



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département des finances, des institutions et de la santé
Service de la santé publique

Departement für Finanzen, Institutionen und Gesundheit
Dienststelle für Gesundheitswesen

Planung der Langzeitpflege 2010–2015

**Bericht des Departements für Finanzen,
Institutionen und Gesundheit**

Dienststelle für Gesundheitswesen

März 2010

Herausgeber Dienststelle für Gesundheitswesen
Av. du Midi 7
1950 Sitten
santepublique@admin.vs.ch

Verfasser ▪ Yves Martignoni, Chef der Sektion
Gesundheitswesen

Mitverfasser ▪ Georges Dupuis, Chef der Dienststelle für
Gesundheitswesen und Kantonsarzt
▪ Sabine Joray, Fachärztin für Innere Medizin,
Schwerpunkt Geriatrie, spezialisiert auf
Demenzkrankungen
▪ Pia Coppex-Gasche, Mitarbeiterin der
Dienststelle für Gesundheitswesen
▪ Marilyn von Kaenel Claivaz, Mitarbeiterin der
Dienststelle für Gesundheitswesen

**Elektronische
Publikation** www.vs.ch/sante

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	6
0.1. Entwicklung der Bedürfnisse und Betreuungsstrukturen	6
0.2. Situation und Empfehlungen	8
1. Einleitung	12
2. Die Bedürfnisse und ihre Entwicklung	13
2.1. Die Alterung der Bevölkerung ist stärker als erwartet	13
2.1.1 Revision der demografischen Prognosen	13
2.1.2 Lebenserwartung	15
2.1.3 Bevölkerung über 80 Jahre	17
2.2. Die Pflegebedürftigkeit	18
2.2.1 Definition und Ausgangslage	18
2.2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	19
2.2.3 Bedeutung der Gesundheitsförderung und der Prävention	20
2.3. Die Problematik der Demenzerkrankungen	21
2.3.1 Definition und Ausbreitung	21
2.3.2 Besondere Betreuung von Demenzkranken	23
3. Betreuung: Definitionen und interkantonale Vergleiche	25
3.1. Informelle Hilfe: Merkmale und Entwicklung	25
3.2. Formelle Hilfsstrukturen: Definitionen	27
3.2.1 Pflegeleistungserbringer gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)	27
3.2.2 Leistungserbringer im sozialmedizinischen Bereich gemäss Bundesstatistiken	27
3.2.3 Sozialmedizinische Leistungserbringer im Wallis	28
3.2.4 Im Bericht verwendete Terminologie	29
3.3. Formelle Hilfsstrukturen: interkantonale Vergleiche	29
3.3.1 Spitex	30
3.3.2 Kurzaufenthaltsbetten	33
3.3.3 Langzeitbetten	34
3.3.4 Gründe für die Unterschiede	34
4. Spitex: Sozialmedizinische Zentren (SMZ)	35
4.1. Definition und Leistungen	35
4.2. Ausgangslage	37
4.2.1 Derzeitige Leistungen und ihre Finanzierung	37
4.2.2 Ungenügend ausgebaute Leistungen	41
4.3. Empfehlungen	42
4.3.1 Anreizsystem für die Finanzierung einführen	42
4.3.2 Leistungen beurteilen und Ziele festlegen	43
5. Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung	44
5.1. Definition	44
5.2. Ausgangslage und laufende Projekte	44
5.3. Empfehlungen	46
5.3.1 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung bereitstellen	46
5.3.2 Den Status der Wohnungen mit 24-Stunden-Betreuung prüfen	46

6. Tages- oder Nachtstrukturen	46
6.1. Definitionen	46
6.2. Ausgangslage und laufende Projekte	48
6.3. Empfehlungen	49
6.3.1 Die krankenkassenpflichtigen Leistungen identifizieren	49
6.3.2 Mindestens 280 Plätzen in Tagesstrukturen anstreben	50
6.3.3 Überprüfung der Finanzierung durch den Kanton	50
7. Alters- und Pflegeheime (APH): Kurzaufenthaltsbetten	52
7.1. Definition	52
7.2. Ausgangslage	53
7.3. Empfehlungen	54
7.3.1 Eine Norm von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre	54
7.3.2 Projekte mit Kurzaufenthaltsbetten fördern und deren Finanzierung sichern	55
8. Alters- und Pflegeheime (APH): Anzahl Langzeitbetten	56
8.1. Definitionen	56
8.2. Ausgangslage	56
8.2.1 Kurzer Überblick	56
8.2.2 Merkmale der in APH betreuten Personen	57
8.2.3 Entwicklung der geplanter Bettenzahl	59
8.3. Empfehlungen	60
8.3.1 Maximal 200 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre	60
8.3.2 Neue Betten schaffen	62
9. Alters- und Pflegeheime (APH): Verteilung der Langzeitbetten	64
9.1. Gegenwärtige Verteilung	64
9.2. Gründe für die Unterschiede	65
9.3. Empfehlungen	65
9.3.1 Bedarfsgerechte Verteilung der neuen Betten auf die Regionen	65
9.3.2 Die Schaffung von dezentralisierten APH-Einheiten fördern	66
10. Institutionsübergreifende Koordination	67
10.1. Die derzeitigen Strukturen der Zusammenarbeit	67
10.1.1 Koordination des Angebots	67
10.1.2 Koordination des Patientenflusses	68
10.2. Derzeitige Herausforderungen	68
10.2.1 Ungleiches Engagement der Gemeinden	68
10.2.2 Mehr Koordination erforderlich	69
10.3. Empfehlungen	69
11. Qualität der Pflege und Ausbildung des Personals	69
11.1. Mangel an Pflegepersonal	69
11.2. Spezifische Bedürfnisse demenzkranker Personen	70
11.3. Empfehlungen	71
11.3.1 Die Ausbildung in Gesundheitsberufen fördern und entwickeln	71
11.3.2 Leistungen für Menschen mit Demenz verbessern	72

12.	<i>Finanzielle Auswirkungen</i>	74
12.1.	Sozialmedizinische Zentren	74
12.2.	Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung	75
12.3.	Tages- oder Nachtstrukturen	75
12.4.	Kurz- und Langzeitbetten in APH	77
13.	<i>Schlussfolgerung</i>	80

0. Zusammenfassung

Im Gesundheitswesen ist die Betreuung pflegebedürftiger betagter Personen die grösste Herausforderung im Gesundheitswesen, mit der unsere Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten konfrontiert sein wird. Die demografischen Prognosen zeigen bis 2050 eine starke Zunahme der betagten Bevölkerung über 80 Jahre. Diese Zunahme ist grösser, als bei der Erarbeitung der 2005 vom Staatsrat festgelegten Planung angenommen worden war. Sie berücksichtigt die neuen Daten der letzten eidgenössischen Volkszählung. Um den daraus folgenden wichtigen Bedürfnissen gerecht zu werden, ist es notwendig, die Planung der Langzeitpflege zugunsten der betagten Menschen zu überprüfen, damit ein adäquates und finanziell tragbares Leistungsangebot erstellt werden kann.

0.1. Entwicklung der Bedürfnisse und Betreuungsstrukturen

Die Alterung der Gesellschaft: die grösste Herausforderung im Gesundheitswesen

Aufgrund des medizinischen Fortschrittes hat sich die Lebenserwartung bei der Geburt in den letzten 50 Jahren deutlich erhöht. Mittlerweile beträgt sie 84 Jahre für Frauen und 79 Jahre für Männer. Das sind 13 Jahre mehr als 1950.

Die Langzeitprognosen zeigen, dass die Walliser Bevölkerung weiter altern wird. Gemäss den letzten Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird die Anzahl der 80-jährigen und älteren Menschen im Wallis von 13'000 im Jahr 2010 auf 27'500 im Jahr 2030 und 44'000 im Jahr 2050 steigen. Diese Altersstufe, die derzeit 4% unserer gesamten Bevölkerung ausmacht, wird 2010 8% und 2050 13% betragen. Folglich wird die Anzahl pflegebedürftiger betagter Personen, d.h., die Hilfe bei der Verrichtung alltäglicher Dinge benötigen, ebenfalls steigen.

Gleichzeitig sinkt die Anzahl Jahre bei schlechter Gesundheit tendenziell. Zwischen 1980 und 2000 verkürzte sich die Zeitspanne der Pflegebedürftigkeit bei den Frauen um 2 Jahre und bei den Männern um 6 Monate. Aufgrund der medizinischen Fortschritte, der Rehabilitationsmassnahmen und der Abnahme der berufsbedingten Gebrechen könnte sich diese Tendenz zumindest kurzfristig fortsetzen. Man geht davon aus, dass die Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger betagter Personen zwischen 2000 und 2020 auf 20% ansteigt. Diese Entwicklung ist jedoch ungewiss und auch vom Verhalten der Bevölkerung im Umgang mit Risikofaktoren (schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Tabakkonsum und Konsum von anderen gesundheitsgefährdenden Stoffen usw.) abhängig. Die Aktionen zur Gesundheitsförderung und Prävention zugunsten der Gesamtbevölkerung, aber auch speziell der betagten Personen werden in dieser Entwicklung eine wichtige Rolle spielen.

Demenzkrankungen: ein typisches Problem, das mehr als die Hälfte der auf Langzeitpflege angewiesenen betagten Menschen betrifft

Aufgrund verschiedener Krankheiten wird eine bestimmte Anzahl betagter Personen von der Hilfe anderer abhängig. Zu diesen Krankheiten gehören Demenzerkrankungen, wie z.B. die Alzheimerkrankheit, die am häufigsten auftritt (50% der Demenzerkrankungen). Man geht davon aus, dass ein Drittel der über 80-Jährigen an Demenz erkrankt und dass die Hälfte der betagten Personen, die auf Langzeitpflege angewiesen sind, an einer anderen Form von Demenz erkrankt ist. Diese Zahlen unterschätzen möglicherweise das Ausmass des Problems, da Demenzerkrankungen selbst in einem mittleren Krankheitsstadium oft nicht erkannt werden.

Demenzkranke benötigen spezifische Pflege. Menschen mit Demenz haben kognitive Schwierigkeiten (Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit, leiden unter Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen, die zu einer zunehmenden Abhängigkeit führen. Es ist daher unabdingbar, dass das Pflegepersonal über eine entsprechende Ausbildung verfügt. Eine angepasste Betreuung muss ermöglicht werden, mit der vor allem die Risiken von Misshandlungen durch Unkenntnis oder Erschöpfung verhindert werden. Zudem sollen die Familien so gut wie möglich unterstützt und beraten werden.

Die Betreuungsstrukturen für pflegebedürftige betagte Personen

Unabhängig davon ob die Abhängigkeit durch Demenz oder andere Krankheiten entstanden ist, die Betreuung muss der zunehmenden Abhängigkeit angepasst werden. Sie beruht in erster Linie auf der informellen Hilfe durch Angehörige oder Nachbarn, aber auch durch freiwillige Helfer, mit der Unterstützung sozial engagierter Verbände wie Pro Senectute oder der Alzheimervereinigung. Je grösser der Pflegebedarf wird, umso notwendiger werden formelle Hilfs- und Pflegestrukturen.

Die angebotenen Leistungen der formellen Strukturen sind:

- Spitexleistungen, die durch die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ), aber auch durch unabhängige Pflegefachpersonen und Privatorganisationen angeboten werden;
- Tagesstätten oder Tagesstrukturen gemäss der neuen Terminologie des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG);
- Kurzaufenthalte im Alters- und Pflegeheim (APH);
- Langzeitaufenthalte im APH.

Dazu kommen die Leistungen der Spitäler, insbesondere der Geriatrie und der Psychogeriatric. Das Spitalangebot wird in diesem Bericht nicht näher analysiert. Der Bericht konzentriert sich auf die Planung der sozialmedizinischen Strukturen der Langzeitpflege.

Die oben genannten Strukturen ergänzen sich. Die Art der beanspruchten Leistung hängt vom Pflegebedarf und der Mithilfe der betagten Person sowie der Unterstützung ihres Umfeldes ab. Jeder Situation ist verschieden und verändert sich mit der Zeit.

Die Betreuung zu Hause hat verschiedene Vorteile. Bis zu einem gewissen Abhängigkeitsgrad ist sie für das Gesundheitssystem sowie für die betagte Person günstiger als die Betreuung in einem APH. Dies ist zum grossen Teil auf die Unterstützung der Angehörigen zurückzuführen. Zudem entspricht sie den Erwartungen der betagten Menschen: Verschiedene Studien haben gezeigt, dass zwischen 65 und 70% der pflegebedürftigen betagten Personen lieber zu Hause bleiben.

Die Möglichkeit, zu Hause zu bleiben, bedingt oft die Hilfe der Angehörigen und Nachbarn. Die Angehörigen, welche die Pflege übernehmen (meistens die Ehefrau), werden jedoch immer älter. Die Hälfte von ihnen ist älter als 60 Jahre. In zwei Drittel der Fälle haben sie selbst gesundheitliche Probleme, die durch die übernommenen Aufgaben verursacht oder verschlimmert werden. Es ist oftmals die Erschöpfung der Angehörigen, die zu einem frühzeitigen Eintritt in ein APH führt. Mit Tagesstrukturen und Kurzaufenthalten im APH werden pflegende Angehörige entlastet und eine längere Betreuung zu Hause wird ermöglicht.

Wenn die Betreuung zu komplex wird oder das Umfeld nicht mehr in der Lage ist, die nötige Hilfe zu gewährleisten, ist der Umzug der pflegebedürftigen betagten Person in ein APH sinnvoll, sowohl für den Betroffenen selber als auch für die Angehörigen.

0.2. Situation und Empfehlungen

Die Walliser Politik begünstigt die Betreuung pflegebedürftiger betagter Personen zu Hause, soweit es der Grad ihrer Abhängigkeit zulässt. Das Wallis gehört zu den Kantonen, die eine Unterbringung in einem APH am wenigsten beanspruchen. Die im vorliegenden Bericht formulierten und nachfolgend zusammengefassten Empfehlungen zielen darauf ab, die im Wallis praktizierte Politik der Betreuung zu Hause fortzuführen und zu verstärken.

Sozialmedizinische Zentren

Die Walliser Politik zugunsten der Betreuung zu Hause beruht auf der Erweiterung der Leistungen der SMZ. Das Angebot im Wallis deckt sich fast mit dem landesweiten Durchschnitt. Allerdings bestehen innerhalb des Kantons regional grosse Unterschiede, besonders bei der Hilfe zu Hause. Die Etablierung gewisser Leistungen, die Teil des neuen Mandats der SMZ sind, gestaltet sich schwierig, vor allem das Erkennen von Risikosituationen, die Unterstützung der pflegenden Angehörigen, die Gesundheitsförderung und die Prävention. Diese Tätigkeiten sind unabdingbar, damit die pflegebedürftigen betagten Personen so lange wie möglich zu Hause bleiben und damit die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf die Nachfrage nach Pflege und Hilfe reduziert werden können.

Die jetzige Finanzierung der SMZ basiert auf der Defizitdeckung durch die öffentliche Hand, wodurch die Erweiterung dieser Leistungen behindert wird. Um deren Entwicklung zu begünstigen, empfiehlt das Departement für Finanzen, Institutionen und Gesundheit (nachfolgend « das Departement »), neue Finanzierungsmodelle, zum Beispiel die Einführung einer leistungsabhängigen Finanzierung, zu prüfen. Zudem soll eine Evaluation der Umsetzung des neuen Leistungsauftrags der SMZ vorgenommen und Ziele festgelegt werden, z.B. in jeder Region mindestens eine Stunde für Pflege- oder Hilfeleistungen pro Einwohner (der kantonale Durchschnitt betrug 2008 pro Einwohner 0,83 Stunden für Pflegeleistungen und 0,66 Stunde für Hilfsleistungen).

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung sind für Personen bestimmt, die relativ selbstständig sind. Das Ziel ist es, den Personen eine räumliche und soziale Umgebung (durch die Wohngemeinschaft) zu bieten, in den sie selbstständig leben. Nach Bedarf - wie auch bei privaten Wohnungen - werden die Spitexleistungen durch die SMZ erbracht. Aufgrund ihres neuen Leistungsauftrags von 2007 müssen die SMZ zusätzlich zu den Spitexleistungen in ihrer Region Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung schaffen. Das Departement empfiehlt, die Schaffung dieser Strukturen weiterzuführen.

Das Wallis zählt momentan 13 vom Kanton anerkannte Wohnungen. Allerdings erfüllen einige davon die oben erwähnte Definition nicht, weil sie stark pflegebedürftige betagte Menschen rund um die Uhr betreuen. Ihre Leistungen entsprechen denen eines APH, ohne dass sie als solche anerkannt und finanziert werden. Da sie über die SMZ finanziert werden, kostet die Betreuung mehr als in einem APH. Das Departement empfiehlt, diese in Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung ohne ständige Präsenz des Personals oder in dezentralisierte APH-Einheiten umzuwandeln.

Tages- oder Nachtstrukturen

Derzeit verfügt das Wallis über 13 Tagesstrukturen. Einige davon bieten eine spezialisierte Betreuung für pflegebedürftige betagte Personen an. Sie entsprechen dem Begriff der Tagesstrukturen, der im neuen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) eingeführt wurde. Andere bieten soziale und kulturelle Aktivitäten an (Tageszentren). Die

Beiträge sind jedoch für beide Angebotstypen gleich (Fr. 45.- pro Tag und Person, zwei Drittel werden durch den Kanton und ein Drittel durch die Gemeinden finanziert). Die Planung von 2005 strebte mindestens 90 Plätze an. Gegenwärtig sind in diesen Strukturen etwa 100 Plätze verfügbar.

Das Angebot an Tagesstrukturen muss erheblich vergrössert werden. Man geht davon aus, dass im Wallis mindestens 1'400 zu Hause betreute Personen an einer Form von Demenz im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium leiden. Um den Angehörigen, die sich um diese Menschen kümmern, einen Tag Pause pro Woche anzubieten, benötigte man derzeit 280 Plätze. Es sollen zudem Nachtstrukturen eingerichtet werden – ein Angebot, das es in unserem Kanton bis jetzt noch nicht gibt.

Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 wird eine Unterscheidung zwischen den im Wallis bestehenden Tagesstrukturen erfolgen. Nur Strukturen, die dem Begriff Tages- oder Nachtstrukturen gemäss KVG entsprechen, werden von der dafür vorgesehenen neuen Finanzierung profitieren. Um den Fortbestand und die Entwicklung dieser Art von Leistungen sicherzustellen, empfiehlt das Departement, in der kantonalen Gesetzgebung über die Gesundheit eine Zusatzfinanzierung vorzusehen.

Kurzaufenthaltsbetten in APH

Die Planung 2005 sah mindestens 24 Kurzaufenthaltsbetten¹ in APH vor, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten oder einen Übergang vom Spital nach Hause zu ermöglichen. Im interkantonalen Vergleich bietet das Wallis sehr wenig Kurzaufenthaltsbetten an (1,5 Betten pro 1'000 Einwohner im Wallis 2008 verglichen mit dem landesweiten Durchschnitt von 5,1 Betten).

Um den Angehörigen, die sich um die 1'400 Demenzkranken im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium kümmern, eine 3-wöchige Entlastungspause pro Jahr anbieten zu können, müsste unser Kanton heute bereits über mindestens 80 Kurzaufenthaltsbetten verfügen. Hinzu kommen die Bedürfnisse der betagten Personen, die an anderen Krankheiten leiden.

Das Departement empfiehlt die Bereitstellung von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter pro Region. Jedes APH müsste anteilmässig eine gewisse Anzahl Kurzaufenthaltsbetten zur Verfügung stellen. Wie für die Langzeitbetten wird die genaue Anzahl der Kurzaufenthaltsbetten jedes Jahr aufgrund der letzten verfügbaren demografischen Prognosen festgelegt. Im Rahmen des Budgets wird dies dem Staatsrat und dem Grossen Rat unterbreitet. Gemäss den aktuellen Prognosen müsste bis 2015 zwischen 83 und 166 Kurzaufenthaltsbetten im Kanton zur Verfügung stehen. Derzeit sind bloss 21 solche Betten vorhanden. Verschiedene Projekte werden bereits realisiert.

Finanzierungsprobleme bremsen die Schaffung dieser Betten. Obwohl der Kanton den Betrieb ganzjährig bis zu einer Höhe von 30% subventioniert – unabhängig vom Belegungsgrad –, zahlen die Krankenversicherung und die untergebrachten Personen nur für tatsächlich belegte Betten. Der Belegungsgrad bei den Kurzaufenthaltsbetten ist jedoch zwangsläufig tiefer als derjenige der Langzeitbetten, weil sie auch für nicht vorhersehbare Fälle bereit stehen (sozialmedizinische Notfälle). Zudem wird die untergebrachte Person mit doppelten Kosten belastet: dem Pensionspreis, der die Kosten für die vorübergehende Unterbringung im APH deckt und der Miete für die Wohnung zu Hause. Die Art und die Höhe

¹ Es wird vorgeschlagen den Begriff « Abteilung für Kurzaufenthalte » nicht mehr zu verwenden und nur noch von Kurzaufenthaltsbetten zu sprechen. Im französischen Text soll der entsprechende Begriff « unités d'accueil temporaire (UAT) » durch « lits de court séjour » ersetzt werden. (siehe Punkt 3.2.4.)

der Finanzierung der Kurzaufenthaltsbetten muss überprüft werden, um die Entwicklung und den Zugang zu dieser Leistung zu begünstigen.

Langzeitbetten in APH

Die 2005 erstellte Planung sieht für das Jahr 2013 die Bereitstellung von 2'890 Langzeitbetten in APH vor. Die neuen demografischen Prognosen des BFS, die mit den Daten der letzten Volkszählung (Im Jahr 2000) erstellt wurden, zeigen auf, dass das Wallis im Jahr 2013 15'512 betagte Personen zählen wird, die 80 Jahre oder älter sind. Das sind 1'390 Personen mehr als in der Planung 2005 angenommen.

Während die Planung 2005 eine Norm von 204 Betten für 1'000 Einwohner von 80 Jahren und älter angestrebt hatte, wird die Anzahl 2013 mit 2'890 Betten in den APH auf 186 Betten für 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter sinken.

Das Departement empfiehlt eine Teilanpassung der Bettenanzahl an die neuen demografischen Prognosen, indem eine Norm von maximal 200 Betten für 1'000 Einwohner von 80 Jahren und älter angestrebt wird. Das sind weniger Betten als in der Planung 2005 vorgesehen sind. Folglich müssen die Leistungen zugunsten der Betreuung zu Hause ausgebaut werden (Spitex, Tages- und Nachtstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten in APH).

