

## Betreuung im Alter: Die grosse Lücke

Riccardo Pardini

Mit zunehmendem Alter erfahren Menschen körperliche und gesundheitliche Einschränkungen, bis der Alltag nicht mehr alleine zu bewältigen ist. Solche Menschen benötigen Unterstützung. Dabei können sich die Leistungen unterscheiden. Sie reichen von der einfachen Haushaltshilfe, die den Hausputz übernimmt oder Gesellschaft leistet, bis hin zur intensiven Pflege und zu komplexen medizinischen Verrichtungen. Gemeinsam tragen diese Unterstützungsleistungen zu einer ganzheitlichen Versorgung von älteren Menschen bei. Aktuell ist die Versorgung von betagten Menschen in der Schweiz in Schieflage geraten. Die Professionalisierung und Spezialisierung der Unterstützungsarbeit und die »Anforderungen eines zunehmend wirtschaftlich regulierten Gesundheitssystems« (Höpfinger/Hugentobler 2005, 10) haben zu einer Fragmentierung der Versorgung geführt. Exemplarisch dafür ist das binäre Verständnis der Langzeitpflege, welches strikt zwischen Betreuungs- und Pflegeleistungen unterscheidet.

»Wenn ich zum Beispiel bettlägerig bin und ich aufstehen muss, um auf die Toilette zu gehen, es kommt eine Pflegefachangestellte und führt mich auf die Toilette, dann ist das ganz klar Pflege. Wenn ich aber im Bett liege und es kommt eine Pflegefachangestellte, um mir beim Aufstehen zu helfen, damit ich an einem sozialen Anlass teilnehmen kann, dann beginnt die Diskussion, ob dies noch zum Bereich der Pflege gehört oder Betreuung ist. Es ist also immer die Frage: Wofür macht die pflegende Person etwas? Das ist eine grosse Grauzone.« (Interviewausschnitt mit Elsbeth Wandeler in der Radiosendung »Doppelpunkt« vom 18. Mai 2018)

Die folgenden Ausführungen nehmen sich dieser Grauzone an. Auf Basis der Studie *Gute Betreuung in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme* (Knöpfel, Pardini, Heinzmann 2018) soll die Bedeutung der Betreuung in der Versorgung von betreuungs- und pflegebedürftigen Betagten<sup>1</sup> zu Hause und in stationären Einrichtungen thematisiert werden. Im Gegensatz zur Pflege ist der Begriff Betreuung gleichzeitig sowohl unterbestimmt wie überbestimmt und tief in der Alltagssprache eingebettet. Altersspezifische Betreuung ist ein schwer zu fassender Begriff. Die Vorstellungen davon divergieren stark.

## **Fehlende sozialrechtliche Regelungen für die Betreuung von älteren Personen**

Die Schweiz verfügt über kein umfassendes und eigenständiges Gesetz, welches die Betreuung und die Pflege im Alter gesamtschweizerisch regelt. Die Regelungen und Zugangskriterien zu den Leistungen für betreuungs- und pflegebedürftige Betagte sind in den verschiedenen nationalen Sozialversicherungsgesetzen, in kantonalen Gesundheits-, Pflege(finanzierungs)- und Sozialgesetzen, Verordnungen und kommunalen Weisungen verankert. Die subnationalen Rahmenbedingungen führen zu grossen regionalen Unterschieden beim Zugang zur und bei der Ausgestaltung der Leistungserbringung. Gemein ist allen eidgenössischen, kantonalen und kommunalen Regelungen, dass explizite Bestimmungen zur Betreuung älterer Individuen fehlen. Die Kantone sind zwar verpflichtet, die Pflege und Hilfe zu Hause sicherzustellen. Doch während die Pflege durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geregelt ist, liegt die Hilfe zu Hause in der Verantwortung der Kantone. Einige Kantone verfügen über detaillierte Beschreibungen, was unter ›Hilfe‹ fällt. Andere Kantone delegieren die Verantwortung für die Sicherstellung der Leistungen an die Gemeinden und verzichten auf eine Ausdifferenzierung.

