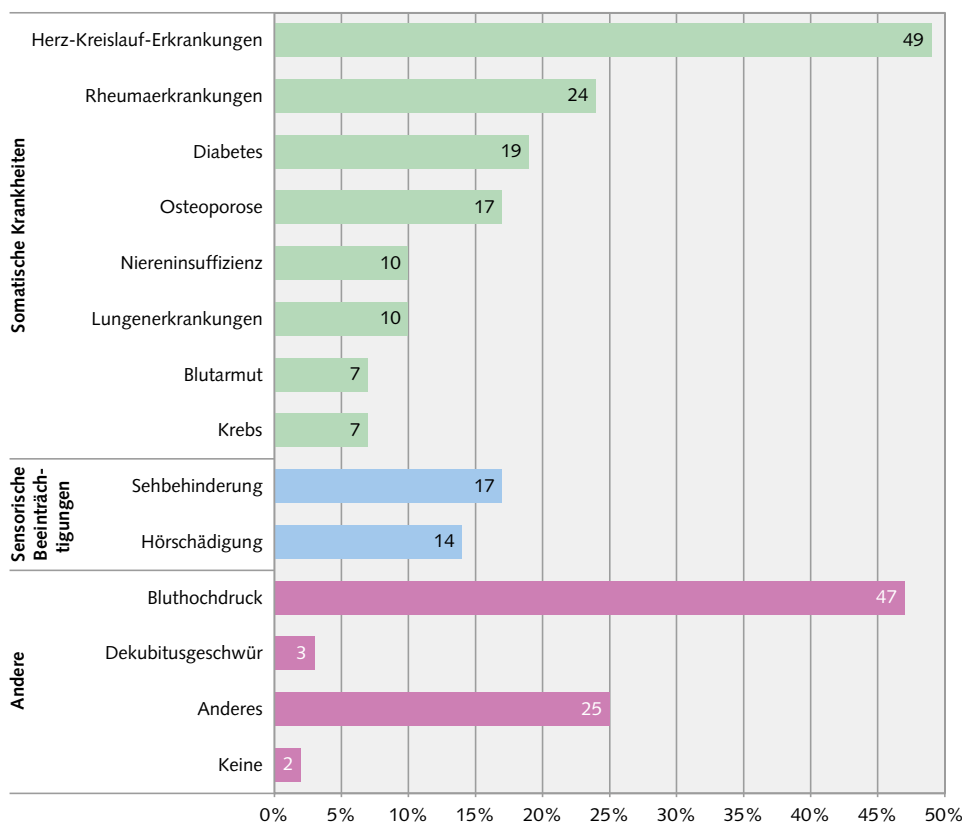
Herz-Kreislauf-Erkrankungen treten ab einem Alter von 75 Jahren doppelt so häufig auf (51 % gegenüber 28 % bei den 65- bis 74-Jährigen). Das Gleiche gilt für Niereninsuffizienz (11 % gegenüber 4 %) und Osteoporose (18 % gegenüber 9 %). Krebs ist ab 85 Jahren häufiger (9 % gegenüber 4 % bei den 75- bis 84-Jährigen). Frauen leiden häufiger an Osteoporose als gleichaltrige Männer (21 % gegenüber 5 %). Dies lässt sich mit dem beschleunigten Verlust an Knochenmasse infolge der Menopause erklären (Barzel 1997). Ab 85 Jahren sind Männer fast dreimal häufiger von Lungenerkrankungen betroffen als Frauen (20 % gegenüber 7 %), was möglicherweise durch einen höheren Tabakkonsum bedingt ist (Stuckelberger und Höpflinger 1996).

In Bezug auf **sensorische Beeinträchtigungen** sind 12 % der Personen sehbehindert, 9 % hörgeschädigt und 5 % beides zusammen. Zwischen den Geschlechtern bestehen keine Unterschiede. Sensorische Beeinträchtigungen sind mit zunehmendem Alter deutlich häufiger anzutreffen (G17). Dies zeigt sich besonders deutlich bei Hörproblemen: Bei den 65- bis 74-jährigen Heimbewohnerinnen und -bewohnern leiden 3 % daran, bei den 75- bis 84-Jährigen sind es 9 % und bei den ab 85-Jährigen 18 %. Bei den Personen mit einer Sehbehinderung nimmt der Anteil zwischen der ersten und der letzten Altersgruppe von 8 % auf 19 % zu. Sehen und Hören sind von zentraler Bedeutung für einen Austausch mit dem Umfeld. Eine Beeinträchtigung dieser beiden Sinnesorgane kann zu einer Isolation führen und negative Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten der betroffenen Person haben, zusätzlich zur normalen Alterung des Gehirns (Saulnier, Beaumartin und Dantoine 2009).

Einzelne Diagnosen physischer Krankheiten, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 18



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

6 Psychische Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen

Die psychische Gesundheit im Alter beruht auf der Fähigkeit, sich an die veränderten gesellschaftlichen Rollen und Möglichkeiten anzupassen, neue Herausforderungen anzunehmen und sich mit den Verlusten und Veränderungen im Zusammenhang mit dem Altern auseinanderzusetzen (Wilson und Kneisl 1982). Eine betagte Person mit guter psychischer Gesundheit ist in der Lage, ihre Gefühle auf angebrachte Weise auszuleben und mitzuteilen, sie besitzt ein gutes Urteilsvermögen, unterhält befriedigende Beziehungen zu ihrem Umfeld und übt ihre persönliche und soziale Entscheidungsfähigkeit aus (Champagne, Frenette und Stryckman 1992). Alterungsprozesse gehen jedoch oft mit einem Verlust der kognitiven Fähigkeiten einher. Psychische Schwierigkeiten stellen für das Pflegepersonal aufgrund ihrer vielfältigen Erscheinungsformen eine grosse Belastung dar (Pellerin und Guillaumot 2009).

Die psychische Gesundheit von betagten Personen in Alters- und Pflegeheimen wird unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet: Zuerst ausgehend von einer Liste mit vom Pflegepersonal erfassten Diagnosen, dann anhand von kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen und schliesslich mit Fokus auf die zwei

wichtigsten psychischen Krankheiten bei Personen in Alters- und Pflegeheimen: Demenz und Depression.

6.1 Diagnosen zur psychischen Gesundheit

Gruppen von Diagnosen zur psychischen Gesundheit

Auf der Grundlage einer vorgegebenen Liste von Diagnosen (> G20) gibt das Pflegepersonal für jede Heimbewohnerin und jeden -bewohner Krankheiten und Störungen an, die deren psychische Gesundheit betreffen. Es werden drei Gruppen unterschieden:

1. Personen, die an degenerativen **neuropsychiatrischen Krankheiten** leiden, mit den Diagnosen Demenz, Hirnschlag, Parkinson-Krankheit oder Multiple Sklerose.
2. Personen mit **affektiven Störungen**, d.h. Depressionen oder Angststörungen.
3. Personen mit **psychiatrischen Problemen**, d.h. Psychosen oder Abhängigkeitserkrankungen.

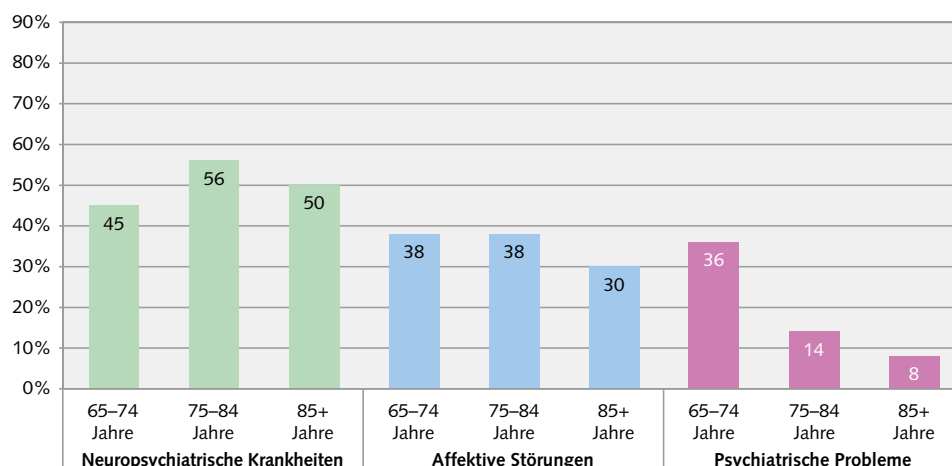
Diese Gruppen schliessen sich gegenseitig nicht aus, eine Person kann in mehreren gleichzeitig auftauchen.

Insgesamt leiden knapp sieben von zehn Heimbewohnerinnen und -bewohner (69 %) an mindestens einer psychischen Krankheit oder Störung. Mehr als die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner (53 %) weist eine

Neuropsychiatrische Krankheiten, affektive Störungen und psychiatrische Probleme, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 19



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

neuropsychiatrische Krankheit auf. Bei gleichem Alter sind keine Geschlechterunterschiede zu beobachten (G19). In rund neun von zehn Fällen treten zudem andere Krankheiten, hauptsächlich somatische, auf. Demenz (> Kap. 6.4) ist die häufigste neuropsychiatrische Erkrankung (39%) (G20). Personen zwischen 65 und 74 Jahren haben fast doppelt so oft Hirnschläge wie Personen ab 85 Jahren (18% gegenüber 10%).

Ein Drittel der Menschen in Alters- und Pflegeheimen leidet an **affektiven Störungen** (33%), am häufigsten unter Depressionen (26%) (> Kap. 6.5). Frauen ab 85 Jahren sind öfter davon betroffen als gleichaltrige Männer (32% gegenüber 21%). Ab 85 Jahren werden solche Störungen deutlich seltener verzeichnet (G19). In acht von zehn Fällen werden affektive Störungen von somatischen Krankheiten begleitet, in mehr als fünf von zehn Fällen von einer neuropsychiatrischen Krankheit.