Diese Norm von 200 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre stellt ein Maximum dar. Sie entspricht der Situation im Jahr 2008. Die Bettenanzahl wird jedes Jahr aufgrund der letzten verfügbaren demografischen Prognosen festgelegt. Jährlich wird diese Zahl dem Staatsrat und dem Grossen Rat im Rahmen des Budgets und der integrierten Mehrjahresplanung vorgelegt. Aufgrund der gegenwärtigen Aussichten könnten bis 2015 – zusätzlich zu den 87 Betten aus der Planung 2005 – im ganzen Kanton maximal 415 neue Betten zur Verfügung gestellt werden. Die Aufteilung zwischen den Regionen wird proportional zur Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren vorgenommen.

Priorität haben Projekte mit einem ganzheitlichen Leistungsangebot, d.h. solche, die auch über Kurzaufenthaltsbetten und eine Tages- und Nachtstruktur vorsehen. Es wird vorgeschlagen, dezentralisierte APH-Einheiten mit 18 bis 22 Betten zu schaffen, um eine bessere geografische Aufteilung der Betten innerhalb der Regionen zu realisieren. Die Einheiten sollen administrativ, logistisch und organisatorisch an ein APH angebunden werden, um die Kosten zu begrenzen. Generell soll die Angliederung kleinerer Strukturen an grössere gefördert werden, um die Kosten zu rationalisieren. Dabei entstehen Zentren mit mehreren Standorten.

Die Koordination verbessern

Um das Angebot und den Patientenfluss zu koordinieren, entschied der Staatsrat 1995, regionale Gesundheitsnetze und regionale Gesundheitskommissionen zu schaffen, die alle Partner vereinen. Die Regionen schufen danach Instanzen, um den neu gegliederten Patientenfluss zu koordinieren. Seit Anfang 2009 geschieht dies in einer institutionsübergreifenden kantonalen Struktur. Diese Bemühungen in jeder Region ein vollständiges Leistungsangebot bereitzustellen, stossen immer noch auf gewisse Probleme. Einige Bezirke sind weniger gut ausgestattet als andere. Für betagte Personen aus Gemeinden, die zur Schaffung von APH nichts beigetragen haben, ist es schwierig, aufgenommen zu werden, selbst wenn sie dringend auf Pflege und Betreuung in einem APH angewiesen sind. Das Angebot an Tagesstrukturen und Kurzaufenthaltsbetten ist noch nicht bekannt genug und nicht genügend entwickelt.

Im Rahmen der künftigen Gesetzgebung über die Langzeitpflege empfiehlt das Departement, die Möglichkeiten einer verstärkten Koordination zwischen den Strukturen zu der Langzeitpflege zu prüfen.

Qualität der Pflege und Ausbildung des Personals

Die Gesundheitsinstitutionen im Wallis sehen sich immer mehr mit dem Mangel an Pflegepersonal konfrontiert. Die Alterung der Bevölkerung und die zunehmenden Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Pflegepersonal werden die Situation noch verschlimmern. Um dem entgegenzuwirken, schlägt das Departement vor, zusammen mit dem Departement für Erziehung, Kultur und Sport und den betroffenen Kreisen Kampagnen zu lancieren, die den Anreiz zur Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens verstärken, und spezifische Ausbildungen für Erwachsene anzubieten, die wieder in einen Beruf in diesem Bereich einsteigen oder neu beginnen möchten.

Besonderes Augenmerk soll auf die Weiterbildung des Pflegepersonals gerichtet werden. Die Pflege und die Betreuung werden immer komplexer, besonders bei Menschen mit Demenz.

1. Einleitung

Die Walliser Politik der Betreuung pflegebedürftiger betagter Personen entwickelte sich seit den 1960er Jahren und basiert auf dem Gesundheitsgesetz von 1961, das den Grundstein für die Gesundheitsplanung legte. Die in den 1960er-Jahren durchgeführten Planungsarbeiten zeigten, dass die damaligen Institutionen veraltet und unangemessen waren. In den nachfolgenden Jahrzehnten konnten dank Gesetzesanpassungen und der ausgearbeiteten Planungen mit der finanziellen Unterstützung der öffentlichen Hand Betreuungsstrukturen für pflegebedürftige betagte Personen entwickelt werden.

Die derzeitige Gesetzgebung verlangt vom Staatsrat, dass er anhand der Planung seine Gesundheitspolitik periodisch festlegt. Die Planung muss im Rahmen der Bundesgesetzgebung erstellt werden und zwar so, dass sie den Bedürfnissen entspricht und die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen garantiert werden. Die Spitäler und die Alters- und Pflegeheime (APH) müssen in der kantonalen Planung anerkannt sein, sonst haben sie kein Anrecht auf die Gelder der Krankenversicherung. Kantonsbeiträge gibt es nur, wenn die Planung eingehalten wird. Dies gilt für alle Gesundheitsinstitutionen.

Die Planung ist ein evolutiver Prozess und muss regelmässig an die Veränderungen und die Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst werden. Die letzte vom Staatsrat festgelegte Planung betreffend die Betreuung betagter Personen stammt vom August 2005. Seither sind mehr als vier Jahre vergangen. Nun ist es an der Zeit, Bilanz zu ziehen und die Planung an die veränderten Bedürfnisse der Bevölkerung anzupassen – insbesondere an die neuen demografischen Prognosen, sowie an die Zunahme der Demenzerkrankungen. Das Angebot soll den wachsenden Bedürfnissen entsprechen und zu tragbaren Kosten realisierbar sein.

Bei der Planung muss vorausgedacht werden. Es braucht mehrere Jahre um ein Vergrösserungs- oder Bauprojekt für eine sozialmedizinische Struktur zu verwirklichen. Jedes Projekt muss entsprechend der kantonalen Anforderungen sowie den Bedürfnissen und Erwartungen der Bevölkerung ausgearbeitet werden. Danach muss es der entsprechenden regionalen Gesundheitskommission unterbreitet werden, anschliessend dem für das Gesundheitswesen zuständigen Departement, um dann in die vom Staatsrat festgelegte Planung aufgenommen zu werden. Je nach Höhe der kantonalen Beiträge wird das Projekt dem Grossen Rat zur Prüfung unterbreitet. Danach folgen Architekturwettbewerb und Bauphase, gemäss Gesetzgebung im öffentlichen Beschaffungswesen. Dieser Ablauf muss berücksichtigt werden.

Mit dem vorliegenden Bericht verabschiedet der Staatsrat die neue Planung der sozialmedizinischen Strukturen der Langzeitpflege für betagte Personen. Die Langzeitpflege wird wie folgt definiert²: Leistungen, die erbracht werden zur Beibehaltung oder zur Wiederherstellung einer optimalen Lebensqualität unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und der Pflegebedürftigkeit des Patienten. Es handelt sich um Kranken- und Gesundheitspflege, Hilfe bei den alltäglichen Aktivitäten (sich anziehen, waschen, aufstehen, zur Toilette gehen, essen). Der Begriff Langzeitpflege beinhaltet ebenfalls die Hilfe bei den instrumentalen Aktivitäten des täglichen Lebens (Rechnungen bezahlen, Einkäufe tätigen, Essen kochen, Medikamente einnehmen, den Haushalt erledigen). Es darf nicht vergessen werden, dass Institutionen, die Langzeitpflege anbieten, ein Lebensraum sind und deshalb soziale Aktivitäten und angepasste Freizeitgestaltung anbieten müssen.

² WEAVER F., JACCARD-RUEDIN H., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, April 2008.

Der vorliegende Bericht zeigt die Bedürfnisse im Bereich Langzeitpflege und deren Entwicklung auf, sowie die verschiedenen Leistungsangebote im interkantonalen Vergleich. Ausserdem werden für jede Art von Leistung eine Standortbestimmung und Empfehlungen gemacht. Zwei Kapitel sind der Koordination der Strukturen sowie der Pflege- und Ausbildungsqualität gewidmet. Eine Schätzung der Kosten wird am Ende des Dokumentes präsentiert.

2. Die Bedürfnisse und ihre Entwicklung

2.1. Die Alterung der Bevölkerung ist stärker als erwartet

2.1.1 Revision der demografischen Prognosen

Seit 1984 hat das Bundesamt für Statistik (BFS) regelmässig Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung erstellt, um das Wachstum sowie die Entwicklung der Altersstrukturen der Schweizer Bevölkerung zu bestimmen. Methodisch gesehen beinhaltet der Begriff « Bevölkerungsszenario » die Prognosen, die auf den vergangenen Beobachtungen und erarbeiteten Annahmen über künftige Entwicklungen der wichtigsten demografischen Faktoren basieren wie der durchschnittlichen Lebenserwartung, der Anzahl Kinder pro Frau usw.

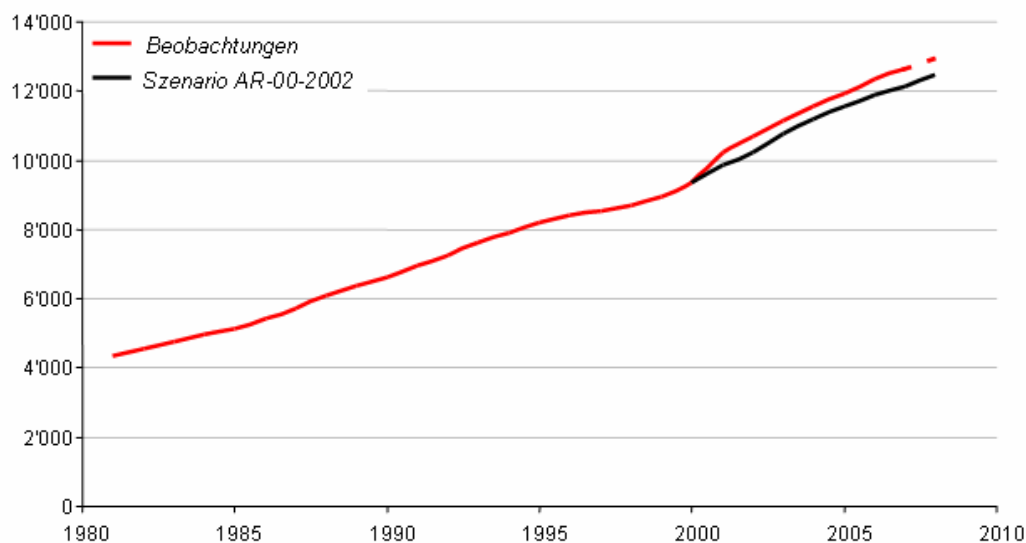
Neue Prognosen

Im Zuge der Aufbereitung der Daten der eidgenössischen Volkszählung von 2000 wurden die Bevölkerungsszenarien nach oben korrigiert. Das BFS geht für das Wallis im Jahr 2013 momentan von 15'512 betagten Personen über 80 Jahre und älter aus, d.h. 1'390 Personen mehr als im Bevölkerungsszenario von 2002, das sich auf die Angaben der eidgenössischen Volkszählung von 1990 stützte. Die vom Staatsrat im August 2005 festgelegte Planung basierte jedoch noch auf den alten Prognosen des BFS. Die neuen kantonalen Prognosen sind erst seit 2008 verfügbar.

Erklärung der Abweichungen

Um die Gründe für diese Abweichungen nachzuvollziehen, haben sich die Verantwortlichen der Dienststelle für Gesundheitswesen am 1. April 2009 mit der Sektion Demografie und Migration des BFS getroffen. Der Hauptgrund liegt darin, dass die Daten der eidgenössischen Volkszählung von 2000 eingebunden wurden. Diese hat ergeben, dass die Anzahl betagter Personen über 80 Jahre und älter höher liegt als in den Prognosen basierend auf der Volkszählung 1990 erwartet. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Entwicklung der Walliser Bevölkerung der über 80-Jährigen.

Abbildung 1 **Entwicklung der Bevölkerung über 80 Jahre im Kanton Wallis, Szenario des BFS und tatsächliche Beobachtungen, 2000–2008**



Quelle: BFS, 2009

Die Daten von 1990 und 2000 sind stammen von den eidgenössischen Volkszählungen. Zwischen den beiden Volkszählungen erstellt das BFS jedes Jahr eine Bevölkerungsbilanz (ESPOP-Statistik). Daher basieren die entsprechenden Daten der Jahre 1991 bis 1999 auf der eidgenössischen Volkszählung von 1990, den jährlichen Daten der natürlichen Bevölkerungsbewegung und der Wanderungsstatistik. Für die Jahre 2001 bis 2008 entspricht die untere Kurve (schwarz) den aufgrund der Volkszählung von 1990 erstellten Vorausschätzungen, während die darüber liegende Kurve (rot) die Prognosen der Volkszählung von 2000 widerspiegelt.

Die für die Jahre 1991 bis 1999 erstellte ESPOP-Statistik unterschätzte die Anzahl der 80-jährigen und älteren Personen. Die Lebenserwartung der 80-Jährigen ist rascher gestiegen als erwartet. Die neuesten demografischen Entwicklungen zeigen sogar, dass seit Ende der 1990er-Jahre vor allem die Lebenserwartung der betagten und hochbetagten Personen angestiegen ist. Die Lebenserwartung der 80-Jährigen stieg bei den Männern von 8,0 auf 8,3 Jahre und bei den Frauen von 10,0 auf 10,4 Jahre.

Die für 2001 und die folgenden Jahre erstellte ESPOP-Statistik berücksichtigt diese Entwicklungen. Die Wachstumsrate wurde nach oben korrigiert. Die Abweichung zwischen den beiden Kurven ist darauf zurückzuführen, dass die Daten der Jahre 1991 bis 1999 unterbewertet wurden.

Anlässlich des Zusammentreffens mit dem BFS wurde auch klargelegt, dass die Abweichungen der Szenarien nicht mit einer Unterschätzung der Anzahl der ins Wallis zugezogenen betagten Personen zusammenhängt. In der Regel ziehen diese im Alter von rund 65 Jahren in unseren Kanton. Folglich sind sie in den demografischen Prognosen über die Entwicklung der Bevölkerung über 80 Jahre berücksichtigt.

Empfehlungen des BFS

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die BFS-Szenarien Prognosen sind und dass kein Modell – und sei es noch so genau erarbeitet – die Zukunft mit Gewissheit voraussagen kann. Deshalb rechnet das BFS immer mehrere Szenarien durch, um über eine glaubwürdige Spannweite der künftigen Bevölkerungsentwicklung unserer Gesellschaft zu verfügen. Das « Referenzszenario » oder « mittlere Szenario », das für diesen Bericht verwendet wurde, widerspiegelt die wahrscheinlichste Entwicklung oder den derzeitigen Trend.

Das BFS erstellt regelmässig ein so genanntes « hohes » und ein « tiefes » Szenario, die auf anderen Hypothesen basieren. Hätte die sozialmedizinische Planung von 2005 das höhere anstelle des mittleren Szenarios verwendet, wäre die Anzahl der betagten 80-jährigen und älteren Personen für 2013 nicht unterbewertet worden. Um über ein breiteres Spektrum von Zahlen zu verfügen, wird empfohlen, bei künftigen Entscheidungen der Planung das « tiefe » sowie das « hohe » Szenario ebenfalls zu berücksichtigen.

Das BFS rät auch dazu, regelmässig die neuesten Bevölkerungsszenarien zu konsultieren, die fortan jedes Jahr veröffentlicht werden. Damit kann die sozialmedizinische Politik des Kantons besser geplant werden.

2.1.2 Lebenserwartung

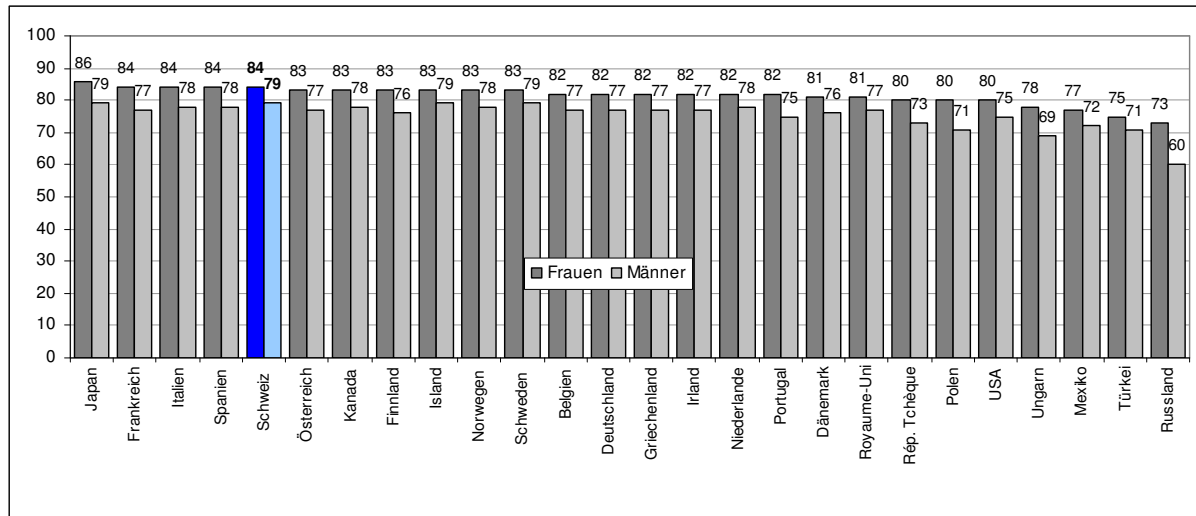
Dank dem medizinischen Fortschritt hat sich die Lebenserwartung bei der Geburt³ in den letzten 50 Jahren markant erhöht. In der Schweiz betrug sie 2008 für Männer 79,5 Jahre und für Frauen 84,2 Jahre. Dies entspricht seit den 1950er-Jahren einer Zunahme von 13 Jahren bei den Männern und 13,3 Jahren bei den Frauen. Diese Tendenz lässt für die kommenden Jahre eine Zunahme der betagten Menschen annehmen – vor allem bei den Menschen des « 4. Alters » (80-jährige und älter).⁴

Wie die folgende Abbildung zeigt, gehört die Schweiz zu den Ländern mit der höchsten Lebenserwartung bei der Geburt.

³ Die Lebenserwartung bei der Geburt repräsentiert die durchschnittliche zu erwartende Lebensdauer einer fiktiven Generation unter der Voraussetzung, dass die in einem bestimmten Kalenderjahr bestehenden altersspezifischen Sterbeziffern während des ganzen Lebens konstant bleiben.

⁴ WANDERS A.-C., VUILLE A., CALOT G. et al., *Scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060*, Bulletin d'information démographique, n° 1+2, Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 2001.

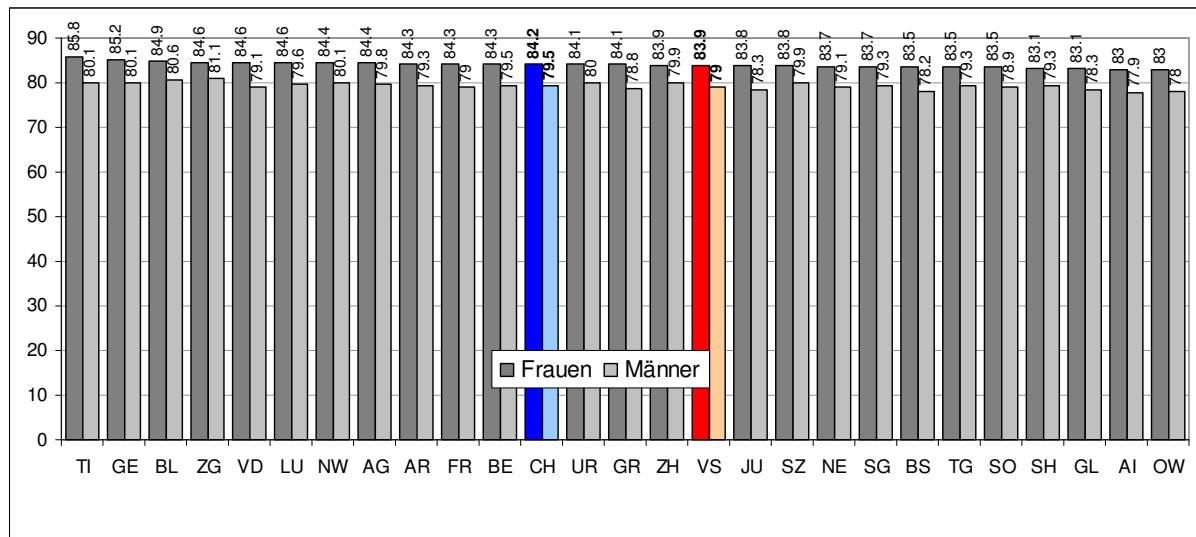
Abbildung 2 **Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, internationaler Vergleich, 2006**



Quelle: Weltgesundheitsorganisation, 2010

Mit einer Lebenserwartung von 83,9 Jahren bei den Frauen und 79 Jahren bei den Männern befindet sich das Wallis leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Abbildung 3 **Lebenserwartung bei der Geburt, in Jahren, interkantonaler Vergleich, 2008**



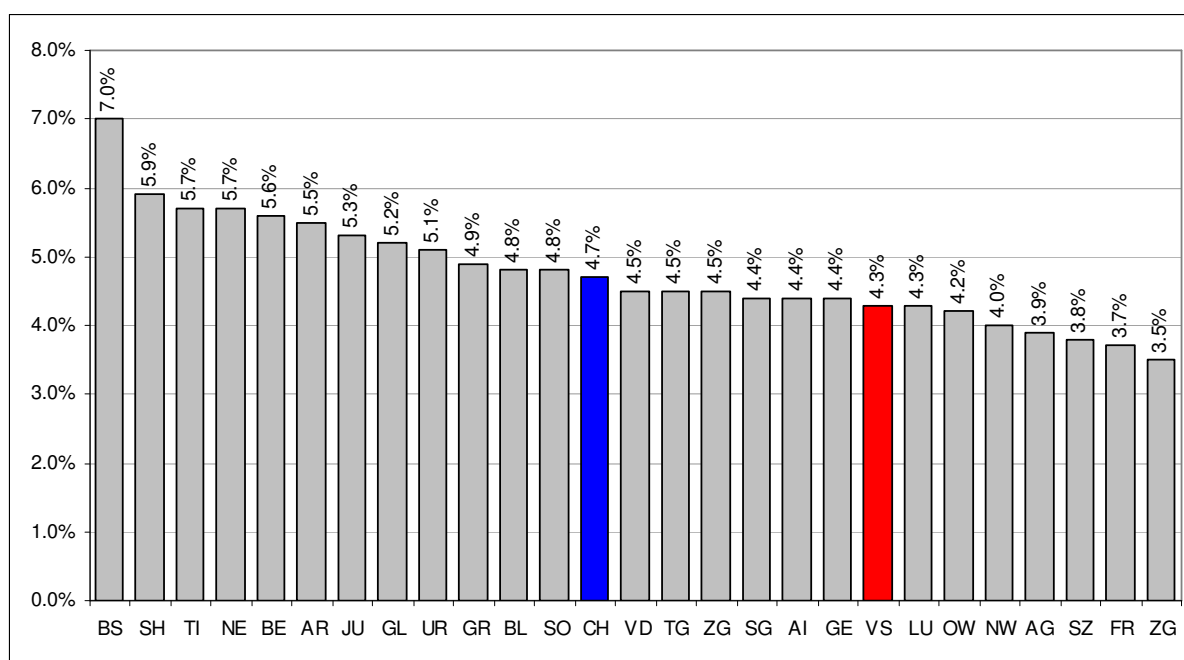
Quelle: BFS, 2009

2.1.3 Bevölkerung über 80 Jahre

Das Wallis liegt unter dem schweizerischen Durchschnitt

Im Wallis waren 2008 13'047 Personen 80 Jahre alt oder älter, was 4,3% der kantonalen Bevölkerung entspricht. Das ist weniger als der schweizerische Durchschnitt, der bei 4,7% liegt. Der Kanton Basel-Stadt hat die verhältnismässig höchste Anzahl Einwohner dieser Altersstufe.