Gemäss allgemeiner Auffassung bezweckt die Hilfe zu Hause zweierlei. Erstens soll der stationäre Aufenthalt verhindert oder verzögert werden. Zweitens soll die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung von Betreuungs- und Pflegebedürftigen gefördert, erhalten und unterstützt werden (vgl. Wächter 2015, 29). Dabei spielen Betreuungsleistungen eine wichtige Rolle. Sie stellen das Sammelbecken aller nichtpflegerischen Leistungen dar, welche ausserhalb des KVG und der Krankenpflege-Leistungsverordnung stehen (vgl. Ryter, Barben 2015, 51). Dennoch besitzt Betreuung im sozialrechtlichen Kontext keine eigene Geltung. Betreuung im Sinne von Alltags- und Beziehungsarbeit wird in vielen Leistungen mitgedacht, aber nicht separat ausgewiesen und deshalb oft vom Staat oder von den Krankenkassen auch nicht vergütet.

## **Betreuung zwischen professioneller Handlung und Laientätigkeit**

In der Ausbildung und im Arbeitsalltag des Betreuungs- und Pflegepersonals<sup>2</sup> nimmt die Betreuung zwei Formen an. Zum einen ist Betreuung Beziehungsarbeit, zum anderen handelt es sich um die Ausführung fachspezifischer Aufgaben (vgl. Knöpfel, Pardini, Heinzmann 2018, 136). Im Selbstverständnis der Mitarbeitenden stellt die Beziehungsarbeit die Grundlage jeder professionellen Pflege- und Betreuungsarbeit dar, was so auch in der Ausbildung gelehrt wird. Die Beziehungsarbeit stellt die Bedürfnisse und die Lebenswelt der unterstützungsbedürftigen Person in den

Mittelpunkt. Darauf aufbauend werden in den jeweiligen Berufen unterschiedliche Betreuungstätigkeiten ausgeführt. Einerseits taucht Betreuung als komplementäre Aufgabe in der Pflegetätigkeit auf, zum Beispiel in der Grundpflege als Hilfe beim Waschen, Aufstehen, Ankleiden usw. oder bei der Behandlungspflege als Unterstützung des physischen und psychischen Wohlbefindens der betreuten Person. Andererseits tritt Betreuung auch als eigenständige Tätigkeit auf, zum Beispiel in Form von Hilfe im Haushalt und in der Alltagsgestaltung von zielgerichteten Gesprächen zur sozio-emotionalen Unterstützung oder in Form von Beratung und Koordination eines Unterstützungsarrangements. Je nach Wohnsituation und Verfassung der betroffenen älteren Personen leisten dabei AkteurInnen aus dem informellen Bereich (PartnerIn, Familienangehörige, Nachbarn etc.) oder dem professionellen Bereich (Betreuungs- und Pflegepersonal, Aktivierungstherapeutinnen etc.) gemeinsam oder einzeln die nötige Betreuung (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2005).

### **Betreuung als Scharnierfunktion für die Care- und Sorgearbeit**

Die Schwierigkeit, Betreuung als Unterstützungsform zu fassen entsteht dadurch, dass die Bedeutungszuschreibung zwischen allgemeingefassten Arbeitsformen (Beziehungsarbeit, Emotionsarbeit) und spezifischen Tätigkeiten, zwischen Erwerbsarbeit und Nicht-Erwerbsarbeit, zwischen professioneller und informeller Leistungserbringung flottiert. Die Nähe zum Care- und Sorgebegriff<sup>3</sup> ist dabei offensichtlich. Voraussetzung für eine gute Betreuungssituation ist die individuelle Abklärung der Vorlieben und Wünsche der betroffenen Person, die Berücksichtigung der Biographie, des sozialen Umfelds und anderer Besonderheiten. Nicht die – aus fachlicher Perspektive – nötige normierte Leistung, sondern die Bedürfnisse der zu betreuenden Person stehen im Mittelpunkt. Während die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Intervention direktiv und monologisch erfolgen, wird der betreuende Unterstützungsbedarf im Dialog ermittelt. Leistungserbringende und Leistungserhaltende tauschen sich gegenseitig sowohl über die Art der gewünschten Leistungen als auch über die Weise der Leistungserbringung aus. Dabei spielt die Zeitdimension eine wichtige Rolle: Betreuungsaufgaben lassen sich grundsätzlich nicht auf eine fest verlässliche und ökonomisierbare Zeitdauer festlegen. Die Taktung der Betreuung wird durch die Lebenssituation und die Bedürfnisse der Leistungsempfangenden vorgegeben. Betreuung muss sich auf Unvorhersehbares und Ungeplantes einlassen. Sie übernimmt damit eine Scharnierfunktion, welche den Ansatz von Care und Sorge in das binäre Versorgungssystem der Langzeitpflege übersetzt.