12% der Heimbewohnerinnen und -bewohner weisen **psychiatrische Probleme** auf. Bei gleichem Alter sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar. Diese Art von Erkrankung ist bei den 65- bis 74-Jährigen 4,5 Mal häufiger anzutreffen als bei den 85-jährigen und älteren Personen (36% gegenüber 8%) (G19). Die Bewohnerinnen und Bewohner mit einem psychiatrischen Problem sind durchschnittlich 5,1 Jahre jünger als die nicht davon Betroffenen und sie leben schon länger im Alters- oder Pflegeheim (im Durchschnitt 1,6 Jahre).

Psychosen treten mit zunehmendem Alter kontinuierlich weniger häufig auf: Bei den 65- bis 74-Jährigen sind 21%, bei den 75- bis 84-Jährigen 9% und bei den Hochbetagten ab 85 Jahren lediglich 4% betroffen. Abhängigkeitserkrankungen sind insbesondere bei den Männern zwischen 65 und 74 Jahren (26%) zu verzeichnen, dieser Anteil ist dreimal höher als bei den Frauen der gleichen Altersgruppe (7%). Bei 85-Jährigen und älteren Menschen weisen noch 4% eine Suchterkrankung auf, wobei kein Geschlechterunterschied besteht.

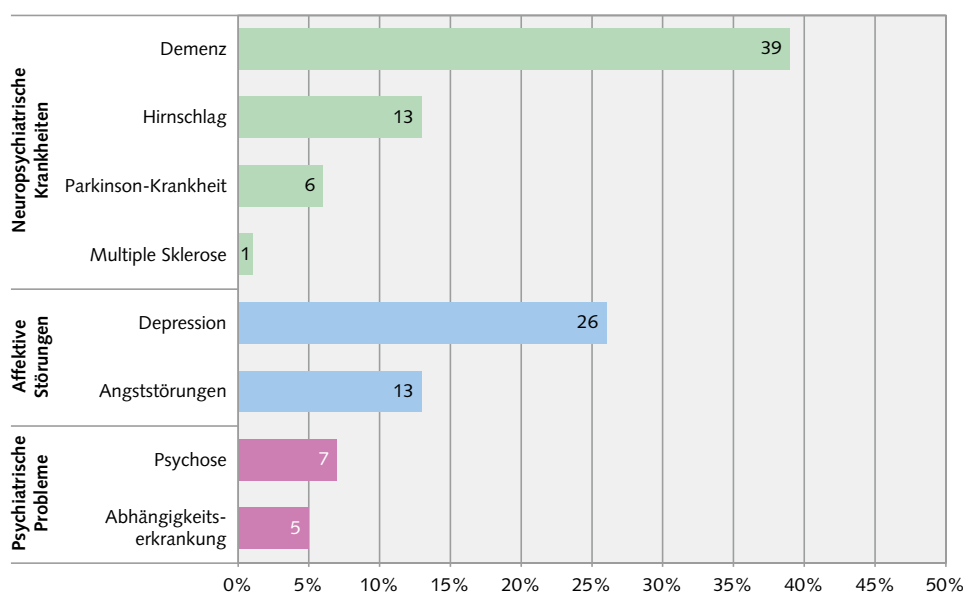
6.2 Diagnosen zur psychischen Gesundheit und funktionale Probleme

Hilfs- und Pflegebedarf entstehen, wenn zu den Problemen des Alters und den chronischen Krankheiten Funktionsverluste hinzukommen. Die psychische Gesundheit beeinflusst den Pflegebedarf der Heimbewohnerinnen und -bewohner. Die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und insbesondere die Skala von Katz ermöglichen eine Abschätzung des Pflegebedarfs. Das Profil der funktionalen Gesundheit (nach Katz > Kap. 4.2) der Personen mit einer neuropsychiatrischen Krankheit weicht stark von demjenigen der Personen mit einem psychiatrischen Problem ab (G21). Erstere sind fast zweimal häufiger in fünf oder sechs Alltagsaktivitäten eingeschränkt als Letztere (50% gegenüber 26%), was bedeutet, dass sie

Einzelne Diagnosen in Bezug auf die psychische Gesundheit, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 20



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

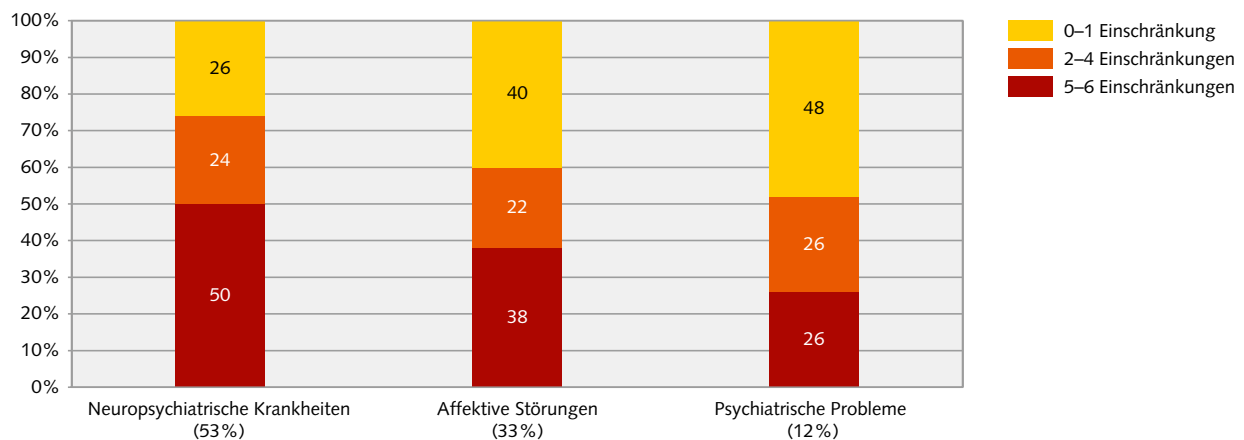
nicht mehr in der Lage sind, sich in ihrem Zimmer zu bewegen oder selbstständig zu essen. Die Personen mit affektiven Störungen, somatischen Krankheiten oder sensorischen Beeinträchtigungen weisen ein ähnliches Profil der funktionalen Gesundheit auf wie der Durchschnitt der Bewohnerinnen und Bewohner.

Inkontinenz stellt ein gewichtiger Faktor für den Hilfs- und Pflegebedarf dar. Personen mit einer neuropsychiatrischen Krankheit sind fast dreimal weniger häufig kontinent als diejenigen mit einem psychiatrischen Problem (11 % gegenüber 30 %) (G22). Auch hier zeigt sich für Personen mit affektiven Störungen oder somatischen Krankheiten ein ähnliches Bild wie beim Durchschnitt der Bewohnerinnen und Bewohner.

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Fallart der psychischen Gesundheit, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 21



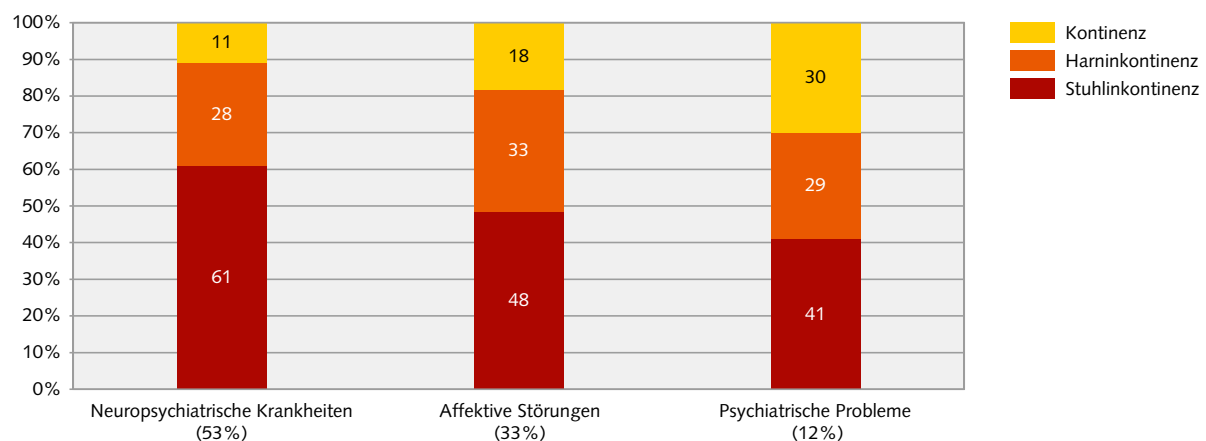
Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Inkontinenztyp nach Fallart der psychischen Gesundheit, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 22



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

6.3 Kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen

Kognitive Beeinträchtigungen betreffen die intellektuellen Fähigkeiten, von der Wahrnehmung der Umgebung über das Erinnerungsvermögen, das Urteilsvermögen, die Gefühle und die Sprache bis hin zur Kontrolle der Bewegungen (Monod-Zorzi u.a. 2007). Bei betagten Menschen stellen sie ein wesentliches Gesundheitsproblem dar. Das schrittweise Auftreten von kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen ist ein Anzeichen von Demenz (Benoit u.a. 2009).