Abbildung 4 Personen, die 80 Jahre oder älter sind, in Prozenten der Bevölkerung, pro Kanton, 2008



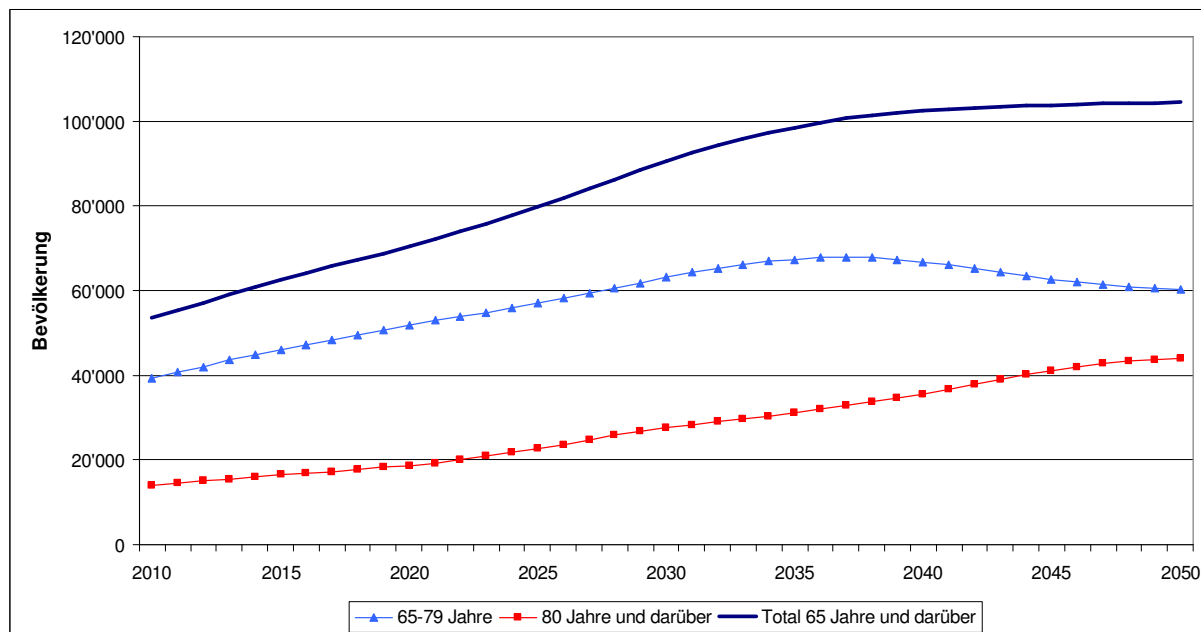
Quelle: BFS, 2009

Im Jahr 2050 werden im Wallis mehr als 44'000 Personen 80 Jahre oder älter sein

Die Langzeitprognosen zeigen, dass die Walliser Bevölkerung weiter altern wird. Bis zum Jahr 2035 wird die kinderreiche « Baby-Boom-Generation » das Rentenalter erreichen und zudem eine erhöhte Lebenserwartung haben. Gemäss den letzten Prognosen des BFS (April 2009) wird sich 2050 die Bevölkerung über 80 Jahre in unserem Kanton verdreifachen und die 44'000-Personen-Grenze überschreiten.

Die Bevölkerung zwischen 65 und 79 Jahre wird bis in die zweite Hälfte der 2030er-Jahre weiter zunehmen und danach wieder abnehmen. Der Bevölkerungsanteil der 80-Jährigen und Älteren wird hingegen weiter zunehmen.

Abbildung 5 **Demografische Prognosen für die 65- bis 79-Jährigen und die über 80-Jährigen, Wallis 2010–2050**



Quelle: BFS, gemäss Szenario AR-00-2005/09

2.2. Die Pflegebedürftigkeit

Die Alterung der Bevölkerung stellt ein echtes Problem für das Gesundheitswesen dar, weil dadurch neue Bedürfnisse entstehen, an die sich das Gesundheitssystem anpassen muss. Das demografische und epidemiologische Gleichgewicht wird durcheinander gebracht und ist eine grosse Herausforderung für die Walliser Gesundheitspolitik.

2.2.1 Definition und Ausgangslage

Die Pflegebedürftigkeit oder Funktionseinschränkung⁵ wird als Unfähigkeit zur selbständigen Verrichtung alltäglicher Aufgaben definiert, wie beispielsweise Einkäufe erledigen oder sich waschen, ohne dabei Hilfe von Drittpersonen in Anspruch zu nehmen. Sie entsteht durch das Auftreten einer oder mehrerer Krankheiten wie der ischämischen Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Diabetes, Sehbehinderung, Blindheit, Arthrose, chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie, kognitiver Störungen, Demenz oder Depression. Nicht alle Menschen altern gleich. Der Gesundheitszustand kann bei einigen bis ins hohe Alter sehr gut sein, während bei anderen die Auswirkungen chronischer Krankheiten zur Pflegebedürftigkeit oder zum Tod führen.

Gemäss der Studie von Höpflinger und Hugentobler⁶ liegt der Prozentsatz betreffend Pflegebedarf für alle Personen über 65 Jahre in der Schweiz derzeit zwischen 10 und 11,5%. Zwischen 65 und 79 Jahren benötigen weniger als 10% Pflege; zwischen 80 und 84 Jahren sind es mindestens 20% und ab 85 Jahren sind es mehr als 33%. Auf die Walliser

⁵ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionelle des personnes âgées*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, November 2007.

⁶ HÖPFLINGER, F., HUGENTOBLER V., *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber; Bern 2005.

Bevölkerung übertragen, bedeutet dies, dass 2008 in unserem Kanton zwischen 5'000 und 7'000 auf Langzeitpflege angewiesene betagte Menschen lebten.

2.2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf die Entwicklung der Langzeitpflege wird von der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit abhängen, diese wird ihrerseits vom medizinischen Fortschritt, der Lebensweise sowie den Massnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Prävention und zur Rehabilitation beeinflusst.

Faktoren, welche die Anzahl Lebensjahre bei schlechter Gesundheit senken

Zwischen 1980 und 2000 stiegen in unserer Gesellschaft die Anzahl Lebensjahre in guter Gesundheit bei den Frauen um 5 Jahre und bei den Männern um 4 Jahre. Gleichzeitig verkürzte sich die Zeitspanne der gesundheitlichen Probleme, die zu einer Pflegebedürftigkeit führten, bei den Frauen um 2 Jahre und bei den Männern um 6 Monate.⁷

Wenn sich diese Tendenz stabilisiert, wird die Anzahl der betagten pflegebedürftigen Menschen zwischen 2000 und 2020 voraussichtlich um einen Drittel ansteigen. Gemäss den Experten wird die Anzahl der Lebensjahre bei schlechter Gesundheit dank medizinischer Fortschritte, der Rehabilitationsmassnahmen und der Abnahme der berufsbedingten Gebrechen abnehmen. Die Experten gehen davon aus, dass die Anzahl Personen, die an einer Funktionseinschränkung leiden, zwischen 2000 und 2020 höchstens 20% betragen wird.

Eine ungewisse Entwicklung

Diese Entwicklung bleibt jedoch ungewiss. Wie das BFS in einem kürzlich erschienenen Bericht⁸ feststellt, gibt es nur einen schwachen Konsens über die künftige Entwicklung. Aufgrund der gemachten Beobachtungen jüngerer Altersklassen sollte sich die Anzahl Lebensjahre bei schlechter Gesundheit bis 2015 zurückgehen, ehe sie sich einpendelt, um dann aufgrund der zunehmenden Fettleibigkeit wieder anzusteigen. Die Folgen der Fettleibigkeit könnten einem Verlust von 2.8 Lebensjahren in guter Gesundheit entsprechen.

Zunahme der Multimorbidität

Verschiedene Studien⁹ befassen sich mit der zunehmenden Ausbreitung der Multimorbidität. Durch die Spitzenmedizin können gewisse Krankheiten frühzeitig erkannt und entsprechend behandelt werden. Gewisse tödliche Krankheiten werden so zu chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes, grüner Star, Bluthochdruck, Rheuma). Im fortgeschrittenen Alter werden chronisch kranke Menschen häufig mit mehreren, gleichzeitig auftretenden, gesundheitlichen Problemen konfrontiert. Die Häufung mehrerer Krankheiten schränkt die Selbstständigkeit der betroffenen Personen ein und das Risiko steigt stark an, im Falle einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes pflegebedürftig zu werden.

⁷ HÖPFLINGER F., HUGENTOBLE V., *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern, 2003.

⁸ SEEMATTER-BAGNOUD L. et al., *Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz*, Bundesamt für Statistik, 2009

⁹ WEAVER F., JACCARD-RUEDIN H., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, April 2008. Bericht des Bundesrates, *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik*, 29. August 2007, Seite 10.

2.2.3 Bedeutung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Die in der Schweiz erstellten Studien¹⁰ zeigen, dass bei der Betreuung betagter Personen Verbesserungspotenzial besteht – sei dies in Form einer besseren Risikoerkennung oder durch eine verbesserte Therapien für Krankheiten, die eine Pflegebedürftigkeit hervorrufen. Dabei sind die Unterstützung von Präventionsmassnahmen und Gesundheitsförderung besonders wichtig. Diese begünstigen ein gesünderes Verhalten, besonders was Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum betrifft. Bei betagten Personen können gezielte Massnahmen, angepasst an ihre Besonderheiten, sowie eine integrierte medizinische Betreuung dazu führen, dass die Langzeitfolgen vorhandener chronischer Krankheiten verlangsamt oder verhindert werden können. Um einen raschen Bedürfnisanstieg zu verhindern, sind diese Massnahmen unabdingbar. Das verlangt eine Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik, die auf die Besonderheiten der betagten Menschen zugeschnitten und in die tägliche Praxis integriert ist.

Präventive Hausbesuche

Es wurde aufgezeigt, dass präventive Hausbesuche bei den über 80-Jährigen, die Unabhängigkeit über einen Zeitraum von drei Jahren um zwei Monate verlängerten.¹¹ Es geht dabei nicht nur darum, eine gesunde Lebensweise zu fördern, sondern auch um die Erkennung medizinischer Risikofaktoren wie Bluthochdruck (Hypertonie), Diabetes oder finanzieller und sozialer Schwierigkeiten (Isolation).

Integrierte Betreuung

Menschen, die zwar an verschiedenen chronischen Krankheiten leiden, aber noch selbstständig sind, sollten von einer integrierten Betreuung profitieren können, die darauf abzielt, die verschiedenen Risiken zu erkennen und die zugrunde liegenden Krankheiten individuell zu versorgen. Diese komplexen Ansätze erfordern eine Abklärung der Gesamtsituation jedes einzelnen Patienten und die Ausarbeitung einer koordinierten und an die Bedürfnisse angepassten Betreuung.

Pflegebedürftige polymorbide Personen sollen von einer Rehabilitationspflege profitieren können, die das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit zu verlangsamen sucht. Dazu muss das Angebot der Rehabilitationspflege erweitert und vielseitiger gestaltet werden, indem Formen der ambulanten Rehabilitation entwickelt werden, die eine bessere an das tägliche Leben der betagten Personen angepasste Betreuung ermöglicht. Die Geriatriespezialisten¹² empfehlen eine mehrdimensionale Betreuung der betagten Patienten in allen Abteilungen sowie eine bessere Koordination der Pflege, besonders zwischen den Spitälern und den anderen Betreuungsstrukturen, z.B. in Form eines Netzwerkes.

¹⁰ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, November 2007.

¹¹ BÜLA C., MICHEL J.-P., *Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude: comment faire face au vieillissement démographique*, Revue Médicale Suisse, Nr.-3085, November 2006.

¹² BÜLA C., MICHEL J.-P., *Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude: comment faire face au vieillissement démographique*, Revue Médicale Suisse, Nr.-3085, November 2006.

2.3. Die Problematik der Demenzerkrankungen

Demenzerkrankungen gehören zu den Krankheiten, die zu Pflegebedürftigkeit führen. Man geht davon aus, dass die Hälfte der pflegebedürftigen betagten Personen an Demenz erkrankt ist.¹³ Diese Krankheiten, die vor allem im fortgeschrittenen Alter vorkommen, erfordern eine besondere Betreuung und verdienen besondere Beachtung.

2.3.1 Definition und Ausbreitung

Symptome

Von Demenz spricht man, sobald die kognitiven Verluste die Aktivitäten des täglichen Lebens einer erkrankten Person bedeutend beeinträchtigen.¹⁴ Neben der Gedächtnisstörungen treten andere Probleme auf, wie Sprachschwierigkeiten, Schwierigkeiten Personen wiederzuerkennen, zeitliche und örtliche Desorientierung, Probleme beim Planen und Organisieren der gewohnten täglichen Aktivitäten. Das Urteilsvermögen und die Fähigkeit Probleme zu lösen sind oft beeinträchtigt. Der Kranke ist sich dieser Schwierigkeiten normalerweise nicht bewusst, was die Betreuung erschwert. Neben dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten treten auch Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen auf wie beispielsweise Unruhe, Aggressivität, Motivationsverlust, Apathie, Misstrauen, Halluzinationen oder Wahnideen.

Arten der Demenz

Die Alzheimerkrankheit ist die häufigste Form der Demenz (ca. 50% der Erkrankungen), gefolgt von der vaskulären Demenz (ca. 20% der Erkrankungen) und Mischformen (Alzheimer und vaskulär). Danach folgen andere Demenzarten wie die Frontallappen-Demenz, Demenz mit Lewy Body und andere, seltenere Formen der Demenz.¹⁵ Diese verschiedenen Formen der Demenz äussern sich in klinischen Symptomen und werden mit verschiedenen Behandlungsmethoden therapiert.

Ein fortschreitender Verlauf

Der Verlauf der Demenz ist trotz unterschiedlicher klinischer Merkmale immer von fortschreitenden kognitiven Fähigkeitsverlusten, Verhaltensstörungen und Pflegebedürftigkeit geprägt. Die Symptome variieren von Fall zu Fall, je nach Vorerkrankungen, Alter und allgemeinem Gesundheitszustand.

Im Durchschnitt entwickelt sich die Alzheimerkrankheit über zehn Jahre. Am Anfang braucht der Betroffene nur punktuelle Hilfe bei der Bewältigung komplizierter Tätigkeiten. Er vergisst Termine und neue Informationen. Nach und nach wird auch Alltägliches zum Problem. Das Zeitempfinden geht verloren und der Kranke vergisst beispielsweise, was er am Morgen getan hat. Im mittleren Krankheitsstadium kann der Betroffene Alltägliches (sich waschen, anziehen, essen usw.) nur noch unter Anwesenheit und Anleitung einer Person aus seinem Umfeld erledigen. Er kann selbst in vertrauter Umgebung desorientiert sein und es treten Verständnisprobleme auf. Im fortgeschrittenen Stadium erkennt der Kranke vertraute Personen nicht mehr und kann sich nicht mehr ausdrücken. Der Kranke wird oft inkontinent,

¹³ HÖPFLINGER F., HUGENTOBLER V., *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern, 2003.

¹⁴ Schweizerische Alzheimervereinigung, *Demenz – Diagnose, Behandlung und Betreuung. Schweizer Experten empfehlen*, 2008.

¹⁵ Quelle: Schweizerische Alzheimervereinigung, www.alz.ch

komplett abhängig und manchmal bettlägerig. Der Kranke ist anfällig für Infektionen, die oftmals zum Tod führen.

Die Mortalitäts- und Todesursachenstatistik des BFS zeigt, dass die Anzahl Todesfälle durch Demenzerkrankungen pro 100'000 Einwohner zwischen 2000 und 2007 bei den Männern von 18,9 auf 22,8 und bei den Frauen von 19,4 auf 26,4 angestiegen ist.

Mehr als 100'000 Menschen mit Demenz in der Schweiz

Man geht davon aus, dass es in der Schweiz mehr als 100'000 Demenzkranke gibt, und jedes Jahr kommen 24'700 neue Fälle dazu.¹⁶ Die genauen Faktoren, die zu einer Demenzerkrankung führen, sind nicht bekannt. Wissenschaftler nehmen an, dass es sich um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren handelt, wovon ein wichtiger das Alter ist. Unter 60 Jahren ist das Risiko gering, an Demenz zu erkranken. Danach verdoppelt es sich jedoch alle fünf Jahre.¹⁷ Aufgrund der demografischen Alterung sind die Hochrechnungen für die Anzahl Demenzkranker in den kommenden Jahre alarmierend.

4'000 Menschen mit Demenz im Wallis

Eine 2004 durchgeführte Umfrage der Schweizerischen Alzheimervereinigung¹⁸ ergab, dass zwei Drittel der Demenzkranken zu Hause wohnen. In einem mittleren oder fortgeschrittenen Stadium brauchen mehr als die Hälfte der Demenzkranken täglich Hilfe oder gar Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Die Schweizerische Alzheimervereinigung hat die Daten für das Jahr 2008 aktualisiert. Die Tabelle unten zeigt die Ergebnisse dieser Studie für die Walliser Bevölkerung. Folglich lebten 2008 ungefähr 4'000 Demenzkranke im Wallis, wovon 1'600 in einer Institution untergebracht worden sein müssten. Von den 2'400, die zu Hause betreut werden können, wären 1'400 auf tägliche oder dauernde Pflege angewiesen gewesen.

Abbildung 6 Anzahl Demenzkranker und Art der Betreuung, Schweiz und Wallis, 2008

	Schweiz	Wallis
Ständige Wohnbevölkerung	7'701'856	303'241
Personen mit Demenz	102'560	4'038
In Institutionen betreute Personen	41'024	1'615
Zu Hause lebende Personen	61'536	2'423
Zu Hause mit täglicher Pflege	28'922	1'139
Zu Hause mit Pflege 24h/24	6'154	242

Quelle: DGW gemäss Angaben der Schweizerischen Alzheimervereinigung, 2009

¹⁶ Quelle: Schweizerische Alzheimervereinigung, www.alz.ch

¹⁷ Schweizerische Alzheimervereinigung, *Demenz – Diagnose, Behandlung und Betreuung. Schweizer Experten empfehlen*, 2008.

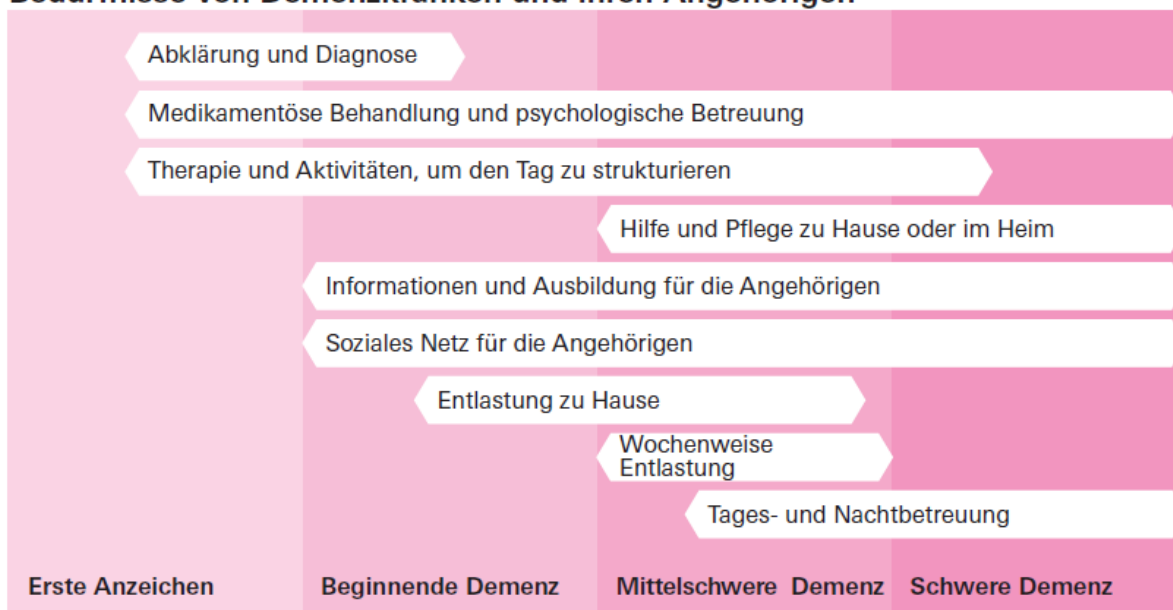
¹⁸ Schweizerische Alzheimervereinigung, *Leben mit Demenz in der Schweiz – Eckdaten 2. aktuelle Versorgung*, 2004.

2.3.2 Besondere Betreuung von Demenzkranken

Die Wandelbarkeit der Demenzerkrankungen erfordert eine spezifische Betreuung, die verschiedene Aspekte beinhaltet: Gedächtnisstörungen, Funktionsverlust, psychologische Symptome und Verhaltensänderungen, Mehrfacherkrankungen, psychosoziale Bedürfnisse und die Bedürfnisse der Angehörigen. Die Betreuung findet auf multidisziplinärer Ebene statt und muss ständig angepasst werden. Das Angebot muss global ausgerichtet sein, damit die Lebensqualität der Patienten und der pflegenden Angehörigen optimiert werden kann.

Abbildung 7 **Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen während des Krankheitsverlaufs**

Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen



Krankheitsverlauf bei Alzheimer

Quelle: Schweizerische Alzheimervereinigung, *Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen*, April 2009

Medikamentöse Behandlung und psychosoziale Massnahmen

Nach aktuellem Wissensstand kann man Demenzkrankheiten weder heilen noch stoppen. Es gibt aber verschiedene Medikamente, welche die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten und den Funktionsverlust verlangsamen und Verhaltensstörungen markant verbessern. Eine sorgfältige Diagnose ermöglicht eine gute medikamentöse Behandlung und eine auf die kranke Person abgestimmte Pflege.