## **Aging in place als private Herausforderung**

In der allgemeinen Wahrnehmung und Erwartung werden Betreuungsaufgaben zu Hause mehrheitlich durch das soziale Netzwerk der betreuungs- und pflegebedürftigen Person übernommen. Das trifft auch für ältere Menschen zu, welche von der Spitex versorgt werden (vgl. Wächter 2015; Fluder et al. 2012; Perrig-Chiello, Hutchison, Höpflinger 2011; Perrig-Chiello, Höpflinger, Schnegg 2010). Das Aufgabenspektrum und der Zeitaufwand von betreuenden Angehörigen, Freunden und Bekannten sind unterschiedlich. Sie reichen von der sozialpsychischen Unterstützung bis hin zu haushälterischen, administrativen und organisatorischen Tätigkeiten. In den offiziellen Statistiken werden die Tätigkeiten unter informeller Hilfe subsumiert (vgl. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2014, 82). Betreuungsaufgaben werden am häufigsten von PartnerInnen und Familienangehörigen übernommen. Rund die Hälfte aller betroffenen älteren Menschen erhalten von ihnen Unterstützung (vgl. ebd.). Gemäss eigenen Berechnungen leisteten Angehörige im Jahr 2013 63.7 Millionen Stunden unbezahlte Unterstützungsarbeit, was bei den durchschnittlichen Arbeitskosten für die Pflege von Erwachsenen im gleichen Haushalt von 57 Franken<sup>4</sup> einem Wert von 3.63 Milliarden Franken entspricht (vgl. Knöpfel, Pardini, Heinzmann 2018, 78). Dieser Betrag ist fast doppelt so hoch wie die geleistete bezahlte Arbeit von Spitexdiensten (1.93 Milliarden Franken). Ergänzt wird die Betreuung von älteren Personen durch Angebote von privaten Betreuungsunternehmen (ohne Spitexdienstleistungen), gewinnorientierten Spitex-Diensten (ohne Versorgungspflicht), Hilfswerken, gemeinnützigen Altersorganisationen und Care-MigrantInnen. Gemeinnützige Spitex-Organisationen verfügen teilweise über Betreuungsangebote à la carte. Allerdings erbringen immer weniger gemeinnützige Spitex-Dienste Nicht-KLV-Leistungen<sup>5</sup> (zum Beispiel Hilfe im Haushalt) und überlassen dieses Feld immer mehr den privaten, gewinnorientierten Anbietern, die über eine Spitexzulassung ohne Versorgungspflicht verfügen (vgl. Wächter 2015, 16). Es gibt keine sozialstaatlichen Strukturen, welche die Versorgung an psychosozialer Unterstützung, persönlicher Zuwendung, Möglichkeit zur Teilhabe und Assistenz bei der Alltagsbewältigung garantieren. Aging in place, der Wunsch, in den eigenen vier Wänden alt zu werden, bleibt eine Aufgabe des privaten Umfelds und ist stark von den finanziellen und sozialen Ressourcen abhängig. Der Zugang zur nötigen Betreuung wird dadurch für viele vulnerable RentnerInnen erheblich erschwert oder gar verunmöglicht.

## **Probleme der Betreuung in stationären Einrichtungen**

Der gesundheitliche Zustand und das Fehlen sozialer Netzwerke sind ausschlaggebende Faktoren für einen Heimeintritt (vgl. Höpflinger, Hugen-