Über die Hälfte der Personen in Alters- und Pflegeheimen weist mindestens eine kognitive Beeinträchtigung auf (59 %). Dieser Anteil unterscheidet sich weder nach Alter noch nach Geschlecht. Die am häufigsten anzutreffende Störung ist eine mittlere (24 %) oder stark (30 %) eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit (G 23). Am zweithäufigsten kommen Probleme des Kurzzeitgedächtnisses vor (46 %). Diese Schwierigkeit erhöht sich mit zunehmendem Alter: Sie betrifft 29 % der 65- bis 74-Jährigen, 41 % der 75- bis 84-Jährigen und 50 % der Personen ab 85 Jahren. Bei gleichem Alter sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar. Vier von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern haben ein Problem mit der zeitlichen und räumlichen Orientierung (40 %). Auch dieser Anteil ist geschlechtsunabhängig und steigt mit

Die Messung von kognitiven Beeinträchtigungen

Das Pflegepersonal wird dazu angehalten, bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern das Auftreten von bestimmten kognitiven Störungen zu beobachten. Personen, die eine oder mehrere Störungen aus der folgenden Liste aufweisen, gelten als Betroffene von kognitiven Beeinträchtigungen:

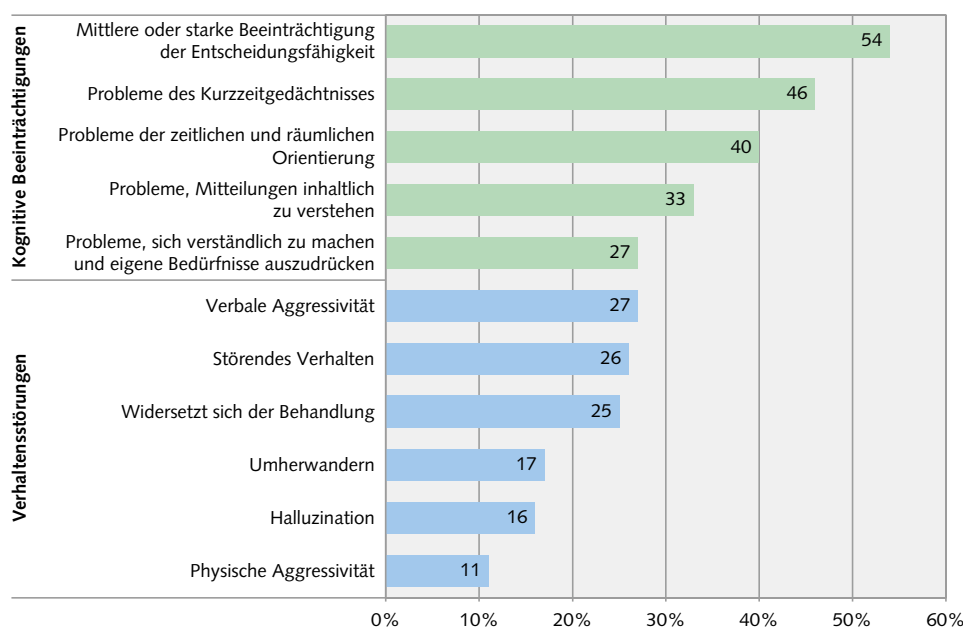
1. **Mittlere oder starke Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit.** Dies ist der Fall, wenn die Person nur selten oder nie Entscheidungen im Alltag trifft oder dabei Anleitung oder Überwachung benötigt.
2. **Probleme des Kurzzeitgedächtnisses,** wenn sich eine Person fünf Minuten nach einem Gespräch normalerweise nicht mehr daran erinnert.
3. **Probleme der zeitlichen und räumlichen Orientierung,** wenn eine Person nicht in der Lage ist, die Jahreszeit anzugeben, das eigene Zimmer zu finden, sich an Personen zu erinnern, die sie kennt, oder zu erkennen, dass sie sich in einem Alters- und Pflegeheim befindet.
4. **Probleme, Mitteilungen inhaltlich zu verstehen.** Dies ist der Fall, wenn die Person an sie gerichtete Mitteilungen (nur einfache Anweisungen und Fragen) nur manchmal, selten oder nie versteht (Verstehen und Verarbeiten von gesprochenen, geschriebenen oder gezeigten Botschaften).
5. **Probleme, sich verständlich zu machen und eigene Bedürfnisse auszudrücken** (auf welche Art auch immer). Dieses Problem wird festgestellt, wenn die Person nur selten oder nie in der Lage ist, sich verständlich zu machen, oder dies nur manchmal der Fall ist, da die Fähigkeit, konkrete Bedürfnisse auszudrücken, beschränkt ist.

zunehmendem Alter: Bei den 65- bis 74-Jährigen beträgt er 25 % und bei den 85-Jährigen und Älteren 44 %. Ein Teil der Personen in Alters- und Pflegeheimen versteht

Kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 23



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Mitteilungen nur manchmal (25 %), selten oder nie (8 %). Gewisse Menschen sind nur manchmal (18 %), selten oder nie (9 %) in der Lage, sich verständlich zu machen und ihre Bedürfnisse auszudrücken. Diese Anteile unterscheiden sich weder nach Alter noch nach Geschlecht.

Die Messung von Verhaltensstörungen

Das Pflegepersonal gibt an, ob es eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen bei der Heimbewohnerin resp. beim -bewohner beobachtet hat: Umherwandern, verbale Aggressivität, physische Aggressivität, unangepasstes/störendes soziales Verhalten, Widerstand gegenüber der Pflege/Behandlung, Halluzinationen und/oder Wahnvorstellungen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Verhaltensstörung dann vorliegt, sobald eine dieser Verhaltensweisen zu beobachten ist.

Zudem ist annähernd die Hälfte der Personen in Alters- und Pflegeheimen von mindestens einer Verhaltensstörung betroffen (47 %). Am häufigsten werden verbale Aggressivität (27 %), störendes und unangepasstes Verhalten (26 %) sowie widersetzendes Verhalten gegenüber Behandlungen (25 %) beobachtet (G 23). Diese Anteile sind weder alters- noch geschlechtsabhängig.

6.4 Demenz, kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen

Demenz ist eine neurologische Krankheit, die das Denkvermögen und das Verhalten beeinflusst. Sie wirkt sich insbesondere auf das Gedächtnis, die Sprache, das

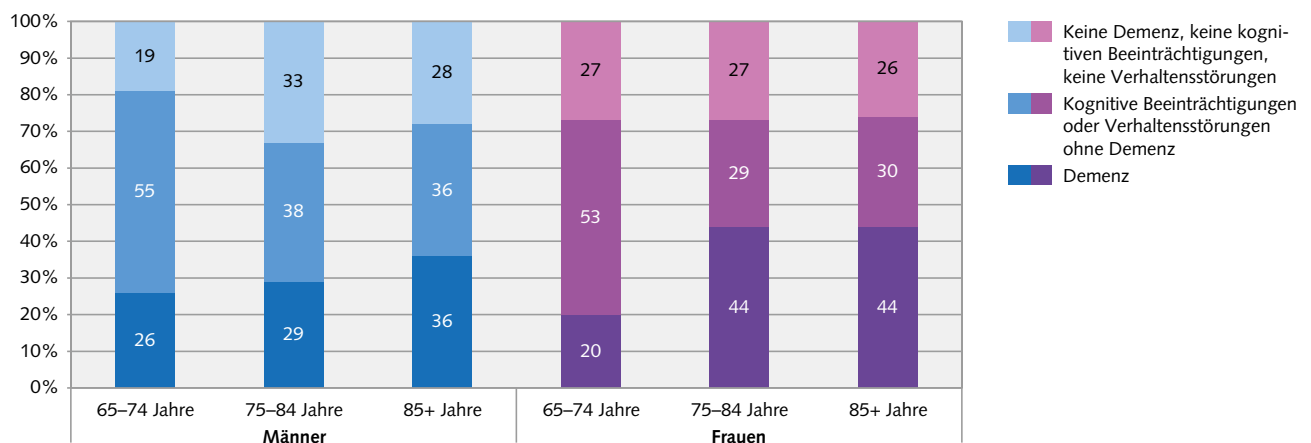
logische Denken und das Urteilsvermögen aus. Demenzkranke Personen können phasenweise auch ruhelos, gewalttätig oder sehr laut werden. Alzheimer ist die bekannteste Form von Demenz: Sie zeichnet durch eine Störung des Gedächtnisses, gefolgt von einer schrittweisen Verschlechterung der kognitiven Funktionen aus (Tierney und Charles 2002). Personen mit einer Demenz weisen zunehmende Schwierigkeiten bei der selbstständigen Verrichtung von Alltagsaktivitäten aus. Dies ist ein häufiger Grund, dass die Person nicht mehr im eigenen Haushalt verbleiben kann (Barberger-Gateau, Fabrigoule und Dartigues 2002, O'Donnel u.a. 1992).

Bei rund vier von zehn Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen wurde gemäss dem Pflegepersonal Demenz diagnostiziert. Bei den Männern sind keine Unterschiede nach Alter zu beobachten. Bei den Frauen hingegen verdoppelt sich der Anteil der Personen mit Demenz zwischen der ersten Altersgruppe und den beiden folgenden Gruppen (20 % gegenüber 44 %) (G 24). Zudem haben 33 % der Heimbewohnerinnen und -bewohner zwar nicht die Diagnose Demenz erhalten, weisen aber kognitive Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen auf. Bei lediglich 27 % wurden weder eine Demenz noch eine kognitive Beeinträchtigung oder eine Verhaltensstörung diagnostiziert. Die Personen zwischen 65 und 74 Jahren leiden weniger häufig an Demenz als die Älteren, sie weisen jedoch häufiger kognitive Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen auf.