Es gibt viele und weitreichende psychosoziale Betreuungsmöglichkeiten. Hierzu zählen beispielsweise die Hilfe bei der Bewältigung des Alltags, die Anpassung der Räumlichkeiten (innen und aussen), Hilfestellung und Entlastungspausen, Angehörigengruppen, Familien- oder Einzeltherapien, die eine wichtige Rolle in der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten und der pflegenden Angehörigen spielen. Ergänzend zu den medikamentösen Behandlungen können damit psychische Probleme, die mit der Demenz zusammenhängen (Depression, Angst, Halluzinationen, Verhaltensstörungen), verhindert oder behandelt werden. Das Wohlergehen der Betroffenen und das ihres Umfelds wird erheblich verbessert

und die Betreuung zu Hause kann dadurch verlängert werden. Diese Art von Massnahmen muss mit Hilfe eines multidisziplinären Teams umgesetzt werden.

Früherkennung ist wichtig

Spezialisten betonen die Wichtigkeit der Früherkennung, damit man mit einer entsprechenden Behandlung beginnen kann, bevor die Symptome zu ausgeprägt sind. So kann man dem Umfeld die Krankheit erklären und Gegenmassnahmen ergreifen. Dies umso mehr als sich die Symptome zu Beginn schleichend zeigen und sich der Patient seiner Schwierigkeiten meistens nicht bewusst ist. Erklärt man den Angehörigen, dass Verhaltensänderungen Teil der Krankheit sind, können sie besser damit umgehen. Für den Patienten und sein Umfeld kann eine spezifische Begleitung organisiert werden. Sicherheitsvorkehrungen können getroffen werden und der Patient kann persönliche Vorbereitungen treffen – und zwar in einem Stadium, indem er noch dazu in der Lage ist. Leider werden aktuell nur ein Drittel aller Demenzerkrankungen diagnostiziert.¹⁹

Schulung des Personals und der Angehörigen

Verhaltensstörungen infolge der Demenz (störendes Verhalten, Schwierigkeiten, seine Bedürfnisse auszudrücken, örtliche und zeitliche Desorientierung, Angst, Unruhe, Aggressivität usw.) erfordern komplexe Pflege und spezifische Kenntnisse, um eine angepasste Betreuung zu gewährleisten. Das Personal, das sich um betagte Menschen mit Demenz kümmert, muss von spezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten profitieren können, damit eine auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten abgestimmte Pflege angeboten werden kann.

Die pflegenden Angehörigen müssen ihrerseits auf den Rat von speziell ausgebildetem Personal zählen können. Die Angehörigen betagter Personen besser zu schulen, zu unterstützen und zu betreuen, wird für die Zukunft wegweisend sein. Die Angehörigen leisten bereits einen beträchtlichen Teil informeller Pflege, die die formelle Pflege ergänzt und diese manchmal ersetzt, vor allem zu Hause.

Möglichkeiten bieten, die pflegenden Angehörige zu entlasten

Gemäss der vorher erwähnten Umfrage der Schweizerischen Alzheimervereinigung wohnen zwei Drittel der Demenzkranken dank der Unterstützung ihrer Angehörigen zu Hause. Mehr als die Hälfte dieser Demenzkranken befinden sich im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium und brauchen tägliche Hilfe oder eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. In diesem Stadium ist die Betreuung zu Hause durch Angehörige nur möglich, wenn die Angehörigen regelmässig tage- und wochenweise abgelöst werden.

Je weiter die Krankheit fortschreitet, desto weniger Ruhepausen finden die pflegenden Angehörigen. Sie können die Nacht nicht mehr durchschlafen, was zu Erschöpfung führt und eine Hospitalisierung notwendig machen kann. Der Demenzkranke muss dann ebenfalls untergebracht werden. Die Umfragen der Schweizerischen Alzheimervereinigung haben aufgezeigt, dass zwei Drittel der Angehörigen selbst gesundheitliche Probleme haben.

Von entscheidender Wichtigkeit ist daher, dass den Angehörigen Entlastungsmöglichkeiten angeboten werden, um einen frühzeitigen Eintritt in ein APH zu verhindern. Gesundheitliche Probleme der Angehörigen sollen damit ebenfalls verhindert werden.

Präventionsmassnahmen

¹⁹ Schweizerische Alzheimervereinigung, *Leben mit Demenz in der Schweiz – Eckdaten 2. Aktuelle Versorgung*, 2004.

Nach aktuellem Wissensstand sind die Präventionsmöglichkeiten beschränkt. In der Literatur wird eine gesunde Lebensweise erwähnt. Sie soll die kardio-vaskulären Risikofaktoren vermindern, die bei gewissen Formen der Demenz eine Rolle spielen.²⁰

Körperliche Betätigung

Gemäss einer Studie²¹ können Personen, die sich mindestens dreimal pro Woche körperlich betätigen (Laufen, Fahrradfahren, Gymnastik oder Betreiben einer anderen Sportart während mindestens 15 Minuten), das Risiko einer Demenzerkrankung um fast 40% senken. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass die körperlich Aktiven generell eine gesündere Verhaltensweise an den Tag legen und dass die körperliche Betätigung nicht die einzige Erklärung dafür ist.

Gedächtnistraining

Bei Erwachsenen ohne kognitive oder funktionelle Störungen kann mit Gedächtnistraining eine Verbesserung der kognitiven Leistungen (Gedächtnis, Urteilsvermögen) herbeigeführt werden, die noch zwei Jahre nach der Massnahme anhält.²²

Freizeitaktivitäten

Eine kürzlich vom Inserm²³ durchgeführte Studie²⁴, hat gezeigt, dass alte Menschen, die regelmässig intellektuell stimulierende Freizeitaktivitäten betreiben, das Risiko, an Demenz zu erkranken, um 50% senken können. Zu den intellektuell stimulierenden Freizeitaktivitäten gehören: Kreuzworträtsel lösen oder Karten spielen, sich in Vereinen engagieren, ins Kino oder ins Theater gehen, sich künstlerisch betätigen. Die Studie zeigt ebenfalls auf, dass Personen, die diese Aktivitäten mindestens zweimal pro Woche ausüben, zweimal weniger anfällig sind, an Demenz zu erkranken als diejenigen, die dies nur einmal pro Woche tun.

3. Betreuung: Definitionen und interkantonale Vergleiche

Die Komplexität der Betreuung betagter Personen nimmt mit dem Abhängigkeitsgrad zu. Sie beruht in erster Linie auf der informellen Hilfe durch Angehörige oder Nachbarn, aber auch durch freiwillige Helfer, mit der Unterstützung sozial engagierter Verbände wie der Alzheimervereinigung oder Pro Senectute. Je grösser der Pflegebedarf wird, umso notwendiger wird die Inanspruchnahme von formellen Hilfs- und Pflegestrukturen. Bei diesen formellen Strukturen unterscheidet man zwischen verschiedenen Leistungstypen, die von der Betreuung zu Hause bis zur Unterbringung in einem APH reichen.

3.1. Informelle Hilfe: Merkmale und Entwicklung

Die informelle Hilfe kommt aus dem gesamten Umfeld der betagten Person (Ehepartner, Familie, Freunde, Nachbarn usw.), dank deren Unterstützung eine Betreuung zu Hause möglich ist. Die Bedeutung der informellen Hilfe wird oft unterschätzt, obwohl sie die erste Stufe der Betreuung einer pflegebedürftigen Person ist. Durch sie werden der Zugriff auf formelle Strukturen (APH, SMZ usw.) hinausgezögert und wichtige Einsparungen für das Gesundheitssystem erzielt.

²⁰ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, November 2007.

²¹ LARSON E.B. et al., *Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older*. Annals of Internal Medicine, 17. January 2006, 144(2), S. 73-81.

²² Bail K., 2002.

²³ Inserm : Institut national français de la santé et de la recherche médicale.

²⁴ AKBARALY T.N. et al., *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: Results from the Three-City Study*, Neurology, 2009, 73, S.854-861.

Bedeutung der informellen Hilfe

Experten²⁵ haben die Bedeutung der informellen Hilfe aufgezeigt. In der Schweiz profitieren 8% der betagten Personen zwischen 75 und 79 Jahren davon. Das Verhältnis steigt auf 14% für die Altersstufe der 80- bis 84-Jährigen und auf 23% für die über 85-Jährigen.

Die informelle Hilfe wird oft mit der formellen Hilfe kombiniert. Mehr als 69% der Personen, die auf Leistungen von Spitex-Organisationen zurückgreifen, erhalten ebenfalls eine informelle Hilfe durch ihr soziales Netzwerk (Familienmitglieder, Bekannte, Nachbarn).

Wer erbringt informelle Hilfe?

Die informelle Hilfe kommt hauptsächlich von Ehepartnern oder Töchtern der Erkrankten. Bei der Altersstufe zwischen 65 und 79 Jahren kommt die Hilfe grösstenteils von den Ehepartnern (43%) und von den Töchtern (35%). Bei den 80-Jährigen und Älteren ist die Situation genau umgekehrt (41% der informellen Hilfe kommt von den Töchtern, 28% von den Ehepartnern), denn die Wahrscheinlichkeit in diesem Alter verwitwet zu sein liegt höher.

Die informellen Helfer sind also oftmals betagte Menschen (Ehepartner). Man geht davon aus, dass 50% davon älter als 60 Jahre sind und 36% älter als 70 Jahre.²⁶ Aufgrund ihres Alters sind sie selbst anfällig für gesundheitliche Probleme.

Einsparung für das Gesundheitssystem

Würde diese informelle Hilfe durch qualifiziertes Personal erbracht, entspräche das etwa einer Lohnsumme von 1,7 Milliarden Franken (Angaben 2000).²⁷ Andere Studien zeigen auf, dass die informelle Hilfe bis zu 70% der Kosten für die Betreuung einer Person zu Hause²⁸ ausmachen kann. Für das Gesundheitssystem stellt die informelle Hilfe eine wichtige Quelle für Einsparungen dar.

Entwicklung schwer voraussehbar

Für die Zukunft rechnen die erwähnten Experten damit, dass die potenzielle informelle Hilfe der Ehepartner steigt, während die potenzielle Hilfe der Töchter abnimmt. Die steigende Lebenserwartung der Männer führt eventuell zu einer Zunahme der von ihnen geleisteten informellen Hilfe. Die Hilfe der Töchter wird hingegen voraussichtlich aus folgenden Gründen abnehmen:

- die Anzahl Kinder pro Familie sinkt;
- die Distanz zwischen dem Wohnort der Kinder und der Eltern wird tendenziell grösser;
- der Anteil der berufstätigen Frauen steigt, wodurch sie weniger Zeit für die Betreuung ihrer Eltern haben.

Die Entwicklung der Anzahl Scheidungen und Trennungen, der Einbezug der Söhne in die medizinische Versorgung und die Tendenz, später Kinder zu kriegen, erschweren Prognosen zur Entwicklung der gesamten informellen Hilfe in den nächsten Jahrzehnten.

²⁵ HÖPFLINGER, F., HUGENTOBLER V., *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber; Bern 2005.

²⁶ Schweizerische Alzheimervereinigung.

²⁷ SCHIESS U., SCHÖN-BÜHLMANN J., *Satellitenkonto Haushaltsproduktion: Pilotversuch für die Schweiz*. Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 2004.

²⁸ VOLZ A., MONSCH A.U., ZAHNO A., WETTSTEIN A., et al., *Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine präliminäre Analyse*, Praxis 2000, Nr 89:803-12.

3.2. Formelle Hilfsstrukturen: Definitionen

3.2.1 Pflegeleistungserbringer gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung, genauer gesagt die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, Art. 7), umschreibt die Leistungen der Versicherung, die auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden, wie folgt:

- Abklärung des Pflegebedarfs und Beratung des Patienten;
- Untersuchungen und Behandlungen;
- Massnahmen der Grundpflege, d.h.
 - Allgemeine Grundpflege bei pflegebedürftigen Patienten (Körperpflege, Mobilität, Hygiene, Anziehen, Verpflegung usw.);
 - Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung.

Leistungsberechtigt sind:

- a) Alters- und Pflegeheime (APH);
- b) Organisationen der Krankenpflege und der Hilfe zu Hause (Spitex);
- c) selbstständig tätige Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

3.2.2 Leistungserbringer im sozialmedizinischen Bereich gemäss Bundesstatistiken

Spitex-Statistik

Die Spitex-Statistik des BFS bezeichnet solche Organisationen als Spitex-Organisationen, die mit ihren Dienstleistungen das Wohnen und Leben zu Hause für Menschen aller Altersgruppen fördern, unterstützen und ermöglichen, die der Hilfe, Pflege, Betreuung, Begleitung und Beratung bedürfen.

Die Spitexleistungen lassen sich in kassenpflichtige (siehe oben) und nichtkassenpflichtige Leistungen unterteilen. Nichtkassenpflichtig sind hauswirtschaftliche Leistungen (Haushalt, Wäsche, Einkauf usw.). Hier legen die Organisationen die Preise fest.

Die Statistik umfasst sowohl die privatrechtlich-gemeinnützigen wie auch die öffentlich-rechtlichen Spitex-Organisationen. Die privatrechtlich-gemeinnützigen Organisationen werden in der Statistik nicht berücksichtigt, da die gesetzlichen Grundlagen fehlen. Im Wallis nehmen alle SMZ sowie die Kinderspitex an der Datenerhebung teil. Das Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile gehörte bis Ende 2009 ebenfalls dazu. Seit dem 1. Januar 2010 gehört es zum Gesundheitsnetz Wallis (GNW).

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen

Die Statistik des BFS zu den sozialmedizinischen Institutionen beinhaltet Altersheime, Pflegeheime (oder sozialmedizinische Einrichtungen), Institutionen für Behinderte, Suchtkranke und Personen mit psychosozialen Problemen. Wir gehen hier nur auf die beiden ersten Arten von Strukturen ein, die in der Statistik des BFS wie folgt beschrieben werden:

- Altersheime: Institutionen, die sich um Betagte kümmern, die Aufsicht, Unterstützung oder auch Pflege benötigen. Diese Institutionen sind nicht berechtigt, Leistungen zu Lasten des KVG (Art. 39 Abs. 3) zu erbringen und in Rechnung zu stellen. Im Wallis gibt es diese Art von Institutionen nicht mehr.
- Pflegeheime oder sozialmedizinische Zentren (APH): Institutionen, die pflegebedürftige und/oder chronischkranke Betagte betreuen. Diese Institutionen sind berechtigt, langfristig Leistungen zu Lasten des KVG zu erbringen. Die Aktivitäten der geriatrischen Kliniken sind in dieser Kategorie nicht enthalten.

Die Statistik des BFS unterscheidet auch zwischen Langzeit- und Kurzzeitplätzen.

3.2.3 Sozialmedizinische Leistungserbringer im Wallis

2009 gab es im Wallis:

- 6 Sozialmedizinische Regionalzentren (SMRZ), die 19 Sozialmedizinische Zentren (SMZ) umfassen;
- eine private Spitex-Organisation für Kinder im Oberwallis (Kinderspitex);
- ein Zentrum für Palliativpflege im Zentralwallis (Centre François-Xavier Bagnoud de soins palliatifs à domicile) ;
- 60 unabhängige Pflegefachpersonen;
- 13 Tagesstrukturen, wovon 7 an ein APH angegliedert sind, 1 durch ein SMZ geleitet wird und 5 unabhängig arbeiten;
- 43 APH mit 2'639 Langzeitbetten und 21 Kurzaufenthaltsbetten.

Abbildung 8 Sozialmedizinische Leistungserbringer im Wallis 2009

LEISTUNGEN	LEISTUNGSERBRINGER			
	Pflegefachpersonen	Organisationen, die Pflege und Hilfe zu Hause anbieten		APH
		SMZ	Andere	
Pflege zu Hause	60 unabhängige Pflegefachpers.	6 SMRZ	Kinderspitex, CFXB	
Hilfe zu Hause				
Tagesstrukturen		1 Struktur	5 Strukturen	7 Strukturen
Kurzaufenthaltsbetten				2'639 Betten
Langzeitbetten				21 Betten

Quelle: DGW

3.2.4 Im Bericht verwendete Terminologie

Die Terminologie ist von Kanton zu Kanton verschieden, und selbst innerhalb eines Kantons kann es zu Unterschieden kommen. Sie entwickelt sich mit der Zeit. Im Rahmen des vorliegenden Berichts empfehlen wir die Verwendung folgender Begriffe:

- Pflege zu Hause: Pflegeleistungen gemäss Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, siehe Abschnitt 3.2.1).
- Hilfe zu Hause: Familien- und Hauswirtschaftshilfe, Körperpflege, Unterstützung bei der Alltagsbewältigung.
- Tagesbetreuung: Betreuung während des Tages in einem APH, SMZ oder einer unabhängigen Tagesstruktur. Man spricht auch von Tagesstätten, Tagesheimen oder Tageszentren. Die neue Gesetzgebung auf Bundesebene spricht von Tagesstrukturen. Diese beiden Begriffe werden nicht immer gleich verwendet. Sie werden später in diesem Bericht erläutert.
- Kurzaufenthaltsbetten: Betreuungsplätze in APH für einen Kurzaufenthalt, auch Ferienbetten genannt. Bis anhin wurde der Begriff Abteilung für Kurzaufenthalte verwendet. Es wird vorgeschlagen diesen aufzugeben und in Zukunft ausschliesslich von Kurzaufenthaltsbetten zu sprechen. Dies auch im Hinblick auf die Revision der Richtlinien. Im Französischen soll der bisherige Begriff « unité d'accueil temporaire (UAT) » durch « lits de court séjour » ersetzt werden.
- Langzeitbetten: Betreuungsplätze in APH für einen Langzeitaufenthalt.

3.3. Formelle Hilfsstrukturen: interkantonale Vergleiche

Die verschiedenen sozialmedizinischen Betreuungsstrukturen ergänzen sich gegenseitig. Die Wahl zwischen der Betreuung zu Hause oder in einer Institution hängt von der Pflegebedürftigkeit der betagten Person ab sowie von den Möglichkeiten der informellen Hilfe. Es gibt jedoch keine Empfehlungen für die ideale Aufteilungsquote der Betreuung zwischen den verschiedenen Strukturen der formellen Hilfe. Die Situation ist von Kanton zu Kanton und auch innerhalb der Kantone verschieden. Dank interkantonalen Vergleiche kann man das Angebot im Wallis positionieren und aufzeigen, welche anderen Aufteilungen zwischen den sozialmedizinischen Leistungserbringern möglich sind.

Die sozialmedizinischen Strukturen für betagte Personen gemäss Definition der Bundesstatistik werden nachfolgend präsentiert. Die Tagesstrukturen sind derzeit nicht Teil der Bundesstatistik und werden deshalb bei diesen Vergleichen nicht berücksichtigt. Krankenhausstrukturen werden in diesem Bericht nicht analysiert. Im Rahmen der Revision der Spitalplanung sind derzeit spezifische Arbeiten im Gange.

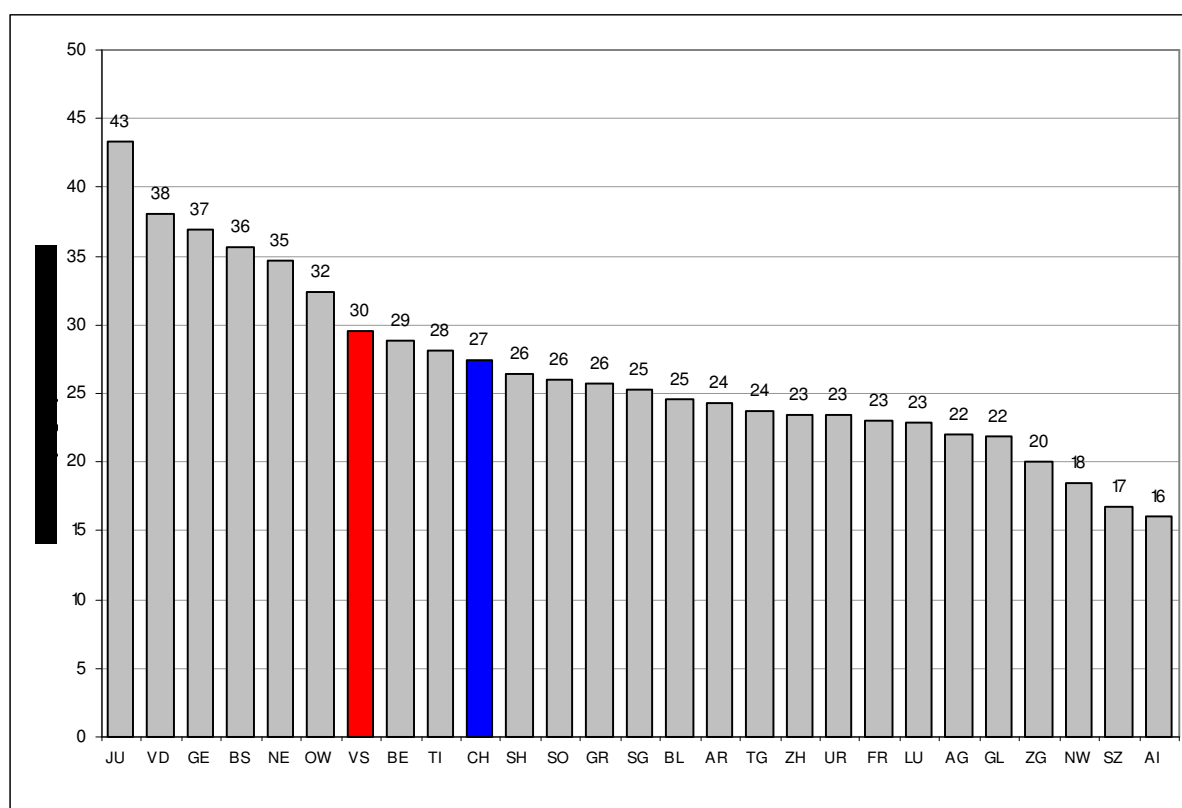
Die interkantonalen Vergleiche zeigen auf, dass die verschiedenen Strukturtypen aufgrund der verschiedenen Politiken von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich in Anspruch genommen werden. Gewisse Kantone haben die Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause ausgebaut, wodurch eine Unterbringung in APH nur für Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf notwendig ist.

3.3.1 Spitex

Die Anzahl der Empfänger liegt nahe dem schweizerischen Durchschnitt

Im Wallis liegt die Anzahl der Empfänger von Spitexleistungen pro 1'000 Einwohner leicht über dem schweizerischen Durchschnitt. Die Zahl ist höher als in den deutschsprachigen Kantonen, die häufiger eine Betreuung im APH in Anspruch nehmen (siehe Punkt 3.3.3). Die Zahl liegt aber wesentlich tiefer als in den Kantonen, die über eine tiefere Anzahl APH-Langzeitbetten (VD und GE) oder über eine ähnlich hohe (JU) wie das Wallis verfügen.