tobler 2005, 69). In stationären Einrichtungen liegen die Betreuungsaufgaben in den Händen des Fachpersonals oder von Freiwilligen. Im Gegensatz zur Betreuung zu Hause wird die Betreuung hier über die Betreuungstaxe oder durch Veranstaltungen und alltagsnahe Beschäftigungs- und Aktivierungsmassnahmen<sup>6</sup> institutionalisiert. Letztere sind in die Alltagsstrukturen der Institutionen eingeplant und zeitlich begrenzt. Betreuung wird dadurch formalisiert, in fachspezifische Aufgaben unterteilt und auf punktuell stattfindende Aktivierungen fixiert. Meistens sind die Angebote gruppenorientiert, was es dem Personal erschwert, auf die einzelnen Bedürfnisse der BewohnerInnen einzugehen (Tschan 2014, 37). Spontane Handlungen wie ein Spaziergang, individuelle Gespräche bei einem Kaffee oder die einmalige Unterstützung beim Ausfüllen eines Formulars rücken im getakteten Arbeitsalltag in den Hintergrund oder werden verunmöglicht. Der betreuende Blick auf das alltäglich Normale gerät aus dem Fokus. Möglicherweise kompensiert die Betreuungstaxe die Tatsache, dass für den längerfristigen Aufbau von Beziehungen und die Begleitung im Pflegeheimalltag keine öffentlichen finanziellen Mittel vorgesehen sind (jedenfalls muss sie von den HeimbewohnerInnen bezahlt werden, siehe nächster Abschnitt). Allerdings ist wenig über die Ausgestaltung und Handhabung der Taxe in den Institutionen bekannt.

### **Fehlende sozialstaatliche Unterstützung für Betagte mit geringen Ressourcen**

Die Bundesgesetze zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG), zu den Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) und zur Krankenversicherung (KVG) binden die finanzielle und materielle Unterstützung an den ärztlich attestierten Pflegebedarf der betagten Person. So wird zum Beispiel der Anspruch auf Hilflosenentschädigung (HE)<sup>7</sup> anhand der sechs Lebensverrichtungen (ADL: activities of daily living) gemessen, welche ebenfalls für die anrechenbare Pflegeleistung der Grundpflege im KVG verwendet wird. Ebenfalls sind die Ausrichtungen von Krankheits- und Behinderungskosten durch die EL nur möglich, wenn sie im Zusammenhang mit einer ärztlichen Verordnung stehen. Einzig im Rahmen der Leistungsverträge des Bundesamtes für Sozialversicherung nach Art. 101<sup>bis</sup> AHVG fördert der Sozialstaat sozialbetreuende Leistungen, indem jährlich Beiträge von rund 72 Millionen Franken an gesamtschweizerische Altersorganisationen ausgerichtet werden (z. B. Pro Senectute). Damit werden im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause eine Reihe von Dienstleistungen<sup>8</sup> unterstützt, welche im Normalfall von den Leistungsempfängenden selbst bezahlt werden müssen.

Die Sorge um die Sorge im Alter bleibt in der Schweiz demnach primär eine Aufgabe der Individuen. Das liberale Versorgungsmodell gründet auf

einem impliziten Familialismus, bei welchem die informelle Unterstützung von Betagten stillschweigend vorausgesetzt wird (vgl. Strohmeier Navarro Smith 2010, 119).

### **Medical turn in der Langzeitpflege**

Der Ausschluss betreuungsbedürftiger Individuen aus der sozialstaatlichen Unterstützungsstruktur ist nicht nur auf das subsidiäre Ordnungssystem des Schweizer Versorgungsmodells zurückzuführen. Sie wird überdies von einer Gesetzgebung strukturiert, die in erster Linie die medizinische Versorgung regelt, dem Krankenversicherungsgesetz KVG. Unterstützungsbechtigung entsteht erst mit einem Pflegebedarf, der mittels Erkenntnissen aus der Medizin, Pflegewissenschaft, Hygiene, Ernährungswissenschaft usw. erfasst, durch unterschiedliche Assessment-Instrumente (BESA, RAI, PLAISIR und RAI-HC) diagnostiziert, durch das Fachpersonal geplant, dokumentiert und letztlich in Form von standardisierten Leistungen erbracht wird. Die Alltagswirklichkeit wird auf einen ›Pflegefall‹ bzw. eine ›Pflegestufe‹ reduziert. Diese Entwicklung wird als *medical turn* bezeichnet (Twenhöfel 2011, 58) und hat zur Folge, dass alle Unterstützungsformen ausserhalb des medizinisch-pflegerischen Rahmens keine oder nur marginale Geltung haben.

Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in den Aus- und Weiterbildungen bei Betreuungs- und Pflegeberufen erkennen. Ein Vergleich von Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten von Betreuungs- und Pflegeberufen (vgl. Knöpfel, Pardini, Heinzmann 2018, 140) hat ergeben, dass mit zunehmender beruflicher Spezialisierung die pflegerisch-medizinische Arbeitstätigkeit in den Vordergrund rückt. Der Vergleich gibt aber auch zu erkennen, dass die Betreuung im Alltag auf spezialisierte, punktuell stattfindende Aktivierungstätigkeiten reduziert wird. Mit der Differenzierung und Professionalisierung der Betreuungs- und Pflegeberufe geht eine berufliche Hierarchisierung in der Betreuung von Betagten einher. Je höher die Qualifizierung, desto weniger werden alltägliche Betreuungs- und Begleitungsaufgaben sowie hauswirtschaftliche Verrichtungen übernommen. Die Abnahme tatsächlicher Betreuungsarbeit als Beziehungsarbeit und deren fehlende Anerkennung im technisch-medizinisch geprägten Arbeitsalltag haben auch negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Personals. Das subjektive Gefühl, die Betreuungsarbeit – als fachspezifische Aufgabe und Beziehungsarbeit – nicht gut machen zu können und damit nicht wirklich Hilfe zu leisten, wird für das Personal zum Stressfaktor und führt zum Verlust der Identifikation mit der eigenen Arbeitstätigkeit (vgl. ebd., 169).

## **Gute Betreuung als Anrecht auf ein würdiges Altwerden für alle**

Alt werden wir alle. In Würde alt werden möchten wir alle. Aber längst nicht alle haben die dafür nötigen Voraussetzungen. Sowohl fehlende finanzielle und soziale Ressourcen als auch fehlende sozialstaatliche Unterstützung erschweren ein würdevolles Altern. Es reicht nicht, die Unterstützung betagter Personen auf medizinisch-pflegerische Massnahmen zu reduzieren. Auch Betreuung ist nötig. Damit alle unterstützungsbedürftigen älteren Menschen eine ganzheitliche Versorgung bekommen, braucht es eine bessere rechtliche Verankerung. In Würde alt werden zu dürfen muss als Sozialziel in Artikel 41 der Bundesverfassung Aufnahme finden. Dafür ist eine gesetzliche Grundlage nötig, welche sowohl die pflegerische als auch die betreuende Dimension der Unterstützung berücksichtigt. Konsequenterweise müssten die Gesetze zur Hilflosenentschädigung, zur Krankenversicherung und zu den Ergänzungsleistungen angepasst werden.

Gute Betreuung wird beim Altwerden zunehmend wichtiger, weil der Fragilisierungsprozess älterer Menschen länger dauert. Noch aber fehlt es in der Öffentlichkeit an der notwendigen Sensibilität dafür, was dies für die betreuenden Personen bedeutet – seien dies Familienangehörige oder Professionelle. Ein Anrecht auf gute Betreuung – als Teil des Service public – würde deren Anerkennung stärken.

### **Fussnoten**

1 Unter betagten bzw. älteren Personen werden in diesem Beitrag Individuen verstanden, welche sich im Ruhestand und in einem Fragilisierungsprozess befinden. Das fragilisierte Alter bezeichnet eine Lebensphase, in welcher die gesundheitlichen Beschwerden, funktionale Einschränkungen und soziale Verluste ein autonomes Leben nicht verunmöglichen, aber erschweren (vgl. Höpflinger 2013, 7).

2 In der Studie *Gute Betreuung in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme* wurden der Lehrgang PflegehelferIn SRK berücksichtigt, die beruflichen Grundausbildungen Angestellter Gesundheit und Soziales, Fachfrau/-mann Betreuung (FaBe), Fachfrau/-mann Gesundheit (Fa-Ge) sowie die Weiterbildungsmöglichkeiten Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF, Dipl. Aktivierungsfachfrau/-mann HF und Fachfrau/-mann Langzeitpflege und -betreuung FA.