Demenz, kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen nach Geschlecht und Alter, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 24



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

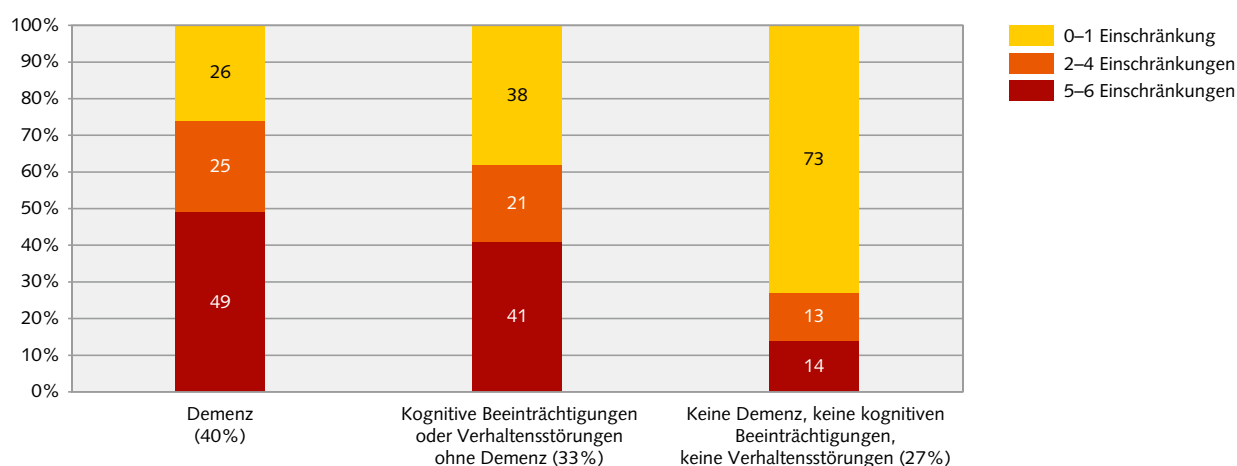
Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Demenz und den funktionalen Fähigkeiten. Von Demenz betroffene Personen sind öfter in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt als Personen, die lediglich kognitive Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen aufweisen. Diejenigen, die weder unter Demenz noch an kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen leiden, sind bei Alltagsaktivitäten deutlich weniger eingeschränkt (G25).

Das Vorliegen einer Demenz wirkt sich auch negativ auf Stuhlinkontinenz aus. Personen mit einer Demenz haben häufiger Probleme mit Stuhlinkontinenz (63 %) als jene mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen (52 %). Bei Personen, die weder von Demenz noch von kognitiven Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen betroffen sind, sinkt dieser Anteil auf 17 % (G26).

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Demenz oder kognitiven Beeinträchtigungen resp. Verhaltensstörungen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 25



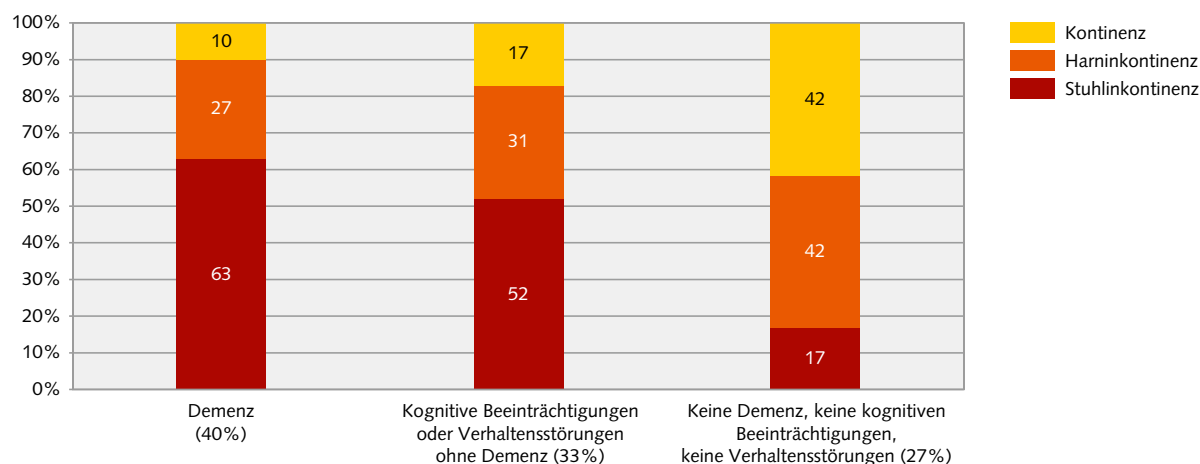
Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Inkontinenztyp nach Demenz oder kognitiven Beeinträchtigungen resp. Verhaltensstörungen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 26



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

6.5 Depression und depressive Symptome

Depressionen werden bei Betagten oft nicht erkannt oder falsch diagnostiziert, da sie leicht dem Prozess des Alterns zugeschrieben und von somatischen Störungen überdeckt werden können (Clément u.a. 2001). Die Gründe für das Auftreten einer Depression bei betagten Menschen sind zahlreich und hängen mit organischen, psychologischen und sozialen Problemen zusammen. Eine Depression kann bei älteren Personen eine massgebliche allgemeine Verschlechterung der Gesundheit bewirken. Sie fördert einen allmählichen Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben innerhalb der Institution, das Auftreten von Verhaltensstörungen und einen raschen Autonomieverlust (Lôo und Gallarda 2000). Depressive Symptome, auch bereits leichte, tragen zu einer Erhöhung der Nachfrage nach medizinischen und nicht medizinischen Pflegeleistungen bei (Herrmann u.a. 1997).

Die Messung von depressiven Symptomen

Anhand des Minitests «Geriatric Depression Scale» (GDS) sollen depressive Symptome der älteren Bevölkerung ermittelt werden. Einer Person werden depressive Symptome zugeschrieben, wenn sie mindestens eine der vier Voraussetzungen aufweist: Sie bezeichnet sich als oder scheint mutlos oder traurig; sie tut oder äussert Dinge, die ein Gefühl der Leere ausdrücken; sie bezeichnet sich als oder scheint unglücklich; sie bezeichnet ihre Situation als hoffnungslos.

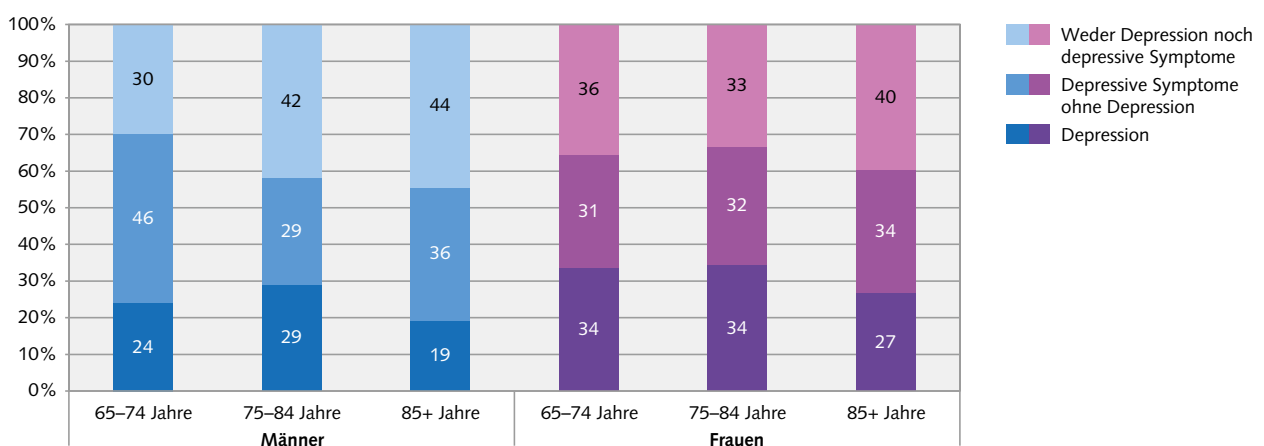
Bei knapp drei von zehn Heimbewohnerinnen und -bewohnern (28 %) liegt gemäss dem Pflegepersonal eine diagnostizierte Depression vor. Rund ein Drittel erhielt nicht die Diagnose Depression, zeigt jedoch depressive Symptome (34 %). 38 % schliesslich leiden weder an einer Depression noch an depressiven Symptomen. Die Häufigkeit von Depressionen und depressiven Symptomen hängt weder vom Geschlecht noch vom Alter ab (G27).

In Bezug auf die selbst wahrgenommene Gesundheit zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Personen mit der Diagnose Depression und jenen mit depressiven Symptomen. Mit dem Auftreten von depressiven Symptomen verschlechtert sich jedoch der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand: 63 % der Personen mit depressiven Symptomen bezeichnen ihre Gesundheit als mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht, während dieser Anteil bei den Personen ohne Depression und ohne depressive Symptome 42 % beträgt. Von einer Depression betroffene Personen leiden deutlich häufiger an Angststörungen als Personen ohne diagnostizierte Depression resp. ohne depressive Symptome (20 % gegenüber 9 %).

Depression und depressive Symptome nach Geschlecht und Alter, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 27



Quelle: BFS (EGBI)

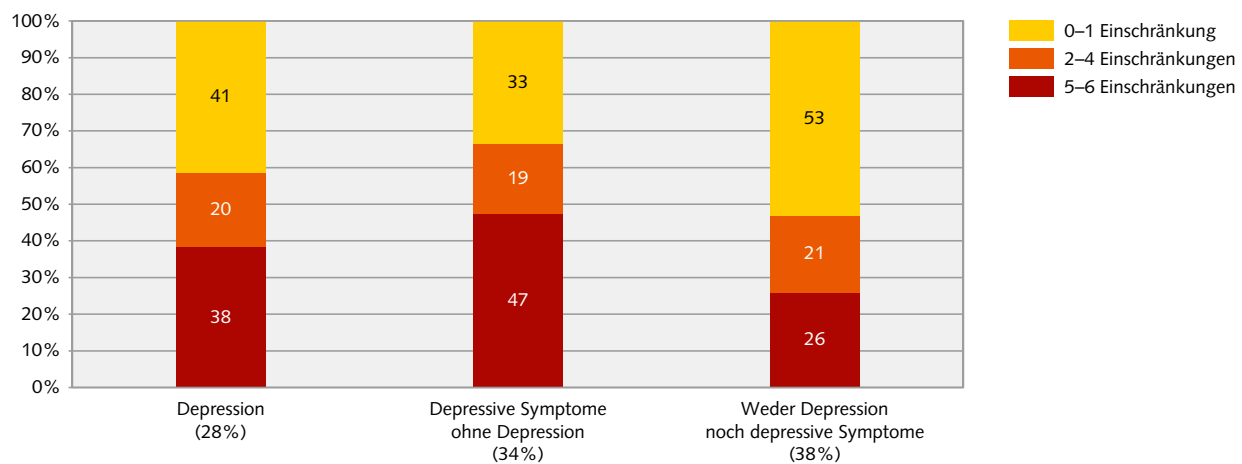
© Bundesamt für Statistik (BFS)

In Bezug auf die Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten ist zwischen den Personen mit einer Depression und jenen mit depressiven Symptomen kein signifikanter Unterschied auszumachen. Personen, die weder eine Depression noch depressive Symptome aufweisen, sind jedoch in den Alltagsaktivitäten deutlich weniger eingeschränkt (G28).