Abbildung 9 Anzahl Empfänger von Spitexleistungen pro 1'000 Einwohner, nach Kanton, 2008

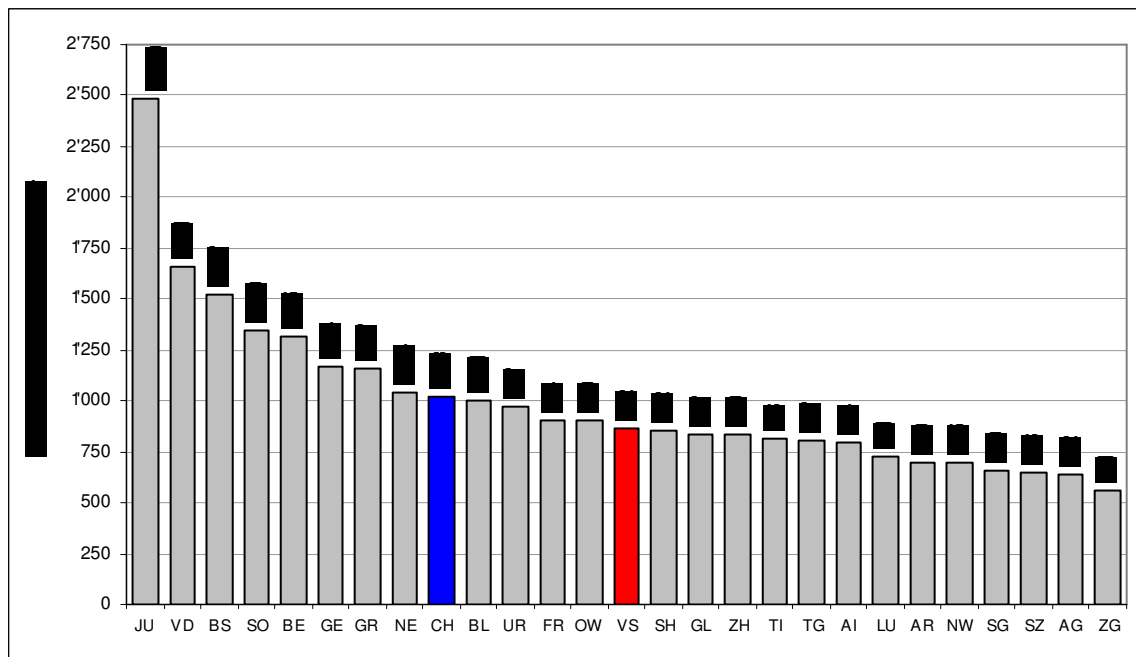


Quelle: erstellt durch die DGW gemäss der BFS-Statistik über Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause (Spitex-Statistik) 2008 und der BFS-Statistik der ständigen Wohnbevölkerung 2008

Der Umfang der Hilfe- und Pflegeleistungen liegt im schweizerischen Durchschnitt

Der Umfang der Leistungen befindet sich ebenfalls im schweizerischen Durchschnitt. Im Wallis betragen die Pflegestunden 2008 pro 1'000 Einwohner 862 Stunden, d.h. sie lagen mit 1'018 Stunden leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt. Mit 2'489 Stunden pro 1'000 Einwohner liegt die Anzahl Pflegestunden im Kanton Jura weit über diesem Durchschnitt, gefolgt von den Kantonen Waadt mit 1'661 und Basel-Stadt mit 1'527 Stunden.

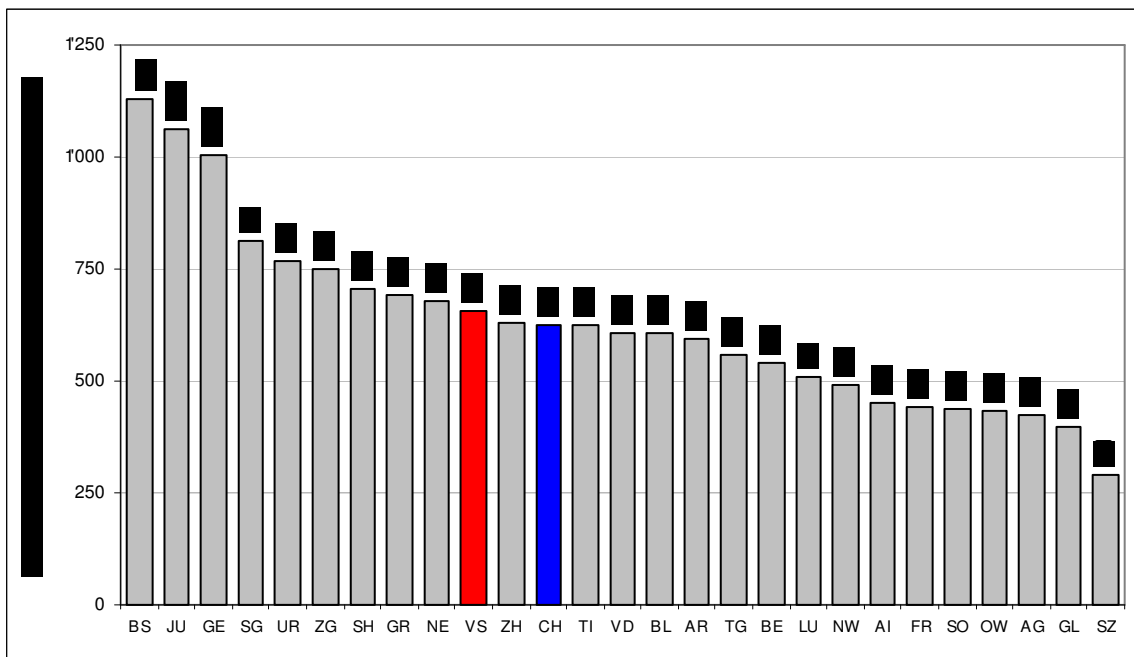
Abbildung 10 Anzahl Pflegestunden pro 1'000 Einwohner, nach Kanton, 2008



Quelle: BFS-Spitex-Statistik 2008 und BFS Einwohnerstatistik 2008

Im Jahr 2008 lag das Wallis mit der Anzahl Stunden für Hilfeleistungen zu Hause und anderen Leistungen (Sozialdienste, Elternberatung, Therapieangebot, Transport usw.) pro 1'000 Einwohner mit 656 Stunden leicht über dem schweizerischen Durchschnitt (625 Stunden), aber hinter den Kantonen Basel-Stadt (1'131 Stunden), Jura (1'063 Stunden) und Genf (1'005 Stunden).

Abbildung 11 **Anzahl Stunden für Haushalt und andere Leistungen zu Hause pro 1'000 Einwohner, nach Kanton, 2008**



Quelle: BFS-Spitex-Statistik 2008 und BFS Einwohnerstatistik 2008

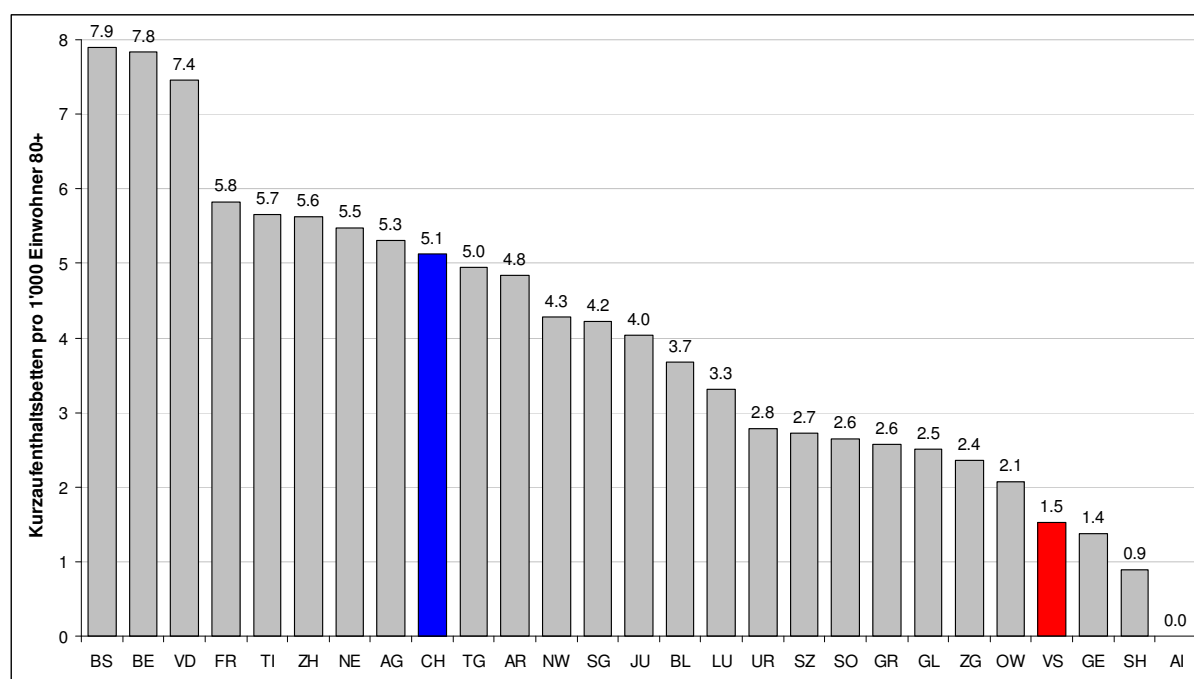
3.3.2 Kurzaufenthaltsbetten

Schlecht ausgebautes Angebot im Wallis

Im schweizerischen Vergleich bietet das Wallis in seinen Einrichtungen nur sehr wenig Kurzaufenthaltsbetten an. 2008 gab es im Wallis 20 Kurzaufenthaltsbetten d.h. 1.5 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre verglichen mit durchschnittlich 5.1 schweizweit.

Im Wallis ist dieses Angebot relativ neu und die Belegungsrate der Kurzaufenthaltsbetten liegt derzeit schätzungsweise zwischen 60 und 70%. Die Auslastung sollte aufgrund besserer Information der Fachleute und der betagten Personen und deren Umfeld sowie dank einer besseren Koordination steigen. In diesem Bereich gibt es noch viel zu tun.

Abbildung 12 Kurzaufenthaltsbetten (in Alterseinrichtungen und Pflegeheimen) pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter, nach Kanton, 2008



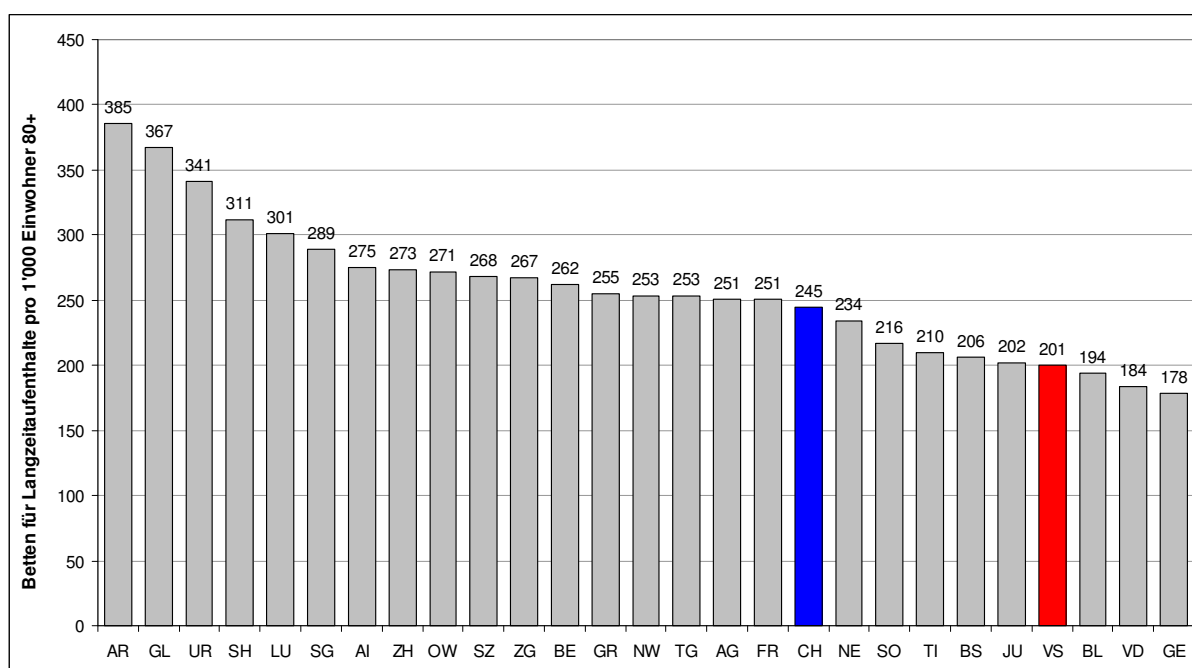
Quelle: erstellt durch die DGW gemäss der BFS-Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2008 und der BFS-Statistik der ständigen Wohnbevölkerung nach Kanton 2008

3.3.3 Langzeitbetten

Eine der tiefsten Langzeitbettennormen der Schweiz

Die Norm für Langzeitbetten im Kanton Wallis gehört zu den tiefsten der Schweiz. Wie die folgende Grafik zeigt, standen dem Wallis im Jahr 2008 pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter 201 Langzeitbetten zur Verfügung, verglichen mit 245 im landesweiten Durchschnitt. Nach den Kantonen Waadt, Gené und Baselland werden im Wallis im Verhältnis am wenigsten Menschen in APH untergebracht.

Abbildung 13 **Langzeitbetten (in Alterseinrichtungen und Pflegeheimen) pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter, nach Kanton, 2008**



Quelle: erstellt durch die DGW gemäss der BFS-Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und der BFS-Statistik der ständigen Wohnbevölkerung 2008

3.3.4 Gründe für die Unterschiede

Eine Studie über die kantonalen Vergleiche der Inanspruchnahme der Langzeitpflege²⁹ erklärt die Abweichungen durch eine unterschiedliche Betrachtungsweise der Unterbringung. In der Ostschweiz gibt es mehr Heime, die proportional gesehen mehr relativ eigenständige betagte Personen beherbergen. In der Westschweiz (Bern und beide Basel einbegriffen) werden Betagte in sozialmedizinischen Einrichtungen (APH) untergebracht, die vermehrt auf die Pflege ausgerichtet sind.

Gemäss dieser Studie hängt die Situation vom Ausbau der Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause ab. In den Kantonen, die über viele Langzeitbetten verfügen (Ostschweiz), liegt der Ausbau der Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause unter dem schweizerischen Durchschnitt.

²⁹ JACCARD RUEDIN H, WEBER A., PELLEGRINI S., JEANRENAUD C., *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Mai 2006.

Die Studie zeigt die verschiedenen Modelle der Aufteilung zwischen Betreuung zu Hause, im APH und im Spital. Dabei stellt sich heraus, dass ein gewisses Substitutionspotential zwischen den verschiedenen Betreuungseinrichtungen besteht:

- Bei den 65 bis 79-Jährigen ist kein Substitutionspotential festzustellen. Das liegt daran, dass in diesem Alter die Unterbringung in APH durch schwer behindernde Krankheiten begründet ist (z.B. Demenzerkrankungen, Parkinsonsche Krankheit, psychische Störungen), die eine Betreuung zu Hause verunmöglichen. Die Empfänger von Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause leiden dagegen an leichten funktionalen Behinderungen.
- Bei den über 80-Jährigen sieht es mit der Substitution anders aus. In Kantonen mit intensiver Inanspruchnahme der Spitexleistungen werden weniger Menschen in APH betreut. Dennoch stellt die Spitex nur für eine kleine Gruppe von Patienten eine Alternative zum APH dar. Die Studie stellt ausserdem fest, dass die Anzahl mittellanger Spitalaufenthalte (11 bis 90 Tage) bei einer höheren Quote der in APH betreuten Personen tiefer ist.

Somit erklärt sich die geringere Bettenzahl im Wallis durch die verstärkten Interventionen der Spitex. Dies entspricht dem politischen Willen, die Betreuung zu Hause so stark wie möglich zu fördern.

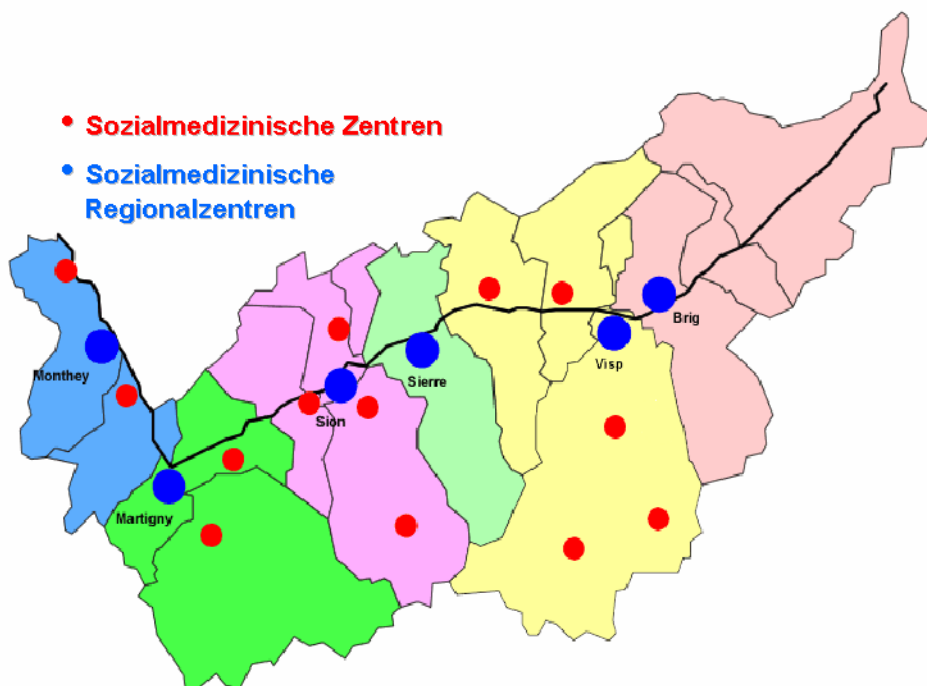
4. Spitex: Sozialmedizinische Zentren (SMZ)

4.1. Definition und Leistungen

Rechtsform und Organisation

Die SMZ wurden in den 1970er-Jahren von den Gemeinden ins Leben gerufen. Derzeit sind sie privatrechtliche Vereine mit gemeinnützigem Interesse, in denen die Gemeinden vertreten sind. Seit 1997 sind sie in 6 sozialmedizinischen Regionalzentren (SMRZ) organisiert, die ihre Leistungen im gesamten Kanton erbringen müssen. Die SMRZ schliessen mit den subregionalen sozialmedizinischen Zentren Vereinbarungen über die Zusammenarbeit in allen Regionen. Ausnahmen sind die SMRZ in Siders und in Brig, wo die Leistungen direkt vom SMRZ gewährleistet werden.

Abbildung 14 Sozialmedizinische Zentren im Wallis: Standort und Einsatzgebiet



Quelle: DGW

Leistungsauftrag

Mit der Verabschiedung der Planung von 2005 entschied der Staatsrat, den Leistungsauftrag der sozialmedizinischen Regionalzentren (SMRZ) von 1997 zu aktualisieren. Der neue Leistungsauftrag trat am 1. September 2007 in Kraft und überträgt den SMRZ die Aufgabe, mit ihren Leistungen das Leben zu Hause von Personen aller Altersgruppen, die Hilfe, Pflege, soziale Betreuung und Begleitung benötigen, zu fördern, zu erleichtern und zu ermöglichen.

Der Leistungsauftrag deckt eine breite Palette von Leistungen ab. Diese beinhalten nicht nur die Pflegeleistungen gemäss KVG, sondern auch die Hilfe im weiteren Sinne wie die Unterstützung der Angehörigen, die Gesundheitsförderung und die präventiven Hausbesuche. Die SMRZ müssen folgende Leistungen erbringen:

- Pflege zu Hause: Leistungen gemäss Artikel 7 der Verordnung des eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) und von Pflegefachpersonen ausgeführt. Es handelt sich um Pflegeleistungen, die geplant und rund um die Uhr erbracht werden. Sie beinhalten ebenfalls die Palliativpflege zu Hause (ärztliche Behandlungen, Pflegeverrichtungen sowie Massnahmen zur psychischen, sozialen und mentalen Unterstützung von Patienten, die an einer fortschreitenden und unheilbaren Krankheit leiden).
- Hilfe zu Hause: Familienhilfe, Unterstützung bei der kompletten Haushaltsführung, Hygiene und Hilfe bei den Alltagsverrichtungen. Die Leistungen zur Unterstützung bei Alltagsverrichtungen umfassen die Anwesenheit während des Tages oder der Nacht, die körperliche und geistige Mobilisierung sowie die Vertretung und

Unterstützung der Familien und des Umfelds bei der Begleitung von Personen mit zunehmendem Verlust der Eigenständigkeit. Die Leistungen werden rund um die Uhr geplant.

- Sicherheit zu Hause: alle Massnahmen, die die Sicherheit von zu Hause lebenden Personen gewährleisten sollen. Dazu gehören vor allem die Verhinderung von Haushaltsunfällen, die Anpassung der Wohnung, die Unterstützung und die fachliche Betreuung im Falle von Angstzuständen der betroffenen Personen oder ihres Umfeldes, die Aktivierung des sozialen Umfelds, ein telefonischer Bereitschaftsdienst bei Dauerbehandlungen oder in Verbindung mit Alarmsystemen, die 7 Tage die Woche, rund um die Uhr funktionieren.
- Soziale Unterstützung: Betreuung zu Hause durch Sozialarbeiter für Personen, die zunehmend unselbstständiger werden. Dies beinhaltet Unterstützung und Beratung bei familiären, rechtlichen, finanziellen und versicherungstechnischen Problemen oder betreffend Wohnung und Unterbringung.
- Sozialhilfe gemäss Gesetz über die Eingliederung und die Sozialhilfe.
- Ergotherapie: Einschätzung und Anpassung des physischen Umfelds der zunehmend unselbstständig werdenden Person, Behandlung oder Rehabilitation.
- Mahlzeitendienst.
- Verleih und Miete von Material.
- Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung: sollen durch die SMRZ aufgebaut werden. Diese agieren als Vermittler für die Vermietung und die Bereitstellung der Wohnungen.
- Kleinkinderberatungsstelle: Beratungen für Eltern von Säuglingen oder von Kindern im Vorschulalter.
- Schulgesundheit.
- Gesundheitsförderung: den Patienten und sein Umfeld über die gesundheitlichen (Prävention von Krankheiten, Unfallverhütung), sozialen (Prävention und Isolierung) sowie über die strukturellen und organisatorischen Aspekte des Lebensortes informieren und schulen.
- Hilfe für die pflegenden Angehörigen ausbauen: den pflegenden Angehörigen eine Entlastungspause anbieten (Tagesstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten im APH) und ihre Fragen beantworten (Betreuung, Hilfsmöglichkeiten, Patientenrechte usw.)
- Präventivbesuche bei betagten Menschen fördern: um das maximale Autonomiepotenzial der Betagten aufrechtzuerhalten und pathologische Prozesse zu verhindern oder zu verlangsamen.

Die SMRZ müssen ebenfalls die Arbeit der spezifischen öffentlichen oder privaten Dienste sowie der Freiwilligendienste organisieren und koordinieren und die Verantwortung der an spezialisierte Institutionen übertragenen Aufgaben sicherstellen. Ebenfalls gehört es zu ihren Aufgaben die Bevölkerung über die angebotenen Leistungen informieren und Spitexleistungen zu fördern.