3 »Care hat ebenso wie Caring mehrere und ähnliche Bedeutungen: Zum einen beschreibt Care spezifische Aktivitäten und Tätigkeiten wie Windeln-Wechseln, Zuhören oder Ähnliches. Zum anderen bezeichnet der Begriff auch spezielle Gefühle, Sorge, Zuneigung, Warmherzigkeit von Seiten der/des Care-Leistenden.« (Gubitz, Mader 2011, 11).

4 Die Satellitenkonto Haushaltsproduktion des Bundesamtes für Statistik bestimmt die monetäre Bewertung von unbezahlter Arbeit nach einzelnen Kategorien. Eine davon ist die Pflege von Erwachsenen zu Hause.

5 KLV-Leistungen: Leistungen, die gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

6 Zum Beispiel Singen, Bewegung, handwerkliches Gestalten, Spazieren, Ausdrucksmalen, Kochen, Backen usw.

7 BezügerInnen von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen haben Anspruch auf Hilfenentschädigung. Als hilflos gelten betagte Personen, wenn sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung die alltäglichen Lebensverrichtungen (zum Beispiel Ankleiden, Auskleiden, Aufstehen, Essen, Toilettengang usw.) nicht mehr selbstständig ausführen können und auf die dauernde Hilfe Dritter angewiesen sind. Die Entschädigung wird unabhängig vom Einkommen und Vermögen gewährt. Die AHV kennt drei Stufen von Hilflosigkeit. Deren Bemessung hängt davon ab, wie stark eine Person in den alltäglichen Lebensverrichtungen eingeschränkt ist. Der Anspruch entsteht, wenn die Einschränkungen während eines Jahres bestanden haben.

8 Darunter fallen Dienstleistungen in folgenden Bereichen: Beratung, Betreuung und Beschäftigung; Angebote für die Erhaltung und/oder Verbesserung der psychischen und physischen Fähigkeiten; Förderung der Selbstsorge und sozialer Teilhabe in der Gesellschaft; Koordinations- und Entwicklungsaufgaben in der Betagtenhilfe; Weiterbildung von Hilfspersonal.

### **Literatur**

Fluder, Robert; Hahn, Sabine; Bennett, Jonathan; Riedel, Matthias; Schwarze, Thomas (2012): Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Zürich

Gubitzer, Luise; Mader, Katharina (2011): Care-Ökonomie. Ihre theoretische Verortung und Weiterentwicklung. In: Kurswechsel Nr. 4. 7–21

Höpflinger, François (2013): Demographischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter. <http://www.hoepflinger.com/ftop/WandelAlter-Pflege.pdf> (Zugriff am 15.07.2018)

Höpflinger, François; Hugentobler, Valérie (2005). Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz. Bern

Knöpfel, Carlo; Pardini, Riccardo; Heinzmann, Claudia (2018): Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme. Zürich

Perrig-Chiello, Pasqualina; Hutchison, Sara; Höpflinger, François (2011): Pflegende Angehörige in der lateinischen und deutschsprachigen Schweiz. <http://boris.unibe.ch/11781/> (Zugriff am 09.03.2016)

Perrig-Chiello, Pasqualina; Höpflinger, François; Schnegg, Brigitte (2010): Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht zur SwissAgeCare-Studie 2010. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Zugriff am 09.03.2016)

Ryter, Elisabeth; Barben, Marie-Louise (2015): Care-Arbeit unter Druck. Ein gutes Leben für Hochaltrige braucht Raum. Manifestgruppe der GrossmütterRevolution (Hsg.). Bern  
Schweizerische Gesundheitsbefragung (2014): Gesundheitsstatistik 2014. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=%205765> (Zugriff am 13.07.2018)

Strohmeier Navarro Smith, Rahel (2010): Altershilfe und Alterspflege. In: Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Arbeitsmarktmassnahmen, Sozialhilfe und Alterspflege in der Schweiz. Föderal geprägte Politikfelder im europäischen Vergleich. 6 (10), 95–120

Tschan, Elvira (2014): Integrative aktivierende Alltagsgestaltung: Konzept und Anwendung. Bern

Twenhöfel, Ralf (2011): Die Altenpflege in Deutschland am Scheideweg. Medizinalisierung oder Neuordnung der Pflegeberufe? Baden-Baden

Wächter, Matthias (2015): Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Hochschule Luzern. <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=96> (Zugriff am 10.07.2018)