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Depression und depressiven Symptomen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 28



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

7 Multimorbidität in Alters- und Pflegeheimen

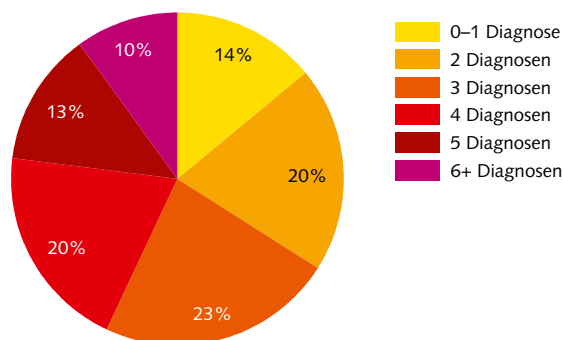
Der Gesundheitszustand der Mehrheit der Personen ab 65 Jahren zeichnet sich durch das Auftreten verschiedener körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen aus, die sich aus altersbedingten Krankheitserscheinungen, Folgeerkrankungen früherer Krankheiten und dem sukzessiven Auftauchen von chronischen oder akuten Krankheiten ergeben.

86 % der Personen in Alters- und Pflegeheimen weisen mindestens zwei Krankheiten auf, bei 23 % wurden zumindest fünf Krankheiten festgestellt (G29). Diese werden vom Pflegepersonal aus einer Liste mit 20 vorgegebenen Diagnosen³ angegeben. Im Durchschnitt weisen die Bewohnerinnen und Bewohner 3,3 Diagnosen aus dieser Liste auf. Bei den Männern sind keine signifikanten Unterschiede nach Alter zu beobachten. Bei den Frauen hingegen erhöht sich die Zahl der Diagnosen von 2,9 für die 65- bis 74-Jährigen auf 3,4 für diejenigen ab 75 Jahren.

Anzahl angegebener Diagnosen pro Heimbewohnerin oder -bewohner, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 29



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

³ Die Liste enthält die körperlichen und psychischen Diagnosen, die in den Grafiken G18 und G20 aufgeführt sind. Die Kategorie «Anderes» wird nicht berücksichtigt, da sie auf mehrere Krankheiten verweisen kann.

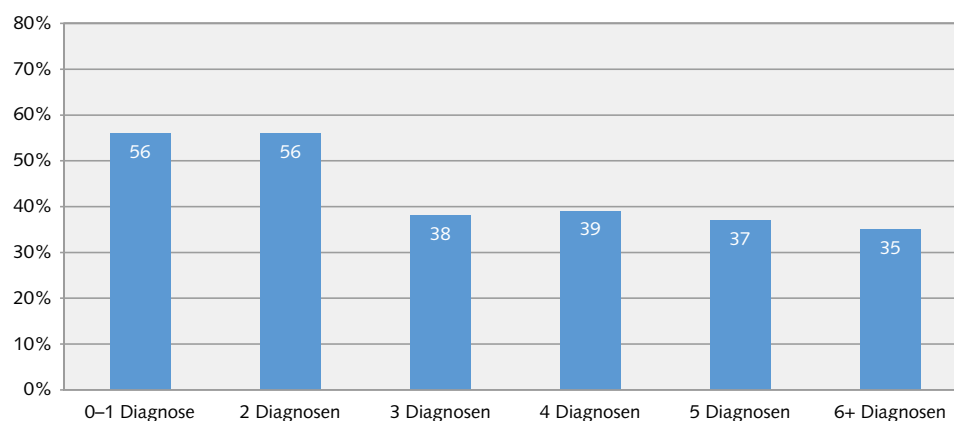
Unter den direkt befragbaren Personen in Alters- und Pflegeheimen nimmt der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als (sehr) gut bezeichnen, mit der Anzahl Diagnosen ab. Über die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner, die an weniger als drei Krankheiten leiden, betrachten ihre Gesundheit als (sehr) gut (56%). Dieser Anteil sinkt auf 35 % bei den Menschen, die von mindestens sechs Krankheiten betroffen sind (G30). Das Auftreten von Krankheiten erklärt die eigene Beurteilung der Gesundheit nicht vollständig. Diese Einschätzung hängt auch von anderen Faktoren wie beispielsweise dem Grad an Autonomie oder dem Einfluss von Pflege und medizinischer Behandlung ab.

Die Zahl der Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten erhöht sich mit zunehmender Anzahl Diagnosen: Bei den Personen, die an weniger als zwei Krankheiten leiden, sind 39 % in mehreren Alltagsaktivitäten eingeschränkt, bei denjenigen, die an mindestens sechs leiden, sind es 69 % (G31). Das Zusammenspiel von verschiedenen Krankheiten ist ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit Multimorbidität. Oftmals treten körperliche Krankheiten zusammen mit psychischen Krankheiten auf. Auch wenn bei den meisten Personen Multimorbidität vorliegt, haben neuropsychiatrische Krankheiten, insbesondere Demenz, den grössten Einfluss auf den Pflegebedarf.

(Sehr) guter selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Anzahl angegebener Diagnosen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 30



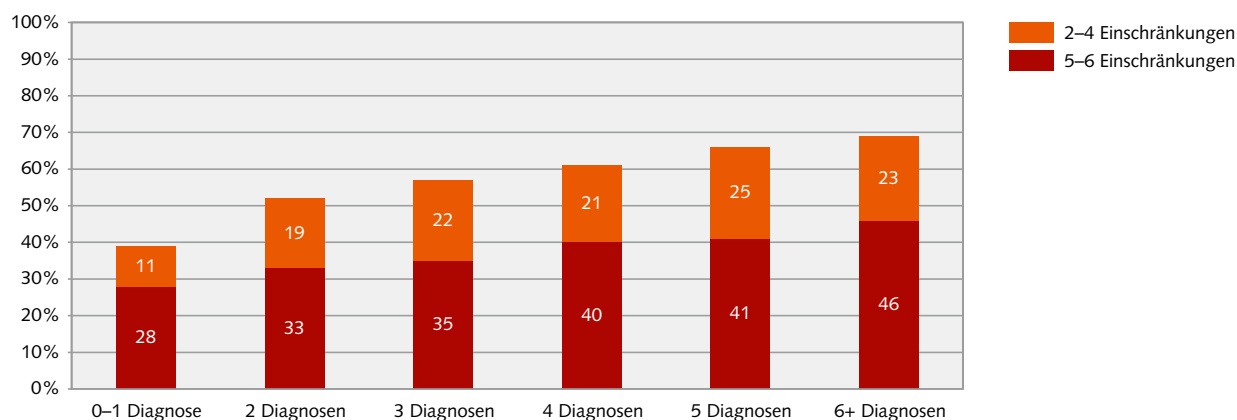
Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Anzahl Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten nach Anzahl angegebener Diagnosen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 31



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

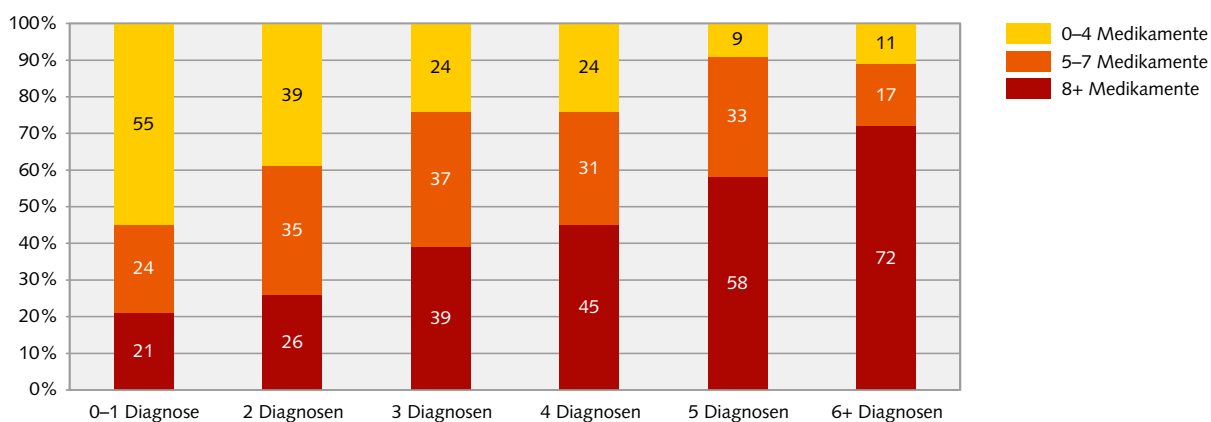
Das komplexe Ineinandergreifen der verschiedenen Krankheiten von Betagten mit Multimorbidität stellt besondere Anforderungen an die medizinische Pflege und Behandlungen. Knapp drei Viertel der Personen in Alters- und Pflegeheimen nehmen regelmässig Medikamente ein (73 %). Im Durchschnitt wenden sie pro Tag 7,1 Medikamente oder andere Heilmittel (Tabletten, Pflaster, Injektionen, Infusionen, Inhalationen, Zäpfchen oder Salben) an. Es sind keine Unterschiede nach Alter und Geschlecht feststellbar.