4.2. Ausgangslage

4.2.1 Derzeitige Leistungen und ihre Finanzierung

Der Grossteil der Empfänger der Spitexleistungen, die durch die SMZ erbracht werden, sind Betagte. Die 65-Jährigen und Älteren machen 72,5%, die 80-Jährigen und Älteren 42,6% der gesamten Empfänger aus. 79,3% der Empfänger der Pflegeleistungen sind älter als 65

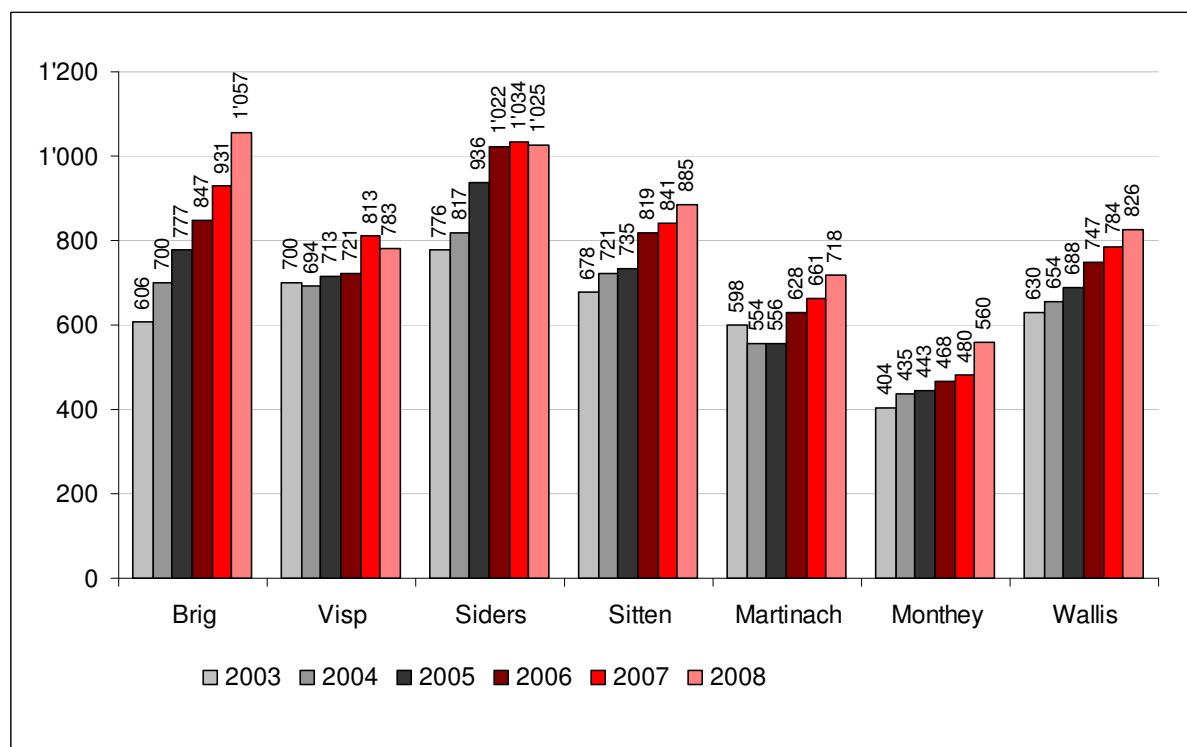
Jahre, 48,4% sind älter als 80 Jahre. Bei den Hilfeleistungen liegt das Verhältnis bei 64,1% zu 35,6%.

Derzeit variieren die Aktivitäten der SMZ je nach Region. Trotz einiger statistischer Verzerrungen aufgrund der unterschiedlichen Datenerfassungen der SMZ und der Änderungen von einem zum anderen Jahr, zeigen die folgenden Zahlen doch eine Tendenz.³⁰

Pflege zu Hause steigt

Die Anzahl Pflegestunden pro 1'000 Einwohner ist trotz eines kleinen Rückgangs in gewissen Regionen im Jahr 2008 am Steigen. Brig und Siders sind die Regionen, in denen am meisten Pflegestunden pro 1'000 Einwohner erbracht werden. Die Regionen Visp und Sitten befinden sich leicht über dem kantonalen Durchschnitt. Martinach und Monthey liegen darunter. In manchen Regionen werden doppelt so viele Stunden Pflege geleistet als in anderen.

Abbildung 15 Anzahl Stunden Pflegeleistungen in den SMZ pro 1'000 Einwohner, 2003–2008



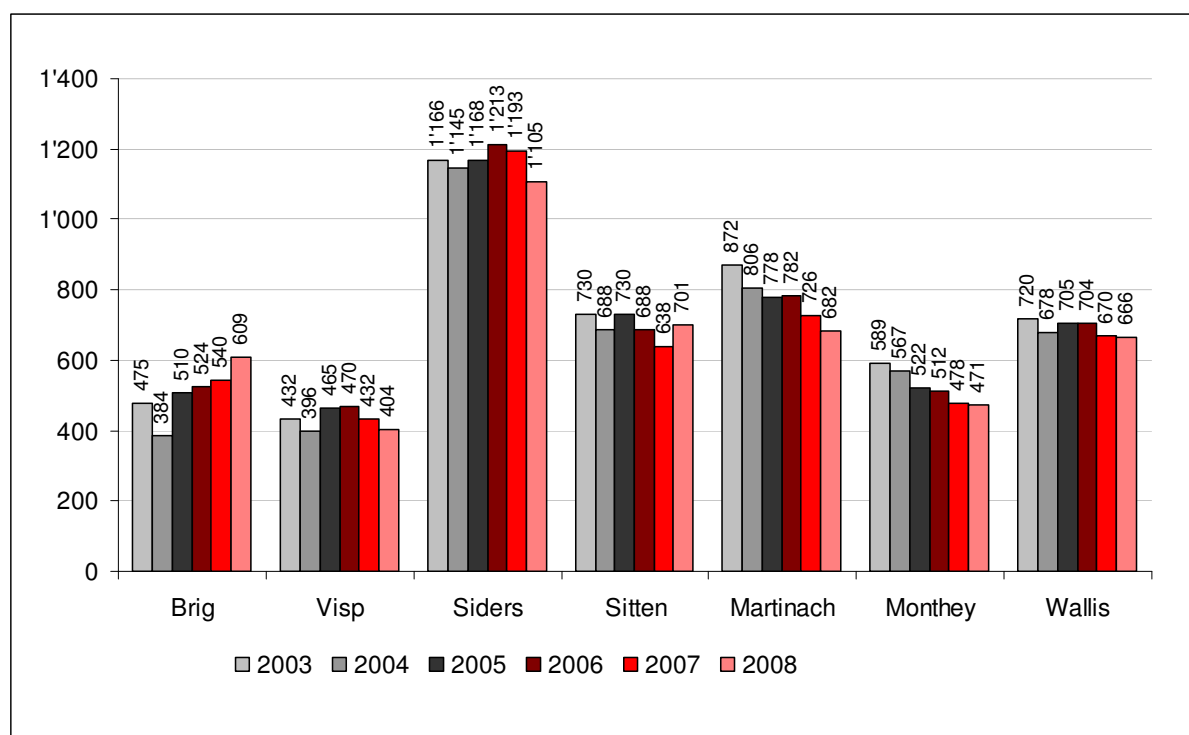
Quelle: DGW

³⁰ Ab 2009 sollten diese statistischen Verzerrungen durch die Einführung eines einheitlichen IT-Systems in den SMZ des Kantons beseitigt werden.

Hilfe zu Hause sinkt

Die Hilfeleistungen zu Hause sind für die Betreuung zu Hause unabdingbar und auch dafür, dass die Personen so lange wie möglich zu Hause bleiben können. Die Region Siders legt den Schwerpunkt auf die Betreuung zu Hause. Dies wirkt sich auf die Anzahl Stunden an geleisteten Hilfeleistungen zu Hause pro 1'000 Einwohner aus, die weit höher liegt als in anderen Regionen. Auf die gesamte Periode zwischen 2003-2008 gesehen, sinkt jedoch die Anzahl Stunden, die für Hilfeleistungen zu Hause pro 1'000 Einwohner aufgewendet werden. Nur in der Region Brig steigt sie an.

Abbildung 16 **Anzahl Stunden für Hilfeleistungen zu Hause in den SMRZ pro 1'000 Einwohner, 2003–2008**

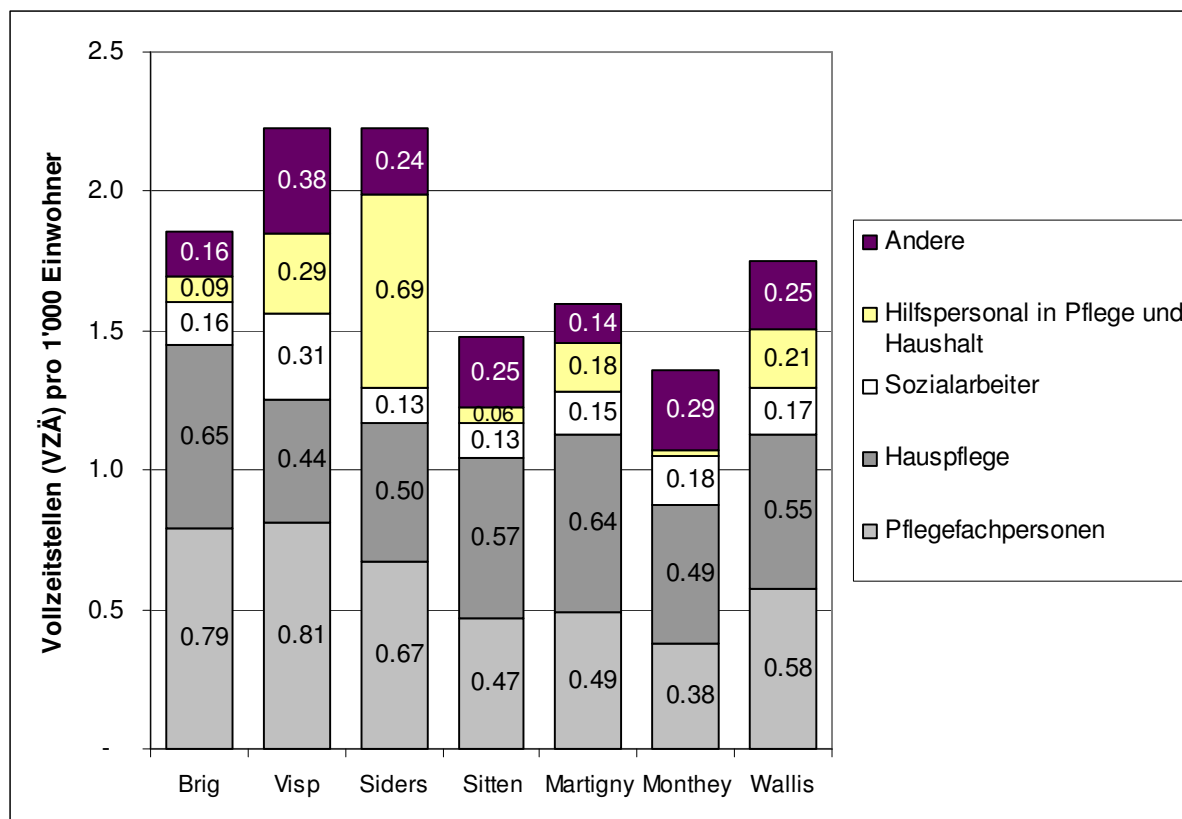


Quelle: DGW

Unterschiede beim Personalbestand

Unterschiede werden auch beim Personalbestand festgestellt. Das Oberwallis und Siders verfügen im Verhältnis über mehr Personal und beschäftigen insbesondere mehr Pflegefachpersonen. Das SMRZ Siders verfügt über eine höhere Anzahl von Hilfspersonal in der Pflege, was die stark ausgebauten Hilfeleistungen zu Hause in dieser Region erklärt.

Abbildung 17 Personal der SMZ in Vollzeitstellen (VZÄ) pro 1'000 Einwohner, 2008



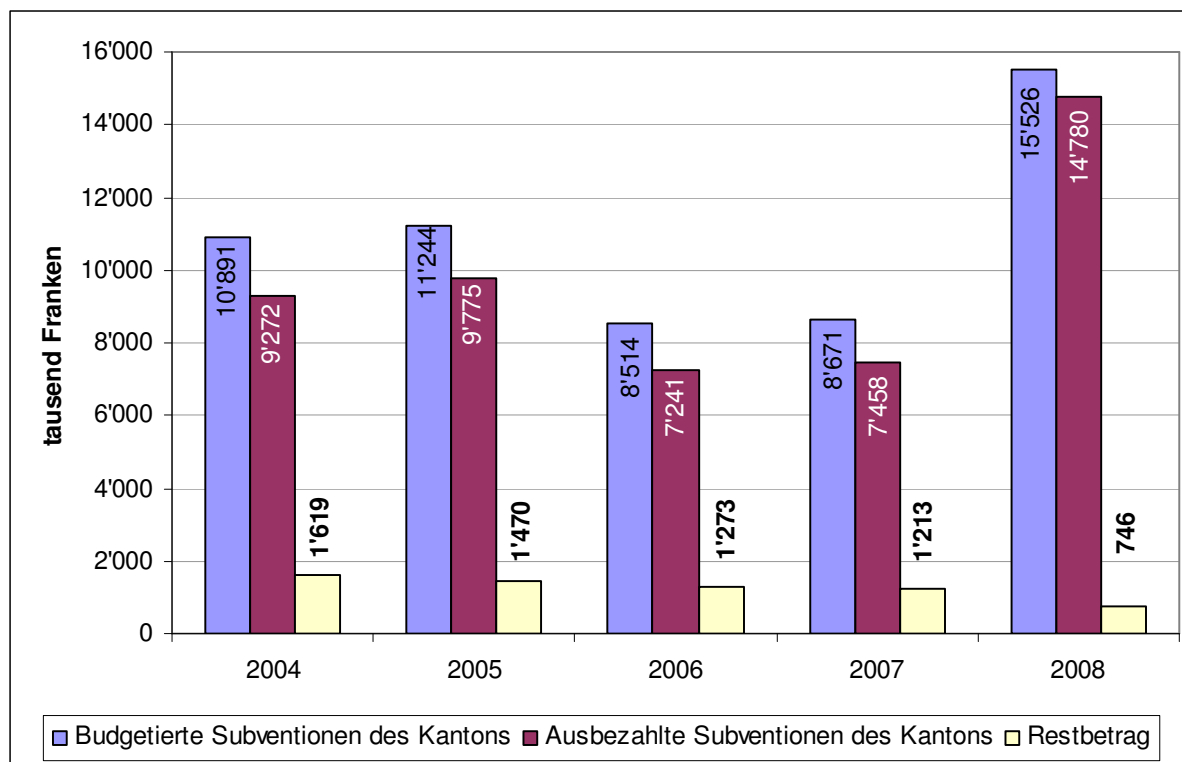
Quelle: DGW

Finanzierung

Die Pflegeleistungen der SMZ werden über die Krankenversicherungsbeiträge und die Hilfsleistungen über die Beiträge der Empfänger finanziert. Der Ausgabenüberschuss aufgrund des Leistungsauftrags wird zu 62,5% vom Kanton und zu 37,5% von den Gemeinden übernommen.

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Kantonsbeiträge an die SMZ sowie die Differenz zwischen dem budgetierten und dem effektiv bezahlten Betrag. Grund für den starken Anstieg im Jahr 2008 ist das Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen. Der finanzielle Rückzug des Bundes (BSV) wurde auf die öffentliche Hand der Kantone abgewälzt. Die Aufteilung zwischen Kanton und Gemeinden wurde noch einmal überprüft, der Anteil zu Lasten des Kantons stieg von 50% auf 62,5%.

Abbildung 18 **Entwicklung des vom Kanton budgetierten und tatsächlich geleisteten Subventionsanteils für die SMZ 2004–2008, in tausend Franken**



Quelle: DGW

Man stellt fest, dass die SMZ nicht den gesamten Betrag verwenden, der vom Kanton budgetiert wurde. Dies liegt an der noch ungenügenden Entwicklung der Leistungen in gewissen Regionen, die sich aus dem neuen Leistungsauftrag der SMZ ergeben.

4.2.2 Ungenügend ausgebaute Leistungen

Das Erkennen von Risikosituationen, die Unterstützung der pflegenden Angehörigen sowie die Gesundheitsförderung und die Prävention sind Teil des neuen Leistungsauftrags der SMZ. In unserem Kanton sind diese Leistungen aber noch zu wenig entwickelt.

Risikosituationen besser erkennen

Eine qualitative Studie über zu Hause betreute Menschen mit Demenz im Wallis³¹ hat gezeigt, wie schwierig es ist Risikosituationen früh genug zu erkennen. Die Hilfe kommt häufig zu spät oder zu punktuell, was zur Erschöpfung der pflegenden Angehörigen und zum frühzeitigen Eintritt des Kranken in eine Institution führt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass man über Demenzerkrankungen noch zu wenig weiss. Ausserdem kennen die Angehörigen oftmals die Betreuungsangebote und die möglichen finanziellen Unterstützungen nicht (Hilflosenentschädigungen, Betreuungsgutschriften).

³¹ ANCHISI A., BIGONI C., *Mise en œuvre du maintien à domicile des personnes en âge AVS dans le contexte de la 2^{ème} révision de la LAMal : l'exemple du Valais*, Sion, Mai 2008.

Die Studie hält fest, dass es notwendig ist, diese Situationen besser zu erkennen und die komplexen Fälle besser einzuschätzen (durch Fachpersonen), die Erschöpfung der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen (und nicht nur das Bedürfnis des Patienten, zu Hause zu bleiben) sowie den Anspruch auf Hilflosenentschädigung und Betreuungsgutschriften so früh wie möglich geltend machen, um die Entlastungspausen der pflegenden Angehörigen zu finanzieren.

Betreuenden Angehörigen unterstützen

Das informelle Netzwerk, das aus Familienmitgliedern, Nachbarn und/oder Freunden besteht, ist auch vom sozialen und wirtschaftlichen Standpunkt der Gesundheit her sehr wertvoll. Es trägt massgebend dazu bei, dass alte Menschen, die Pflege und Betreuung benötigen, länger zu Hause wohnen bleiben können. Es muss als wesentlicher Bestandteil der Hilfs- und Pflegeleistungen anerkannt werden, damit so viele Betagte wie möglich zu Hause betreut werden können. Die SMZ sollen zusammen mit verschiedenen Partnern ein Hilffsystem für die pflegenden Angehörigen entwickeln. Dies sollte ebenfalls bedacht werden, damit dieselben Rückerstattungsmöglichkeiten bei den Hilfs- und Pflegeleistungskosten zu Hause angeboten werden können wie den Menschen im IV-Alter (RKEL³²).

Gesundheitsförderung und Prävention stärken

Die unter Punkt 2.2 erwähnten Studien zeigen, wie wichtig Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind, um die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Betagten zu verlangsamen oder zu verhindern bzw. um sie zu einer gewissen Selbstständigkeit zurückzuführen.

Die SMZ haben den Auftrag zusammen mit verschiedenen Partnern Massnahmen zur Gesundheitsförderung entwickeln. Dabei sollen die Patienten und ihr Umfeld über die Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung der gesundheitlichen (Prävention von Krankheiten, Unfallverhütung), sozialen (Prävention der Isolierung) sowie der strukturellen und organisatorischen Aspekte des Lebensortes informiert und geschult werden.

Eine weitere Aufgabe der SMZ ist es präventive Hausbesuche durchzuführen, um damit das maximale Autonomiepotenzial der Betagten aufrechtzuerhalten. Diese Besuche sind für die betagten Menschen freiwillig. Sie richten sich an Personen, die noch keine gesundheitlichen Probleme haben, um mögliche pathologische Prozesse zu verhindern oder zu verlangsamen sowie körperliche, biologische, wirtschaftliche Risiken oder Gefahren aus dem sozialen Umfeld zu mindern. Pflegefachpersonen, die über solide Kenntnisse der Geriatrie verfügen, können diese Besuche zusammen mit einem beratenden, auf Geriatrie spezialisierten Arzt und generell mit dem behandelnden Arzt durchführen.

4.3. Empfehlungen

4.3.1 Anreizsystem für die Finanzierung einführen

Dass gewisse Leistungen ungenügend entwickelt sind, ist zumindest teilweise auf die derzeitigen Finanzierungsmodelle zurückzuführen. Das Erkennen von Risikosituationen, die Gesundheitsförderung und präventive Hausbesuche werden nicht spezifisch vergütet. Die Finanzierung wird dadurch garantiert, dass der Kanton und die Gemeinde den Ausgabenüberschuss (Defizit) der SMZ übernehmen. Darauf bedacht kein zu grosses

³² Reglement über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen. Art. 15, Abs. 2

Defizit auszuweisen, scheinen gewisse SMZ sich schwer zu tun, diese Leistungen auszubauen, obwohl diese Teil des Leistungsauftrages sind und im Ausgabenüberschuss berücksichtigt werden. Mit der Einführung einer leistungsabhängigen Finanzierung, sollte es möglich sein, diese Schwierigkeiten bewältigt werden und einen Anreiz zu schaffen, die Leistungen weiterzuentwickeln.

4.3.2 Leistungen beurteilen und Ziele festlegen

Die Umsetzung des neuen Leistungsauftrages der SMZ muss sorgfältig beurteilt werden. Dies bringt die Mängel ans Licht und erlaubt es, Ziele festzulegen.

Besonders nützlich sind genau bezifferte Ziele. Aufgrund der vorher präsentierten inner- und interkantonalen Vergleiche werden folgende Ziele formuliert, die später anhand der Beurteilung aktualisiert und vervollständigt werden.

Pflege zu Hause: mindestens 1 Stunde pro Einwohner

Im Jahr 2008 betrug im Wallis die Anzahl Pflegestunden zu Hause pro 1'000 Einwohner je nach Region zwischen 560 und 1'057 Stunden. Der landesweite Durchschnitt betrug 1'018 Stunden. Das Wallis setzt sich zum Ziel, den schweizerischen Durchschnitt zu erreichen – also in jeder Region des Kantons im Jahr mindestens eine Stunde Pflege zu Hause pro Einwohner anzubieten.

Hilfe zu Hause: mindestens 1 Stunde pro Einwohner

Im Jahr 2008 schwankte die Anzahl Stunden für Hilfeleistungen zu Hause pro 1'000 Einwohner je nach Region zwischen 404 und 1'105 Stunden. Der schweizerische Durchschnitt betrug 625 Stunden. Berücksichtigt man die Wichtigkeit der Hilfe zu Hause (einschliesslich Unterstützung der Angehörigen, Gesundheitsförderung und Prävention), muss das Ziel weit über dem landesweiten Durchschnitt liegen. Mindestens eine Stunde Hilfe zu Hause pro Einwohner pro Jahr ist anzustreben.