Die Anzahl konsumierter Medikamente steigt entsprechend parallel zur Zahl der diagnostizierten Gesundheitsprobleme der Heimbewohnerin oder des Heimbewohners (G32). 72 % der Personen mit sechs oder mehr Krankheiten nehmen mindestens acht Medikamente oder andere Heilmittel.

Anzahl Medikamente nach Anzahl angegebener Diagnosen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 32



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

8 Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen

Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren degenerativen Krankheiten verstanden. Das Ziel ist es, den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen.

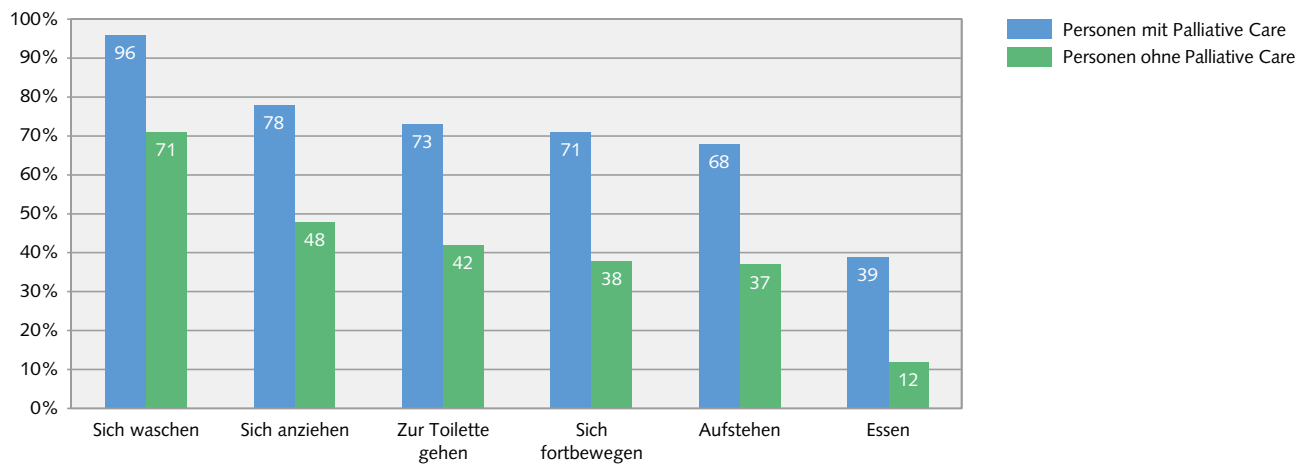
Gemäss den Angaben des Pflegepersonals erhalten 16 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen Palliative Care, unabhängig von Alter und Geschlecht. Über die Hälfte der Personen, die Palliative Care in Anspruch nehmen, leiden an Demenz (58 %), 11 % sind von einem anderen neuropsychiatrischen Problem betroffen (Hirnschlag, Multiple Sklerose oder Parkinson-Krankheit) und 10 % haben Krebs.

Von den Menschen, die Palliative Care erhalten, sind knapp zwei Drittel in fünf von sechs Alltagsaktivitäten eingeschränkt (65 %), im Vergleich zu rund einem Drittel bei denjenigen, die keine erhalten (31 %). Nahezu alle Personen, denen solche Pflegeleistungen zugute kommen, sind nicht in der Lage, sich selber zu waschen (96 %) und vier von zehn können nicht ohne Hilfe essen (39 %) (G33). Neun von zehn Personen sind von Stuhlinkontinenz (69 %) oder Harninkontinenz (23 %) betroffen.

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 33



Quelle: BFS (EGBI)

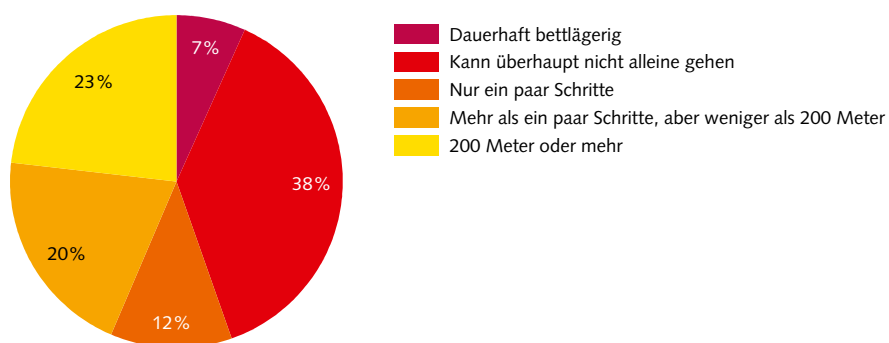
© Bundesamt für Statistik (BFS)

Personen, die Palliative Care erhalten, haben mehr Schwierigkeiten, sich zu bewegen, als die übrigen Heimbewohnerinnen und -bewohner. Entgegen der vermeintlichen Annahme ist jedoch die Inanspruchnahme von Palliative Care nicht zwingend mit Bettlägerigkeit verbunden. Ein Viertel der Menschen, die Palliative Care erhalten, können mindestens 200 Meter gehen (23%), die Hälfte davon benötigt dazu jedoch ein Hilfsmittel wie einen Gehstock oder einen Rollator (57%). Rund ein Drittel kann nur ein paar Schritte, aber nicht mehr als 200 Meter gehen (32%). Nahezu vier von zehn Personen können nicht alleine gehen (38%); sie werden grösstenteils im Rollstuhl von einer anderen Person gestossen (90%). Lediglich 7% sind dauerhaft bettlägerig (G34).

Gehvermögen, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen, die Palliative Care erhält

G 34



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

9 Heimbewohnerinnen und -bewohner mit geringem Hilfs- und Pflegebedarf

Rund ein Viertel der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen sind nicht in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt (24 %). Sie werden aus funktionaler Sicht als wenig hilfs- und pflegebedürftig erachtet: 56 % haben keine Einschränkung in den Alltagsaktivitäten und 44 % haben nur wenige Schwierigkeiten bei der Verrichtung, hauptsächlich beim sich Waschen.

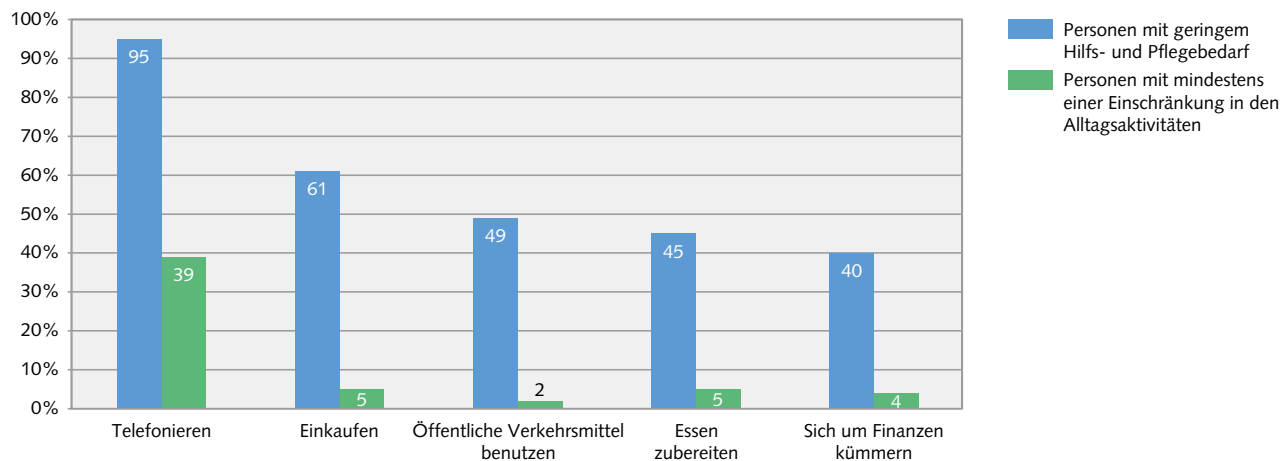
Mehr als vier von zehn Personen mit geringem Pflegebedarf hatten vor dem Eintritt in ein Alters- oder Pflegeheim informelle Hilfe (45 %) und drei von zehn Spitex-Dienste (32 %) in Anspruch genommen. Dies deutet auf eine gewisse Anfälligkeit hin, insbesondere im Hinblick auf instrumentelle Alltagsaktivitäten. Die meisten

Personen mit geringem Pflegebedarf sind in der Lage zu telefonieren (95 %). Die Mehrheit könnte, falls nötig, Einkäufe erledigen (61 %) und rund die Hälfte wäre in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen (49 %) oder Essen zuzubereiten (45 %) (G35). Bei diesen Heimbewohnerinnen und -bewohnern handelt es sich um eine Zwischenkategorie: Ihr Pflegebedarf ist zwar kleiner als derjenige anderer Bewohnerinnen und Bewohner, aber grösser als derjenige der in Privathaushalten lebenden Personen. Sie könnten möglicherweise zuhause leben, wenn ihnen eine passende Wohnung und verstärkte Hilfeleistungen für schwer auszuführende Aktivitäten zur Verfügung stehen würden.

Fähigkeit, instrumentelle Alltagsaktivitäten selbstständig zu verrichten, 2008/09

Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Alters- und Pflegeheimen

G 35



Quelle: BFS (EGBI)

© Bundesamt für Statistik (BFS)

Die Diskrepanz in der Selbstständigkeit zwischen Personen, die keine Einschränkung aufweisen, und denjenigen, die in einer einzigen Alltagsaktivität eingeschränkt sind, geht einher mit einer Zunahme von Gesundheitsproblemen. Die Mehrheit der wenig pflegebedürftigen Menschen kann mindestens 200 Meter gehen (79 %), bei den Personen mit lediglich einer Einschränkung sinkt dieser Anteil auf 54 % und bei jenen mit zwei bis sechs Einschränkungen auf 18 %.

Personen mit geringem Pflegebedarf sind weniger von Inkontinenz betroffen. Der Unterschied zeigt sich in erster Linie bei der Stuhlinkontinenz: Lediglich 10 % der kaum pflegebedürftigen Personen leiden daran, während bei Personen mit einer einzigen Einschränkung 24 % und bei jenen mit mehr als einer Einschränkung 68 % davon betroffen sind.

Personen mit geringem Hilfs- und Pflegebedarf weisen weniger häufig bestimmte Gesundheitsprobleme auf als andere, einschliesslich jene, die nur bei einer Alltagsaktivität (ADL) eingeschränkt sind. So sind nur 25 % von ihnen von einem neuropsychiatrischen Problem (gegenüber 41 % der Personen mit einer ADL-Einschränkung) und 24 % von einer Verhaltensstörung (gegenüber 44 %) betroffen. Personen mit geringem Hilfs- und Pflegebedarf nehmen auch weniger Schmerzmittel ein als Personen mit einer einzigen Einschränkung (26 % gegenüber 41 %).

10 Schlussfolgerungen

Betagte treten in einem hohen Alter in ein Alters- oder Pflegeheim ein und leben nur für kurze Zeit dort. In Alters- und Pflegeheimen lebende Personen sind oft in einem schlechten Gesundheitszustand, der sich durch einen hohen Grad an Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und verschiedene chronische Erkrankungen auszeichnet. Betagte Menschen, die in Privathaushalten leben, sind hingegen selten in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt, auch wenn diese Einschränkungen mit zunehmendem Alter zahlreicher werden.

Multimorbidität ist typisch für die in Alters- und Pflegeheimen lebende Bevölkerung. In den meisten Fällen treten Krankheiten und Störungen der psychischen Gesundheit sowie körperliche Krankheiten miteinander auf. Das Gesundheitsprofil des Grossteils der in Alters- und Pflegeheimen lebenden Personen setzt sich aus neuropsychiatrischen Problemen und somatischen Krankheiten zusammen. Neuropsychiatrische Krankheiten sind jedoch am stärksten mit einer deutlichen Verschlechterung der funktionalen Gesundheit verbunden. Insbesondere Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und Inkontinenz werden durch eine Demenzerkrankung beträchtlich verschlimmert.

Es ist jedoch wichtig festzuhalten, dass in Alters- und Pflegeheimen Personen, deren körperliche, psychische und funktionale Gesundheit stark beeinträchtigt ist, mit relativ selbstständigen Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenleben. Dies stellt für die Institutionen, das Pflege- und Betreuungspersonal und auch für die Bewohnerinnen und Bewohner selbst eine grosse Herausforderung dar.

In Bezug auf das Geschlecht unterscheidet sich der Gesundheitszustand bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen nur in geringem Ausmass. Die meisten Unterschiede sind altersbezogen. Da jedoch die Lebenserwartung der Frauen über derjenigen der Männer liegt, sind insbesondere Frauen von den Problemen der hohen Alterung betroffen.

11 Methodischer Anhang

Die Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI) wurde zwischen November 2008 und Oktober 2009 durchgeführt. Sie ergänzt die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), die seit 1992 alle fünf Jahre stattfindet. Ziel der EGBI ist es, Daten zur Gesundheit, zu Krankheiten, zum Pflegebedarf, zur Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen, zu sozialen Ressourcen und zu den allgemeinen Lebensbedingungen der betagten Menschen, die permanent in einem Alters- und Pflegeheim leben, zu erfassen.

11.1 Stichprobenziehung

Die Grundgesamtheit setzt sich aus Personen ab 65 Jahren zusammen, die seit mindestens 30 Tagen in einem Alters- oder Pflegeheim leben. Für die Stichprobe geht die EGBI von den Daten der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) von 2006 aus, in der auf 1503 Institutionen 83'053 Betten für Langzeitaufenthalte kommen.

Die Stichprobe für die EGBI wurde in zwei Schritten gezogen.

1. Auf der Grundlage der SOMED wurde geschichtet nach Grossregionen und Grösse der Institution per Zufallsverfahren eine Stichprobe von Alters- und Pflegeheimen gezogen. Von den so ausgewählten 300 Alters- und Pflegeheimen haben sich 174 bereit erklärt, an der Erhebung teilzunehmen (58%). Die Teilnahmequote in dieser ersten Phase lag unter den Erwartungen.
2. Die teilnehmenden Institutionen lieferten eine anonymisierte Liste ihrer Bewohnerinnen und Bewohner mit Angaben zu Geschlecht und Geburtsdatum. Anhand dieser Listen wurde für jedes Alters- und Pflegeheim eine Zufallsstichprobe von Bewohnerinnen und Bewohnern gezogen, in Abhängigkeit von Alter

und Geschlecht. Anschliessend mussten die Institutionen für jede ausgewählte Person angeben, ob diese in der Lage ist, ein Interview durchzuführen oder ob der schriftliche Fragebogen durch das Pflegepersonal ausgefüllt werden sollte. Die Alters- und Pflegeheime mussten zudem angeben, aus welchem Grund bzw. welchen Gründen eine Person die Fragen nicht selber beantworten kann (Koma, stumm oder taub, schwerwiegende kognitive Beeinträchtigungen).

Die Kantone hatten die Möglichkeit, ihre jeweilige Stichprobe zu vergrössern, um Analysen auf kantonaler Ebene durchzuführen. 7 der 26 Kantone haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht (Genf, Waadt, Wallis, Freiburg, St. Gallen, Tessin und Zürich).

Die Stichprobe der Bewohnerinnen und Bewohner, die anhand der von den Institutionen gelieferten Listen gezogen wurde, umfasste 4846 Personen. Da es sich bei der Zielbevölkerung der Erhebung um Personen in einem hohen und sehr hohen Alter handelt, waren zwischen dem Zeitpunkt der Stichprobenziehung und der Durchführung der Interviews in den Alters- und Pflegeheimen 803 Todesfälle oder Umzüge in eine andere Institution zu verzeichnen. Zudem zogen sich drei Institutionen, in denen 70 Personen zur Befragung vorgesehen waren, zurück. Demzufolge beinhaltete die Bruttostichprobe zu Beginn der Erhebung 3973 Personen, davon 2061 für ein persönliches Interview. Die im Verlaufe der Erhebung verzeichneten Todesfälle sowie die Teilnahmeverweigerungen führten schliesslich zu einer Nettostichprobe von 3103 Personen für die Gesamtschweiz. Es wurden 1569 persönliche Befragungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt. Für 1534 betagte Menschen, die nicht selber Auskunft geben konnten, füllte das Pflegepersonal einen Papierfragebogen aus. Die Antwortquote in den Institutionen betrug 78%, wobei zwischen den persönlich geführten Interviews (Antwortquote von 76%) und den vom Pflegepersonal ausgefüllten Fragebögen (80%) kaum ein Unterschied bestand.

11.2 Erhebungsdurchführung

Die Erhebung wurde vom Umfrageinstitut MIS-Trend in Lausanne in enger Zusammenarbeit mit dem BFS durchgeführt. Die für die EGBI verwendete Methode des persönlichen Interviews (CAPI) wurde aufgrund des hohen Alters der Personen und zur Umgehung der Schwierigkeiten der telefonischen Erreichbarkeit für einen Teil von ihnen gewählt. Die Interviewfragen beziehen sich hauptsächlich auf subjektive Aspekte wie die selbst wahrgenommene Gesundheit, das Empfinden von Schmerz oder die Lebensbedingungen. Vom Pflegepersonal wurde zusätzlich ein schriftlicher Fragebogen ausgefüllt, in dem gesundheitsbezogene Fragen beispielsweise zur Medikamenteneinnahme, zu den Diagnosen und den Verhaltensproblemen beantwortet werden mussten (Proxy kurz). Ein längerer Fragebogen, der Fragen aus dem Proxy kurz und dem Interview enthält, füllte das Pflegepersonal für die Personen aus, die die Fragen nicht selber beantworten konnten (Proxy lang).

11.3 Gewichtung

Das Gewichtungsverfahren hat zum Ziel, eventuelle Verzerrungen aufgrund von Antwortausfällen zu korrigieren und Hochrechnungen der Erhebungsergebnisse für die Bevölkerung in Alters- und Pflegeheimen zu ermöglichen. Die Gewichtung berücksichtigt die beiden Phasen der Erhebung (> Kap. 11.1). Für die primären Einheiten (Alters- und Pflegeheime) wurde eine Kalibrierung der Stichprobengewichte zu den geografischen und zu den auf die Institutionsgrösse bezogenen (Anzahl Betten für Langzeitaufenthalte) Schichten vorgenommen, um die Antwortausfälle der Alters- und Pflegeheime zu berücksichtigen. Die für die sekundären Einheiten (Bewohnerinnen und Bewohner) berechneten Gewichte berücksichtigen die ursprünglichen Ziehungswahrscheinlichkeiten, Geschlecht und Alter (+/- 80 Jahre), die Korrektur des Sterberisikos sowie die Antwortbereitschaft. Diese Anpassung wurde für die persönlichen Interviews und die durch das Pflegepersonal ausgefüllten Fragebögen unterschiedlich vorgenommen. Anschliessend wurde eine Kalibrierung durchgeführt, um die anhand der SOMED bekannten Bestände vom 30.06.2008 nachzubilden.

Zudem mussten noch die partiellen Antwortausfälle aufgrund von 180 fehlenden Kurzfragebögen zur Ergänzung der 1579 Interviews korrigiert werden. Dazu wurden zwei Gewichtungssätze berechnet. Der erste gilt für sämtliche 3103 Befragte, wenn die Variablen des Interviews und der langen Papierversion benützt werden. Der zweite gilt für die 2923 mittels Papierfragebogen befragten Personen, wenn die Variablen der langen und der kurzen Papierversion ausgewertet werden.