Den Informationsstand der Bevölkerung verbessern und die Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung stärken

Ob es nun darum geht, gesundheitsfördernde Lebensgewohnheiten zu übernehmen oder erste Anzeichen bei gewissen Akuterkrankungen zu erkennen und rechtzeitig Hilfe hinzuzuziehen, ältere Personen scheinen sich nicht bewusst zu sein, welchen Einfluss ein gesundheitsförderndes Verhalten haben kann. Die betagte Bevölkerung soll auch ermutigt werden, bei den medizinischen Fachkräften die nötigen Präventionsmassnahmen zu verlangen.³³

³³ MONOD-ZORZI S. et al., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg, November 2007.

5. Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

5.1. Definition

Lösung für betagte Menschen, die noch relativ selbstständig sind

Im Juni 2006 hat das Departement Richtlinien für den Erhalt einer Betriebsbewilligung von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung festgelegt. Gemäss diesen Richtlinien sind Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung eine Massnahme im Rahmen der Politik der Betreuung zu Hause. Das Angebot richtet sich an Menschen, die im täglichen Leben selbstständig sind, die aber einen wachsenden Bedarf an Pflege und Hilfe haben. Es handelt sich dabei um Personen, die keine ständige Pflege und Überwachung benötigen, wie es in einem APH der Fall wäre.

Schützender, bedürfnisgerechter Rahmen

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung bieten dank Mitbewohnern und der Nähe zu den Dienstleistungen (Geschäfte, Hobbys, öffentlicher Verkehr) einen schützenden sozialen Rahmen. Es muss ebenfalls eine Infrastruktur vorhanden sein, welche die eingeschränkte Mobilität der Betagten berücksichtigt und so ausgestattet ist, dass Alltagsaktivitäten weiterhin möglich sind. Die Hilfs- und Pflegeleistungen werden, wie in einer üblichen Privatwohnung, von den sozialmedizinischen Zentren erbracht. Mit diesem muss eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit getroffen werden.

Diese Wohnungen sind für betagte Personen bestimmt, die noch relativ selbstständig sind, aber in einem gesicherten und/oder sozialen Umfeld leben möchten, oder deren Wohnung zu gross geworden, zu weit weg oder zu unpraktisch ist, ohne dass deswegen der Umzug in ein APH nötig wäre oder in eine neue Wohnung investiert werden müsste.

5.2. Ausgangslage und laufende Projekte

Ausbau im Leistungsauftrags der SMZ vorgesehen

In unserem Kanton wurde 1998 in Siders die erste Wohnung mit sozialmedizinischer Betreuung geschaffen. Es handelt sich um eine Wohnung mit dem Namen DOMINO « Domicile nouvelle option » was soviel heisst wie « neue Wohnmöglichkeit », die vom SMZ Siders eingerichtet wurde.

Im Planungsentscheid vom 10. August 2005 verlangte der Staatsrat, dass der Leistungsauftrag der SMZ aktualisiert und die Schaffung von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, wie in Siders, darin aufgenommen wird. Gemäss diesem Entscheid verlangt der neue Leistungsauftrag vom September 2007 von den SMZ, zusätzlich zu den Spitexleistungen in ihrer Region Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung aufzubauen.

Umwandlung der einstigen API (andere Pflegeinstitutionen für Betagte)

In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre wurden vor allem im Oberwallis *API (andere Institutionen für Betagte)* geschaffen. Diese Institutionen sind kleiner als APH und vor allem in den Berggebieten entstanden. Im Jahr 2001 gab es 5 davon (Leukerbad, Visperterminen, Mörel, Guttet und Ardon), die alle, ausser Ardon subventioniert werden.

Der Status dieser API sowie ihre Subventionierung wurden zwischen 2002 und 2005 aufgegeben. Eine von ihnen wurde in ein APH umgewandelt (Guttet). In Ardon wurde eine

Zusammenarbeit mit selbstständigen Pflegefachpersonen eingeführt. Die anderen 4 Strukturen im Oberwallis (Mörel, Visperterminen, Visp und Leukerbad) werden wie Wohnungen geführt und über die SMZ finanziert (62,5% durch den Kanton, der Rest durch die Gemeinden).

Diese 4 Strukturen entsprechen nicht der Definition einer Wohnung mit sozialmedizinischer Betreuung, weil dort stark pflegebedürftige betagte Personen betreut werden, die eine ständige Anwesenheit des Pflegepersonals benötigen. Die Kosten pro Person liegen generell höher als in APH.

Bestehendes Angebot

Das Wallis zählt momentan 13 vom Kanton anerkannte Wohnungen (4 davon in der Stadt Siders). Die 4 Wohnungen im Oberwallis bieten eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Die anderen sind gemäss den Richtlinien des Departements als Betreuung zu Hause konzipiert. Die folgende Abbildung zeigt das aktuelle Angebot sowie die Projekte im laufenden Anerkennungsverfahren.

Abbildung 19 Vom Kanton anerkannte Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Bezirk	Ort	Soins	Betreuung	Anz. Plätze	
				2009	Projekte
Goms					
Birg					
Visp	Visperterminen	SMZ	24 Std. pro Tag	8	8
	Visp	SMZ	24 Std. pro Tag	9	
	Täsch	SMZ	Spitex	5	
Raron	Mörel	SMZ	24 Std. pro Tag	11	
Leuk	Leukerbad	SMZ	24 Std. pro Tag	10	
Siders	Siders (4 app.)	SMZ	Spitex	20	
	Miège	SMZ	Spitex	4	
Sitten	Sitten	SMZ	Spitex	6	7
Hérens					
Conthey					
Martinach	Fully	SMZ	Spitex	6	
	Martinach	SMZ	Spitex	8	9
Entremont					
St-Maurice					
Monthey					

Quelle: DGW

Hinzu kommen verschiedene Wohnungen, die vom Kanton nicht anerkannt sind, sowie eine gewisse Anzahl Projekte, die dem Departement gemeldet oder nicht gemeldet wurden.

Finanzierung

Der Bau von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung wird vom Kanton nicht subventioniert. Die eingenommenen Mieten müssen die Investitionen decken. Dafür beteiligen sich der Kanton und die Gemeinden an der Finanzierung der erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen für die Mieter dieser Wohnungen in gleicher Weise wie für solche, die in einer Privatwohnung leben.

5.3. Empfehlungen

5.3.1 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung bereitstellen

Mit Hilfe von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung kann auf die Bedürfnisse der Betagten eingegangen werden, die ein auf sie abgestimmtes soziales und bauliches Umfeld benötigen, so dass sie weiterhin unabhängig leben können. Diese Wohnungen müssen entsprechend reserviert und geplant werden. Sie sind jedoch nicht für Menschen vorgesehen, deren Hilfe- und Pflegebedürfnisse nicht mehr dem Auftrag der SMZ entsprechen. Diese Menschen benötigen eine Betreuung, die ihrem gesteigerten Pflegebedarf besser entspricht und wie sie in APH angeboten wird.

Gemäss ihrem neuen Leistungsauftrag haben die SMZ die Aufgabe, Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung zu schaffen. In Anbetracht der Alterung der Bevölkerung und der limitierten Anzahl APH-Plätze muss die Schaffung dieser Art von Strukturen unter Aufsicht oder in Zusammenarbeit mit den SMZ fortgesetzt werden.

5.3.2 Den Status der Wohnungen mit 24-Stunden-Betreuung prüfen

Der Status der Wohnungen, die über Personal zur 24-Stunden-Betreuung verfügen, und die sich um Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf kümmern, die normalerweise in einem APH betreut werden, muss überprüft werden. Diese Wohnungen sind gewissermassen kleine APH, ohne jedoch den gleichen Status oder dieselbe Finanzierung zu haben. Die Kosten liegen generell über denjenigen der Betreuung im APH. Eine dieser Wohnungen wurde bereits in ein APH umgewandelt (Guttet).

Für diese Strukturen sollen folgende Alternative vorgeschlagen werden:

- sich entweder der Betreuung zu Hause gemäss den Aufgaben der SMZ zuwenden, d.h. ohne ständige Anwesenheit des Pflegepersonals, Hilfs- und Pflegeleistungen werden während gewisser Tages- und Nachtzeiten, nicht aber während 24 Stunden, durch die SMZ erbracht;
- oder eine dezentralisierte APH-Einheit werden, um Menschen mit hohem Pflegebedarf zu betreuen. Dann müsste allerdings die Grösse von 18 bis 22 Betten erreicht werden. Mit der Angliederung an ein APH könnten im Vergleich zur jetzigen Situation die Betreuungskosten reduziert werden und diese Strukturen könnten dann ebenfalls von der für die APH vorgesehenen Finanzierung profitieren.

6. Tages- oder Nachtstrukturen

6.1. Definitionen

Bei den Strukturen, die in unserem Kanton zurzeit eine Tagesbetreuung anbieten, muss man zwischen den eher medizinisch und den sozial ausgerichteten unterscheiden. Der Bericht zum Staatsratsentscheid vom 17. Januar 1996 über die Finanzierung dieser Strukturen unterscheidet zwischen *Tageszentrum* und *Tagesheim*. Das Bundesgesetz über die neue Pflegefinanzierung, das am 1. Januar 2011 in Kraft tritt, verwendet den Begriff *Tages- oder Nachtstruktur*.

Tageszentrum: soziokulturelle und präventive Betreuung

Gemäss dem erwähnten Bericht bietet ein Tageszentrum Angebote im soziokulturellen Bereich an. Es handelt sich um eine Tagesstruktur, die auf Animation, Freizeit und Kontakte knüpfen sowie körperliche und geistige Stimulation ausgerichtet ist. Sie hat keinerlei therapeutische Funktion.

Tagesheim: spezialisierte Betreuung für pflegebedürftige betagte Menschen

Ein Tagesheim ist eine sozialmedizinische Struktur, die die Betreuung zu Hause ergänzt. Es bietet eine gelegentliche oder regelmässige Tagesbetreuung an. Das Angebot richtet sich an geschwächte Betagte, deren körperliche und/oder psychische Gesundheit angeschlagen und deren Eigenständigkeit bedroht ist. Diese Personen benötigen eine an ihre Bedürfnisse angepasste spezialisierte sozialmedizinische Betreuung, um die Qualität und die Sicherheit bei ihnen zu Hause zu verbessern. Durch das spezifische Angebot sowie die physische und moralische Unterstützung für die Angehörigen kann durch Tagesheime sozialmedizinischen Problemen vorgebeugt werden, vor allem weil sie sich etwas erholen können und so fit bleiben und bereit sind, sich weiter um ihre betagten Angehörigen zu kümmern.

Tages- oder Nachtstrukturen gemäss KVG

Mit Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 wird eine neue Definition für die Tages- und Nachtstrukturen eingeführt. *Artikel 25a, Abs. 1 des KVG besagt: « Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen oder im Pflegeheim erbracht werden. »*

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) besagt, dass die Pflegeleistungen « ambulant oder in einem Pflegeheim erbracht werden können. Sie können auch ausschliesslich während des Tages oder der Nacht erbracht werden » (KLV Art. 7, Abs. 2^{ter}). Man spricht also von Nachtstrukturen wenn der Betreute in einer Einrichtung übernachtet, den Tag aber nicht dort verbringt. Die Krankenversicherung übernimmt die in Tages- oder Nachtstrukturen erbrachten Pflegeleistungen gemäss den für APH vorgesehene Beträgen pro Tag oder pro Nacht basierend auf den 12 Pflegestufen (KLV, Art. 7a, Abs. 4).

Gemäss Angaben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)³⁴ wollte der Gesetzgeber mit der Einführung des Begriffs Tages- oder Nachtstrukturen sicherstellen, dass Pflegeleistungen auch in besonderen Situationen erbracht werden können, beispielsweise für Demenzpatienten, die nur während einer bestimmten Tageszeit gepflegt werden müssen und in der restlichen Zeit von den Angehörigen betreut werden.

Das BAG führt weiter aus, dass die Tages- oder Nachtstrukturen keine neue Kategorie von Leistungserbringern darstellen und deshalb auch nicht in der kantonalen Planung als solche eingebracht werden sollen. Im Gegensatz zu den APH müssen diese Strukturen nicht auf der kantonalen Liste erscheinen, um Krankenversicherungsbeiträge zu erhalten. Wenn sie keine neue Kategorie von Leistungserbringern darstellen, können ihre Leistungen nur durch einen vom Bundesgesetz vorgesehenen Leistungserbringer erbracht werden, die da wären (KLV, Art. 7, Abs. 1):

- selbstständig tätige Pflegefachpersonen
- Spitex-Organisationen

³⁴ Brief des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) vom 27. August 2009 als Antwort auf den Brief der Dienststelle für Gesundheitswesen vom 17. Juli 2009.

- Alters- und Pflegeheime

6.2. Ausgangslage und laufende Projekte

Mit dem Entscheid vom 10. August 2005 erteilte der Staatsrat den APH den Auftrag, « Tages- oder Nachtheime zu eröffnen, um in Zusammenarbeit mit den SMZ die Betreuung zu Hause für Personen zu fördern, die nur leicht pflegebedürftig sind ». Der Bericht zu diesem Entscheid empfahl die Bereitstellung von mindestens 15 Plätzen in Tagesstrukturen in jeder der 6 Regionen, d.h. mindestens 90 Plätze.

Die folgende Tabelle zeigt die zum heutigen Zeitpunkt im Wallis vorhandenen Tagesstrukturen sowie die laufenden Projekte (mit Ausnahme der Projekte, die nur informell besprochen wurden). Ausserdem gibt sie Aufschluss über die verschiedenen Leistungserbringer, die Tagesbetreuung anbieten (APH, SMZ oder unabhängiges Tagesheim / -zentrum)

Abbildung 20 Tagesstrukturen im Wallis, Situation 2009 und Projekte

Bezirk	Ort	Leistungserbringer	Anzahl Plätze
Brig	Brig	APH Englischgruss	1 bis 2 (seit 2009)
	Naters	APH Naters	Projekt
Goms			
Leuk			
Raron			
Visp	Visp	APH Martinsheim	Projekt
		APH Paulusheim	1 à 2 (seit 2010)
Siders	Siders	APH Beaulieu	12 bis 15
Sitten	Sitten	APH Le Glarier	1 bis 2
	Grimisuat	APH Les Crêtes	1 bis 2
	Savièse	APH Zambotte	6 bis 8
	Sitten	Le Temps Présent	12 bis 15 (seit 2008)
Hérens			
Conthey	Vétroz	Foyer Haut-de-Cry	1 bis 2
	Chamoson	APH Pierre-Olivier	6 bis 8
Martinach	Martinach	Foyer Chantovernt	25
	Martinach	Foyer Les Acacias	9
	Fully	APH Fully	Projekt
Entremont	Sembracher	SMZ	1 bis 2
St-Maurice	St-Maurice	APH St-Jacques	1 bis 2
Monthey	Vouvry	Foyer Ruby	20
	Monthey	SMZ	Projekt
Total			96 bis 113

Quelle: DGW

Etwa 100 Plätze verfügbar

Derzeit stehen insgesamt rund 100 Plätze zur Verfügung. Chantovernt in Martinach und Le Ruby in Vouvry sind die beiden Strukturen. Sie allein bieten 45 Plätze an. Ihre Leistungen waren ursprünglich mehr im sozialen Bereich angesiedelt (Tageszentrum). Doch es

besuchen immer mehr Demenzkranke diese Strukturen, was eine Neudefinition der Anzahl Plätze und der Art der Betreuung notwendig macht.

Das Angebot der anderen Strukturen entspricht etwa 55 Plätzen. Die einen beherbergen zwischen 6 und 15 Personen in einer speziell für die Tagesbetreuung eingerichteten Struktur. Bei den anderen handelt es sich um APH, die pro Tag 1 bis 2 externe Personen in ihren Einrichtungen betreuen.

Im Jahr 2009 wurden ca. 20'000 Tage erfasst, was etwa 80 Plätzen entspricht.³⁵ Dass diese Zahl unter der Aufnahmekapazität liegt, erklärt sich dadurch, dass gewisse Heime nicht jeden Tag geöffnet sind. Des Weiteren liegt es auch am Standort, an den fehlenden Informationen über die bestehenden Angebote und über die finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten sowie an Mängeln bei der Koordination.

Bezüglich der Verteilung des Angebots kann man feststellen, dass im Oberwallis diese Art der Betreuung momentan noch sehr wenig genutzt wird. Eine gewisse Anzahl Bezirke verfügen über keine Tagesstrukturen, dies auch im Unterwallis. Im Wallis existieren derzeit keine Nachtstrukturen.

Drei Arten von Leistungserbringern

Bei den 18 oben erwähnten Strukturen und Projekten unterscheidet man zwischen drei Arten von Leistungserbringern, die sich in Organisation und Rechnungsstellung unterscheiden:

- 11 APH, die eine Betreuung während des Tages anbieten oder ein solches Angebot planen. Die Leistungen werden durch das Personal des APH erbracht, ohne spezifische Rechnung an die Krankenversicherung.
- 2 SMZ, die eine Tagesbetreuung anbieten oder anbieten werden. Die Leistungen werden der Krankenversicherung als Pflegeleistung zu Hause durch das Personal der SMZ in Rechnung gestellt.
- 5 Tagesheime, die unabhängig von APH oder SMZ, eine Tagesbetreuung anbieten, wobei einige auf Pflegeleistungen der SMZ zurückgreifen, welche der Krankenversicherung in Rechnung gestellt wird.

6.3. Empfehlungen

6.3.1 Die krankenkassenpflichtigen Leistungen identifizieren

Im Hinblick auf das neue Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, das per 1. Januar 2011 in Kraft treten wird, muss die Art der angebotenen Leistungen in den verschiedenen Tagesstrukturen des Kantons geklärt werden. Es ist zu unterscheiden zwischen:

- den Strukturen, die Leistungen eines Tageszentrums anbieten, d.h. eine soziokulturelle Betreuung, die von der Krankenversicherung nicht übernommen werden;
- den Strukturen, die Leistungen eines Tagesheims anbieten, also spezielle Leistungen für betagte Personen, die körperlich oder psychisch erkrankt sind und stark gefährdet oder pflegebedürftig sind. Diese müssen dem neuen Begriff der Tagesstrukturen des KVG entsprechen.

Der Pflegeaufwand in den Tages- oder Nachtstrukturen wird der Krankenversicherung verrechnet, vorausgesetzt er entspricht der Definition des Artikels 7 der Krankenpflege-

³⁵ 20'000 Tage / 250 Arbeitstage.

Leistungsverordnung (KLV). Der erforderliche Pflegebedarf wird für jede beherbergte Person aufgrund der 12 Stufen des KLV für die Betreuung in APH beurteilt.

Der Pflegeleistungserbringer selbst muss als solcher im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) anerkannt sein. Er muss also im Besitz einer vom Kanton erteilten Betriebsbewilligung sein. Die Aufgabe der Tages- oder Nachtstrukturen und die Zulassungsbedingungen müssen klar definiert werden.

Hierbei muss erwähnt werden, dass die Betreuung betagter Menschen, die körperlich und/oder psychisch erkrankt, stark gefährdet oder pflegebedürftig sind, eine spezifische Organisation und Arbeitsweise nötig macht, vor allem was die Gruppengrösse und die multidisziplinäre Zusammenstellung der Teams betrifft.

6.3.2 Mindestens 280 Plätzen in Tagesstrukturen anstreben

Die unter Punkt 2.3.1 aufgeführten Daten zeigen auf, dass in unserem Kanton derzeit 1'400 Personen mit mittelschwerer und schwerer Demenz zu Hause betreut werden. Um die Angehörigen, die sich um diese Kranken kümmern, einen Tag pro Woche entlasten zu können, müsste man über mindestens 280 Plätze (1'400 Plätze pro Woche dividiert durch 5 Tage) in spezialisierten Tagesstrukturen verfügen. Hinzu kommen die Bedürfnisse der betagten Personen, die an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden und gefährdet oder pflegebedürftig sind. Im Wallis ist das bestehende Angebot noch ungenügend. Es stehen nur rund 100 Plätze zur Verfügung, wovon ein Teil nicht der Definition einer Tagesstruktur entspricht.

Es ist wichtig, dass die Angehörigen, welche die pflegebedürftigen Betagten betreuen, rasch Unterstützung erhalten, damit eine Erschöpfung der betreuenden Personen und ein frühzeitiger Eintritt in ein APH der pflegebedürftigen alten Menschen vermieden wird. Zu diesem Zweck schlägt das Departement vor, im Kanton mindestens 280 Betreuungsplätze in Tagesstrukturen zu schaffen. Gleichzeitig soll die Schaffung von Nachtstrukturen in APH gefördert werden. Eine genauere Analyse der Bedürfnisse der Tages- und Nachtstrukturen soll, basierend auf spezifischen Studien und statistischen Analysen, durchgeführt werden.

Die Tages- oder Nachtstrukturen sollen innerhalb der APH entstehen. Diese Lösung hat den Vorteil, dass sich die betroffenen Personen mit den APH vertraut machen können, im Wissen, dass ein Teil von ihnen, sollte ihr Gesundheitszustand es erfordern, dort langfristig oder in einem Kurzaufenthaltsbett untergebracht werden wird. Die Kontinuität der Betreuung würde dadurch leichter möglich. Ausserdem werden mit der Eingliederung in ein APH Synergien geschaffen und die Administration erleichtert.

6.3.3 Überprüfung der Finanzierung durch den Kanton

Die Tagesstrukturen im Wallis, die eine Betreuung in Form eines Tagesheims oder Tageszentrums anbieten, erhalten derzeit eine Tagespauschale von Fr. 45.- pro Person. Dieser Betrag wird bis zu 63% durch den Kanton und zu 37% durch die Gemeinden finanziert.

Die Finanzierungsmodelle dieser Strukturen werden aufgrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung geändert. Diejenigen, die als Tagesstrukturen im Sinne des KVG anerkannt werden, erhalten Beiträge von der Krankenversicherung. Eine Zusatzfinanzierung durch den Kanton und die Gemeinden soll angestrebt werden, damit der Fortbestand und der Ausbau dieser Art von Leistungen gesichert ist. Diese werden auch in Zukunft nicht vollständig von der Krankenversicherung finanziert.

Bei den Leistungen der Tageszentren (soziokulturelle und präventive Betreuung) stellt sich die Frage, ob das Gesundheitsgesetz die gesetzliche Grundlage für deren Finanzierung bilden kann, sofern es sich nicht um Pflegestrukturen im Sinne der KVG handelt.