11.4 Grenzen der Erhebung

Die zwei Methoden bei der Datenerhebung (Papierfragebogen und direktes Interview) stimmen in Bezug auf den Inhalt nicht vollständig überein. Dies hat zur Folge, dass die Daten, die ausschliesslich bei den persönlich interviewten Heimbewohnerinnen und -bewohnern erhoben wurden, nicht für sämtliche ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen repräsentativ sind, so beispielsweise Angaben über die selbst wahrgenommene Gesundheit. Sie betreffen die Personen, deren Gesundheitszustand vom Pflegepersonal als gut genug für ein persönliches Interview eingestuft wurde.

Gewisse Fragen werden sowohl im Papierfragebogen als auch im Interview gestellt, so zum Beispiel jene zur Mobilität, zu dauerhaften Gesundheitsproblemen oder zu Aktivitätseinschränkungen seit mindestens sechs Monaten. Dies führt dazu, dass die Antworten je nach verwendeter Erhebungsart entweder von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu ihrer eigenen Situation gegeben wurden oder eine Einschätzung des Pflegepersonals widerspiegeln. Die beiden Antworttypen wurden in diesem Bericht zusammen in einer einzigen Variable betrachtet. Es ist allerdings möglich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Beeinträchtigungen unterschätzten, während das Pflegepersonal diese überschätzte, wie ähnliche französische Erhebungen zeigten (Caillot 2003).

Schliesslich beruhen die hier beschriebenen Gesundheitsprofile hauptsächlich auf den vom Pflegepersonal angegebenen Diagnosen. Der Begriff «Diagnose» wurde jedoch in den Fragebögen nicht genauer definiert. Es ist daher nicht bekannt, ob die Diagnosen in der Krankengeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner aufgeführt sind und ob die Angaben vollständig sind.

12 Bibliografie

- Barberger-Gateau Pascale, Fabrigoule Colette, Dartigues Jean-François (2002), «Le processus d'évolution vers l'incapacité dans la démence», dans *Santé, Société et Solidarité* n°2, pp. 55–59
- Barzel Uriel S. (1997). «Ostéoporose», dans Maddox G.L., *L'Encyclopédie du vieillissement*. Paris: Serdi et Springer
- Benoit M., Viéban F., David R., Robert Ph. et Clément J.-P. (2009), «Pathologies démentielles», dans J.P. Clément, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion médecine-sciences
- Bontout O., Colin C., Kerjosse R. (2002), «Personnes dépendantes et aidants potentiels: une projection à l'horizon 2040», *DRESS Etudes et résultats*, n°160
- Caillot Laurent (2003), «L'appréhension de la personne âgée dans les enquêtes statistiques», dans *Solidarité et Santé* n°1, pp. 85–95
- Champagne R., Frenette L., Stryckman H. et J. (1992), *La vieillesse: voie d'évitement ou voie d'avenir?*. Boucherville: Gaëtan Morin Editeur
- Clément J.-P., Preux P.-M., Fontainier D., Léger J.-M. (2001), «Mini GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale», dans *L'Encéphale* XXVII, pp. 329–337
- Conn David K. (2002), «Les aînés vivant dans les établissements de soins de longue durée», dans *Ecrits en Gériologie. Conseil consultatif national sur le troisième âge. Santé mentale et vieillissement* (18), pp. 71–81
- Delbès Christiane, Gaymu Joëlle (2005), «Qui vit en institution?», dans *Gériologie et Société* n°112, pp.13–24
- Dubé Denise (2006), *Humaniser la vieillesse*. Québec: Editions MultiMondes
- Herrmann F.R., Michel J.-P, Gutzwiller F., Henderson A.S. (1997), *Démence, dépression, handicap et maintien des facultés cognitives chez la personne âgée: une analyse épidémiologique*. Projet FN 4032-042654, Rapport final. Genève: mimeo
- Holroyd-Leduc J., Mehta K., Covinsky K. (2004), «Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission and functional decline», in *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, pp. 712–718
- Höpflinger François, Hugentobler Valérie (2003), *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse. Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle*. Bern: Hans Huber
- Höpflinger François, Hugentobler Valérie (2006), *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. Observations et perspectives*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène
- Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. (1963), «Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function», in *Journal of the American Medical Association*, vol. 1985, pp. 914–919
- Lôo Henri, Gallarda Thierry (2000), *Troubles dépressifs et personnes âgées*. Paris: John Libbey Eurotext
- Monod-Zorzi Stéphanie, Seematter-Bagnoud Laurence, Büla Christophe, Pellegrini Sonia, Jaccard Ruedin Hélène (2007), *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Neuchâtel: OBSAN

- O'Donnel B.F., Drachman D.A., Barnes H.J., Peterson K.E., Swearer J.M., Lew R.A. (1992), «Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia», in *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 5, pp. 45–52
- Pellerin J., Guillaumot Ph. (2009), «Structures médicoso-ciales et sociales (institutionnalisation)», dans J.-P. Clément, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences
- Resnick N.M. (1996), «Geriatric incontinence», in *Urologic Clinics of North America*, 23, pp. 55–74
- Saulnier I., Beaumartin B., Dantoine Th. (2009), «Modifications neurophysiologiques avec l'âge et impact cliniques», dans J.-P. Clément, *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences
- Stuckelberger Astrid, Höpflinger François (1996), *Viellissement différentiel: hommes et femmes. Dossier de recherche*. Zurich: Editions Seismo
- Tierney Mary, Charles Jocelyn (2002), «Soins et traitements des personnes souffrant de démence et de déficience cognitive: mise à jour», dans *Ecrits en Gérontologie. Conseil consultatif national sur le troisième âge. Santé mentale et vieillissement* (18), pp. 103–120
- Viktrup L., Koke S., Burgio K.L., Ouslander J.G. (2005), «Stress urinary incontinence in active elderly women», in *Southern Medical Journal*, janvier, 98(1): pp. 79–89
- Wilkins Kathryn (1999), «Chutes, gens âgés et recours aux services de santé», dans *Rapports sur la santé*, printemps 1999, vol. 10 n°4. Ottawa: Statistique Canada
- Wilson H.S., Kneisl C.R. (1982), *Soins infirmiers psychiatriques*. Montréal: Editions du renouveau pédagogique
- Zimmer A.W., Calkins F., Hadley E., Ostfeld A.M., Kaye J.M., Kaye D. (1985), «Conductions clinical research in geriatric populations», in *Annals of Internal Medicine*, 103, pp. 276–283

Publikationsprogramm BFS

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat – als zentrale Statistikstelle des Bundes – die Aufgabe, statistische Informationen breiten Benutzerkreisen zur Verfügung zu stellen.

Die Verbreitung der statistischen Information geschieht gegliedert nach Fachbereichen (vgl. Umschlagseite 2) und mit verschiedenen Mitteln:

Diffusionsmittel

Individuelle Auskünfte

Das BFS im Internet

Medienmitteilungen zur raschen Information
der Öffentlichkeit über die neusten Ergebnisse

Publikationen zur vertieften Information

Online Datenrecherche (Datenbanken)

Kontakt

032 713 60 11

info@bfs.admin.ch

www.statistik.admin.ch

www.news-stat.admin.ch

032 713 60 60

order@bfs.admin.ch

www.stattab.bfs.admin.ch

Nähere Angaben zu den verschiedenen Diffusionsmitteln im Internet unter der Adresse
www.statistik.admin.ch → Dienstleistungen → Publikationen Statistik Schweiz

Gesundheit

Das Thema 14 «Gesundheit» publiziert ausserdem:

- **Betagte Personen in Institutionen, Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09**, Neuchâtel 2011, 4 Seiten, gratis, Bestellnummer: 1209-0900-05
- **Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007, Schweizerische Gesundheitsbefragung**, Neuchâtel 2010, 72 Seiten, Fr. 12.–, Bestellnummer: 213-0706
- **Spitex-Statistik 2010**, Neuchâtel 2011, 45 Seiten, gratis, Bestellnummer: 1026-1000-05

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat ausserdem publiziert:

- **Obsan Bericht 52, Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012**, Neuchâtel 2012, 100 Seiten, Fr. 16.–, Bestellnummer: 873-1202
- **Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, Aktualisierte Szenarien für die Schweiz**, Bern 2011, 136 Seiten, Bestellung bei Hans Huber Verlag

Portal Statistik Schweiz

www.statistik.admin.ch → Gesundheit

Ergebnisse der Erhebung zum Gesundheitszustand von betagte Personen in Institutionen

www.statistik.admin.ch → Gesundheit → Gesundheit der Bevölkerung →

Gesundheitszustand und Krankheiten → Daten, Indikatoren → Gesundheit im Alter

Atlas über das Leben im Heim (Daten nach Volkszählung 2000)

www.statistik.admin.ch → Regional → Karten und Atlanten →

Atlas über das Leben nach 50 → Leben im Heim

In der Schweiz leben über 84'000 Menschen ab 65 Jahren während längerer Zeit in einem Alters- und Pflegeheim. Aufgrund der demografischen Alterung wird diese Bevölkerungsgruppe in den kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen. Zur Planung der Bereitstellung von Infrastruktur sowie notwendigen Dienstleistungen ist es unerlässlich, den Pflegebedarf besser zu kennen, der stark von chronischen Krankheiten und dem Zustand der funktionalen Gesundheit abhängig ist. Der Bericht beschreibt den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand betagter Personen in Alters- und Pflegeheimen und zeigt die Zusammenhänge zwischen bestimmten Krankheiten und der funktionalen Gesundheit auf. Grundlage des Berichts sind die Daten der Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI), die 2008/09 vom Bundesamt für Statistik zum ersten Mal durchgeführt wurde.

Bestellnummer

1209-1200

Bestellungen

Tel.: 032 713 60 60

Fax: 032 713 60 61

E-Mail: order@bfs.admin.ch

Preis

Fr. 11.– (exkl. MWST)

ISBN 978-3-303-14172-4