7. Alters- und Pflegeheime (APH): Kurzaufenthaltsbetten

7.1. Definition

Abteilung für Kurzaufenthalte gemäss den Bestimmungen von 2003

Die kantonalen Richtlinien vom August 2003 betreffend die durch die Pflegeheime für Betagte zu erfüllenden Bedingungen für den Betrieb und für die Subventionierung von Betten für Kurzaufenthalte enthält folgende Definition:

Eine Abteilung für Kurzaufenthalte besteht aus mehreren Betten, welche für Kurzaufenthalte bestimmt sind. Sie ermöglicht grundsätzlich die vorübergehende Aufnahme während einer Periode von maximal vier Wochen von einer zu Hause lebenden Person, damit die aufnehmende Familie entlastet werden kann und eine Ruhepause einlegen kann. Diese Abteilung kann ebenfalls für den vorübergehenden Aufenthalt von maximal 4 Wochen einer aus dem Spital austretenden, betagten Person dienen, welche nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, und für welche die Betreuung durch die Hilfe und Pflege zu Hause nicht möglich ist.

Diese Definition soll aktualisiert werden. Die Kurzaufenthaltsbetten einer Einrichtung müssen nicht zwingend innerhalb einer Abteilung zusammengefasst werden. In der Praxis werden sie generell auf verschiedene Pflegeabteilungen verteilt, was vor allem die Personalplanung erleichtert. Es ist deshalb sinnvoller, von Kurzaufenthaltsbetten in APH zu sprechen und den Begriff Abteilung für Kurzaufenthalte fallen zu lassen. Ausserdem müssen die Dauer und die Anzahl Unterbringungen ein und derselben Person während eines Jahres nach oben korrigiert werden, um den aktuellen und künftigen Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden.

Kurzaufenthaltsbetten in APH: neue Definition geplant

Die Definition aus den Richtlinien von 2003 soll folgendermassen geändert werden:

Kurzaufenthaltsbetten sind Betreuungsplätze in APH, für einen begrenzten Zeitraum für betagte Menschen. Sie unterstützen die Betreuung zu Hause und haben die Rückkehr der betagten Person nach Hause zum Ziel. Sie sind eine intermediäre Struktur zwischen dem Zuhause, dem APH und dem Spital

Mit den Kurzaufenthaltsbetten sollen:

- *Spitalaufenthalte oder Heimunterbringungen vermieden oder verzögert werden;*
- *Unterbringungen nach einem Spitalaufenthalt infolge Krankheit oder Unfall ermöglicht werden, wenn die akuten Probleme behoben sind, aber die Betreuung zu Hause (SMZ) noch nicht wieder möglich ist.*

Die Kurzaufenthaltsbetten ermöglichen namentlich:

- *im Voraus geplante Aufenthalte, z.B. um Angehörigen und Betreuern einer zu Hause lebenden betagten Person regelmässig zu entlasten und zu unterstützen;*
- *die notfallmässige Aufenthalt wegen einer Krisensituation z.B. wenn der pflegende Partner vorübergehend die gewohnte Unterstützung nicht erbringen kann (ungeplante Spitaleinweisung, Erschöpfung usw.). Der Aufenthalt kann innert 24 bis 48 Stunden organisiert werden.*

Die Aufenthaltsdauer soll grundsätzlich auf 5 aufeinander folgende Wochen begrenzt werden und die Person soll danach wieder nach Hause zurückkehren können. Eine begründete Verlängerung kann von Fall zu Fall in Betracht gezogen werden. Es sollten pro Jahr mehrere geplante Aufenthalte möglich sein, mit einer noch festzulegenden Maximaldauer pro Jahr (z.B. insgesamt 10 bis 12 Wochen pro Jahr).

7.2. Ausgangslage

Entscheid des Staatsrates vom 10. August 2005: mindestens 24 Kurzaufenthaltsbetten

Mit dem Entscheid vom 10. August 2005 erteilte der Staatsrat den APH den Auftrag, « die Anzahl der Kurzaufenthaltsbetten zu erhöhen, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten oder einen Übergang vom Spital nach Hause zu ermöglichen ». Der Bericht zu diesem Entscheid sah die Bereitstellung von mindestens 24 Kurzaufenthaltsbetten vor, 4 für jede der 6 Regionen im Kanton (vor dem Zusammenschluss der beiden Oberwalliser Regionen zu einer einzigen Region).

Situation 2009: 21 betriebene und 48 geplante Kurzaufenthaltsbetten

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung (pro Region und Bezirk) der bestehenden Kurzaufenthaltsbetten im Jahr 2009 sowie die laufenden Projekte. Sie gibt ebenfalls Aufschluss über die Anzahl Kurzaufenthaltsbetten, die im Jahr 2013 pro 1'000 Einwohner im Alter von über 80 Jahren verfügbar sein werden, wenn alle Projekte realisiert werden.

Abbildung 21 Kurzaufenthaltsbetten – Situation 2009 und laufende Projekte

	Situation	Projekte					Total	% Bev.
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	80+ 2013	
Bezirk Brig	6					6	4.6	
Bezirk Goms								
Bezirk Leuk			3			3	4.1	
Bezirk Raron	1					1	1.6	
Bezirk Visp	9		4			13	9.7	
Total Region Oberwallis	16					23	5.4	
Bezirk Siders	4					4	1.6	
Total Region Siders	4					4	1.6	
Bezirk Sitten			4			4	2.0	
Bezirk Hérens								
Bezirk Conthey	1					1	0.9	
Total Region Sitten	1					5	1.4	
Bezirk Martinach			5	5		10	5.0	
Bezirk Entremont		7				7	9.5	
Total Region Martinach						17	6.2	
Bezirk St-Maurice		6				6	9.8	
Bezirk Monthey					14	14	8.6	
Total Region Monthey u. Umgeb.						20	8.9	
TOTAL Kanton	21					69	4.4	

Quelle: erstellt von der DGW basierend auf den Daten des BFS 2009 (Szenario AR-00-2005/09)

Im Jahr 2013 verfügt das Wallis voraussichtlich über 4.4 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter. Dieser Anteil variiert von Region zu Region von

1.4 bis 8.9 Betten. Es ist anzumerken, dass derzeit nicht in allen Bezirken Kurzaufenthaltsbetten geplant sind.

Das Ziel der Planung 2005 von mindestens 4 Kurzaufenthaltsbetten pro Region soll bis 2013 erreicht werden. Dennoch muss dieses Ziel nach oben korrigiert werden, will man die Betreuung zu Hause weiter stärken, indem man den Angehörigen mehr Entlastungspausen anbietet.

7.3. Empfehlungen

7.3.1 Eine Norm von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre

Im interkantonalen Vergleich wenig Kurzaufenthaltsbetten

Im interkantonalen Vergleich verfügt das Wallis über sehr wenig Kurzaufenthaltsbetten. 2008 gab es im Wallis 1.5 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre verglichen mit durchschnittlich 5.1 schweizweit, respektive 7.4, 7.8 und 7.9 in den Kantonen Waadt, Bern und Basel-Stadt. Unser Kanton, der zu den Kantonen mit den im Verhältnis am wenigsten Langzeitbetten gehört, muss mehr Kurzaufenthaltsbetten bereitstellen, um die Angehörigen zu entlasten.

Mindestens 80 Kurzaufenthaltsbetten für Menschen mit Demenz

Wie bereits unter Punkt 2.3.1 erwähnt, geht man davon aus, dass im Wallis derzeit 1'400 Demenzkranke im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium dank ihren Angehörigen zu Hause betreut werden. Diese Angehörigen müssen während einiger einige Wochen im Jahr entlastet werden – sei es zu Ferienzwecken oder weil sie beispielsweise ins Spital müssen.

Um den Angehörigen, die sich um die 1'400 Kranken kümmern, eine 3-wöchige Entlastungspause pro Jahr anbieten zu können, müsste unser Kanton derzeit über 80 Kurzaufenthaltsbetten verfügen.³⁶ Diese Zahl ist sogar noch zu niedrig angesetzt, da sie von einem 100%igen Belegungsgrad ausgeht und dabei die Bedürfnisse nicht berücksichtigt, die aufgrund anderer Krankheiten entstehen.

5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter

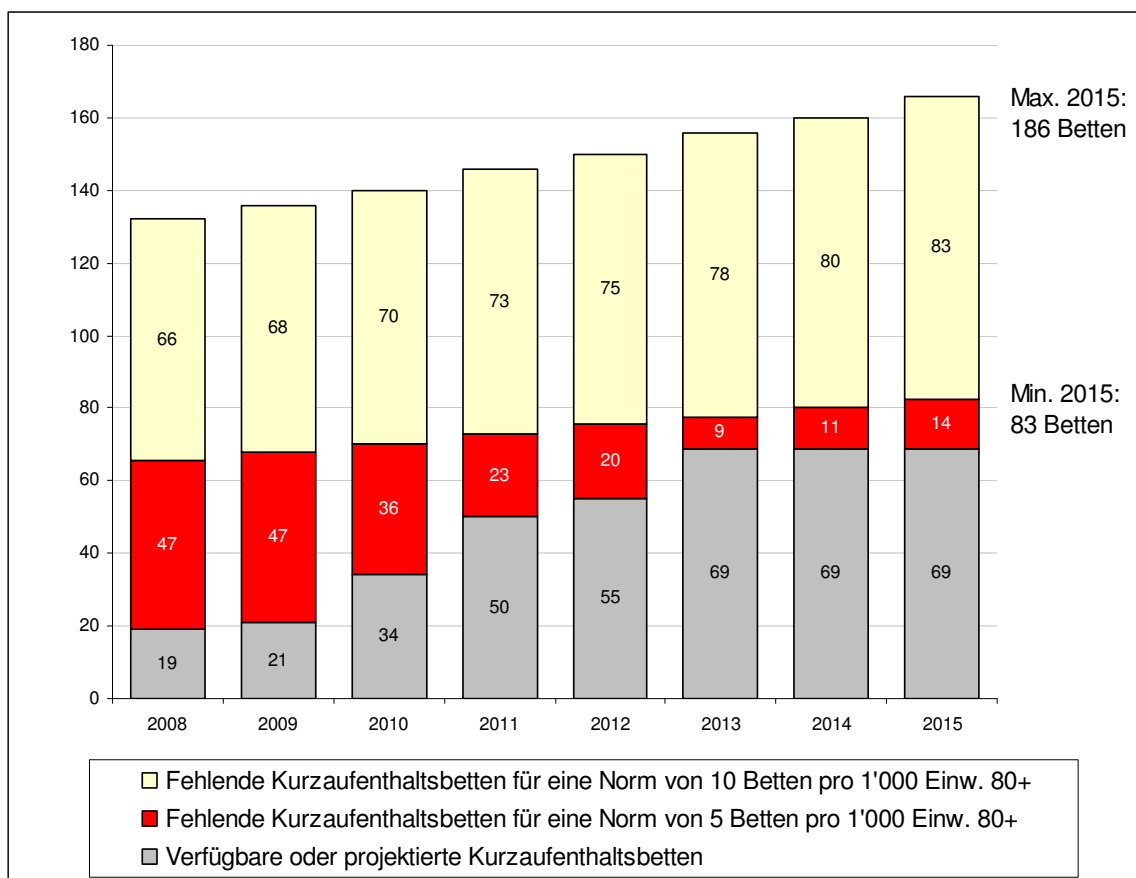
Um die Betreuung zu Hause so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und die Spitalaustritte zu erleichtern, müsste der Kanton pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter die Bereitstellung von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten anstreben. 2015 entspräche dies einem Total von mindestens 83 und maximal 166 Betten für den gesamten Kanton.

Die folgende Grafik veranschaulicht:

- die Anzahl verfügbarer oder geplanter Kurzaufenthaltsbetten (Situation am 31.12.2009) (grau);
- die Anzahl fehlender Kurzaufenthaltsbetten für eine Norm von 5 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter (rot);
- die Anzahl fehlender Kurzaufenthaltsbetten für eine Norm von 10 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter (gelb).

³⁶ 1'400 Personen x 21 Tage = 29'400 Tage, d.h. ca. 80 Betten (80 Betten x 365 Tage = 29'200 Tage)

Abbildung 22 **Verfügbare oder geplante Kurzaufenthaltsbetten und fehlende Kurzaufenthaltsbetten zum Ziel von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner im Alter von über 80 Jahren, Wallis, 2008–2015**



Quelle: erstellt von der DGW basierend auf den Daten des BFS 2009 (Szenario AR-00-2005/09)

7.3.2 Projekte mit Kurzaufenthaltsbetten fördern und deren Finanzierung sichern

Um die Schaffung von Kurzaufenthaltsbetten voranzutreiben, empfiehlt das Departement, Erweiterungs- oder Bauprojekte für APH zu bevorzugen, die diese Bettenart mit einplanen. Des Weiteren wird vorgeschlagen, in der künftigen Gesetzgebung über die Langzeitpflege jedes APH dazu zu verpflichten, einen gewissen (noch festzulegenden) Anteil an Betten für Kurzaufenthalte bereitzustellen.

Derzeit werden Kurzaufenthaltsbetten gleich wie Langzeitbetten finanziert, und zwar durch Subventionen in der Höhe von 30% der Betriebs- und Investitionskosten, unabhängig vom Belegungsgrad dieser Betten. Die Einnahmen aus der Krankenversicherung und von den beherbergten Personen (Pensionspreis) können in der Zeit, in der die Betten leer stehen, nicht bezogen werden. Dies erklärt auch die Probleme und den Widerstand beim Aufbau dieses Angebots. Der Belegungsgrad bei Kurzaufenthaltsbetten ist zwangsläufig tiefer als derjenige bei Langzeitbetten, weil erstere nicht voraussehbare Fälle wie sozialmedizinische Notfälle abdecken müssen. Zudem wird die beherbergte Person mit doppelten Kosten konfrontiert: zum einen mit dem Pensionspreis, der die Kosten für die vorübergehende Unterbringung im APH deckt, und zum anderen mit der Miete für die Wohnung zu Hause.

Um die Schaffung und Zugänglichkeit von Kurzaufenthaltsbetten zu fördern, sollte die Art und Höhe der Finanzierung so angepasst werden, dass der Ausbau und die Zugänglichkeit dieser Leistungen begünstigt werden, wie dies in anderen Kantonen geschieht. Gleichzeitig müssen die Koordination und die Kommunikation verbessert werden, um den Belegungsgrad dieser Betten zu steigern.

8. Alters- und Pflegeheime (APH): Anzahl Langzeitbetten

8.1. Definitionen

Gemäss Artikel 39, Abs. 3 des KVG sind Pflegeheime Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen.

Die kantonalen Richtlinien betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheime für Betagte vom 22. April 2005 enthalten folgende Definition:

Im Sinne der Bestimmungen der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung wird als « Pflegeheim für Betagte » eine Gesundheitseinrichtung definiert, die über eine Mindestgrösse verfügt und im Rahmen der stationären Betreuung von betagten Personen Dienstleistungen im Bereich der Pflege, Therapie und ärztlicher Aufsicht anbietet. Ein Pflegeheim gewährleistet sowohl die soziale Betreuung und Beherbergung als auch die pflegerische Betreuung der Bewohner, die psychisch und physisch regelmässige Hilfe bei der Ausführung der täglichen Lebensaktivitäten und ärztliche Aufsicht benötigen. Zu diesem Zweck muss das qualifizierte Personal über Kenntnisse in Medizin, Pflege und Gerontologie verfügen. Alle in diesen Institutionen tätigen Personen müssen eine für ihre Funktion adäquate berufliche Ausbildung haben.

Im Rahmen des Vorentwurfs für das kantonale Gesetz über Langzeitpflege, das momentan ausgearbeitet wird, soll folgende Definition gelten: « APH beherbergen, an einem oder mehreren in der Nähe liegenden Standorten, für Kurz- und Langzeitaufenthalte, betagte Menschen, deren körperliche oder psychische Gesundheit Pflege, gemäss KVG und dessen Ausführungsbestimmungen, für die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten nötig macht, ohne einen stationären Spitalaufenthalt zu rechtfertigen. »

8.2. Ausgangslage

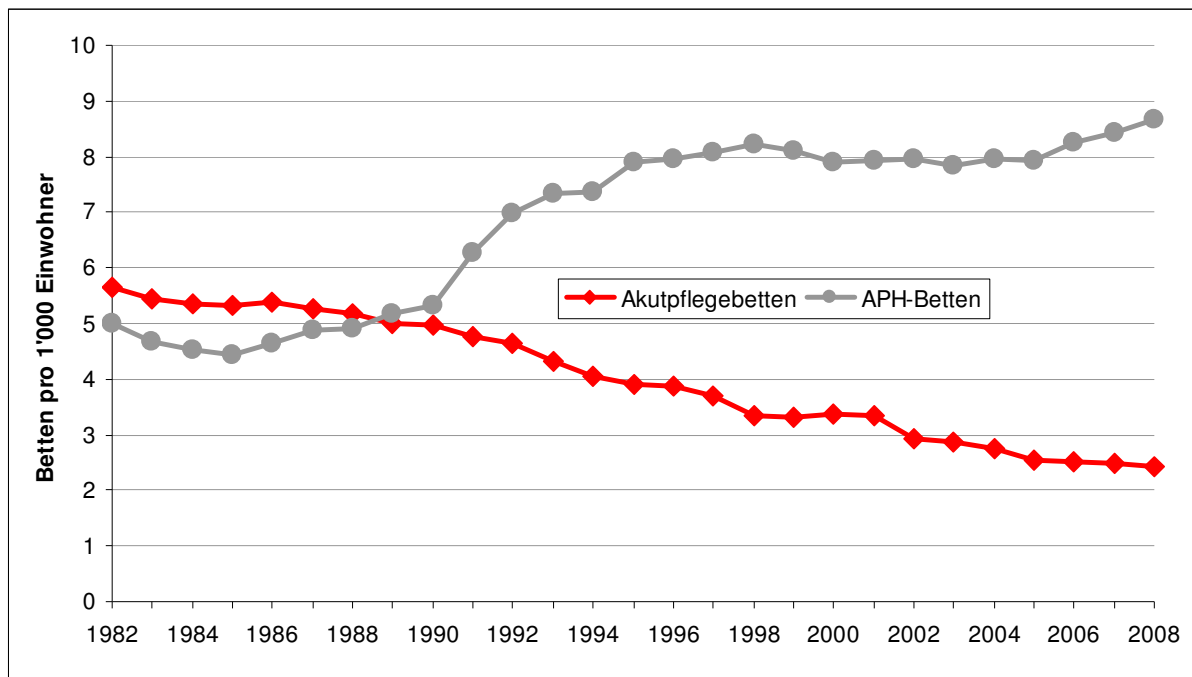
8.2.1 Kurzer Überblick

Dank der finanziellen Unterstützung des Bundes (30% der Investitionsausgaben von 1980 bis 1987) und des Kantons (Beiträge bis zu einer Höhe von 30% der Investitionsausgaben) ist die Anzahl Betten in APH in den 1980er-Jahren stark gestiegen. Gleichzeitig ist die Anzahl Akutpflegebetten in den Spitälern schrittweise zurückgegangen, und zwar wegen der kürzeren Aufenthaltsdauer und des Rückgangs der unnötigen Spitalaufenthalte. Diese Entwicklung wurde durch die Schaffung neuer APH-Betten, die eine vermehrte medizinische Betreuung ermöglichten, und den Ausbau der Spitex begünstigt.

Wie die folgende Abbildung zeigt, hat die Anzahl Akutpflegebetten in den Walliser Spitälern von 5 Betten pro 1'000 Einwohnern im Jahr 1990 auf 2.4 Betten im Jahr 2008 abgenommen.

Im Gegensatz dazu ist die Anzahl der APH-Betten pro 1'000 Einwohner von 5.3 Betten im Jahr 1990 auf 8.7 im Jahr 2008 angestiegen.

Abbildung 23 **Entwicklung der Anzahl Akutpflegebetten (GNW und Clinique de Valère) und APH-Betten pro 1'000 Einwohner, Wallis, 1982–2008**



Quelle: DGW

In den letzten Jahren hat die Walliser Regierung mehrere Massnahmen verabschiedet, um der wachsenden Nachfrage nach APH-Betten gerecht zu werden und um unnötige Verlängerungen der Spitalaufenthalte betagter Personen zu vermeiden. Aus diesem Grund wurde 2001 beschlossen, zusätzlich zum Ausbau der Spitex, 200 neue APH-Betten zu schaffen (100 in der Region Brig, 70 im Zentralwallis und 30 im Unterwallis) und 144 bereits vorhandene Betten anzuerkennen. Im Jahr 2003 genehmigte der Staatsrat die Schaffung von 32 zusätzlichen Betten für das Oberwallis, das bis dahin über eine geringere APH-Bettennorm verfügte. Am 10. August 2005 beschloss der Staatsrat schliesslich die Bereitstellung von 390 neuen Betten.

8.2.2 Merkmale der in APH betreuten Personen

Das durchschnittliche Eintrittsalter steigt

In den letzten Jahrzehnten ist das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner bei ihrem Eintritt markant gestiegen. Es liegt momentan bei 84 Jahren, während es in den 1980er-Jahren bei 70 Jahren und davor unter 70 Jahren lag.

Mehr als 70 Bewohner jünger als 65 Jahre

Die Walliser APH beherbergen nicht nur alte Menschen, sondern auch mehr als 70 Personen, die weniger als 65 Jahre alt sind.

Abbildung 24 Anzahl Bewohner der Walliser APH pro Altersklasse, 2000–2008

Alterklasse	Jahr								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
bis 65	88	83	70	123	79	64	79	74	77
65 - 69	101	88	101	88	78	84	83	80	81
70 - 74	164	159	142	146	161	154	154	160	164
75 - 79	310	298	285	273	266	270	282	307	303
80 - 84	460	493	521	529	538	530	541	557	571
85 - 89	587	572	591	582	588	617	614	678	733
über 90	438	464	500	514	561	584	536	531	552
TOTAL	2'148	2'157	2'210	2'255	2'271	2'303	2'289	2'387	2'481

Quelle: Walliser Gesundheitsobservatorium

Für bestimmte Personen unter 65 Jahren ist die Unterbringung in einem APH keine geeignete Lösung. Hierbei handelt es sich oft um Personen, die soziale, pädagogische oder therapeutische Unterstützung in einer daran angepassten Umgebung benötigen. Diese Leistungen erfordern spezifische Kenntnisse und fallen nicht in den Aufgabenbereich der APH.

Damit die APH-Betten auch der pflegebedürftigen Bevölkerung, für die sie gedacht sind, zur Verfügung stehen, müssen die Planung der Langzeitpflege und die Planung der sozialen Institutionen und für behinderte Personen aufeinander abgestimmt werden. Für jede Personenkategorie sollen spezielle Institutionen geschaffen und Aufnahmekriterien definiert werden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nimmt ab

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den APH sinkt. In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre betrug sie etwa 3 Jahre und 6 Monate, 2007 noch 3 Jahre und 4 Monate und 2008 lag sie bei 2 Jahren und 10 Monaten. Das höhere Eintrittsalter, das einen gesteigerten Pflegeaufwand mit sich bringt, erklärt diese Entwicklung. Menschen im APH sterben oft noch im Laufe des ersten Aufenthaltsjahres.

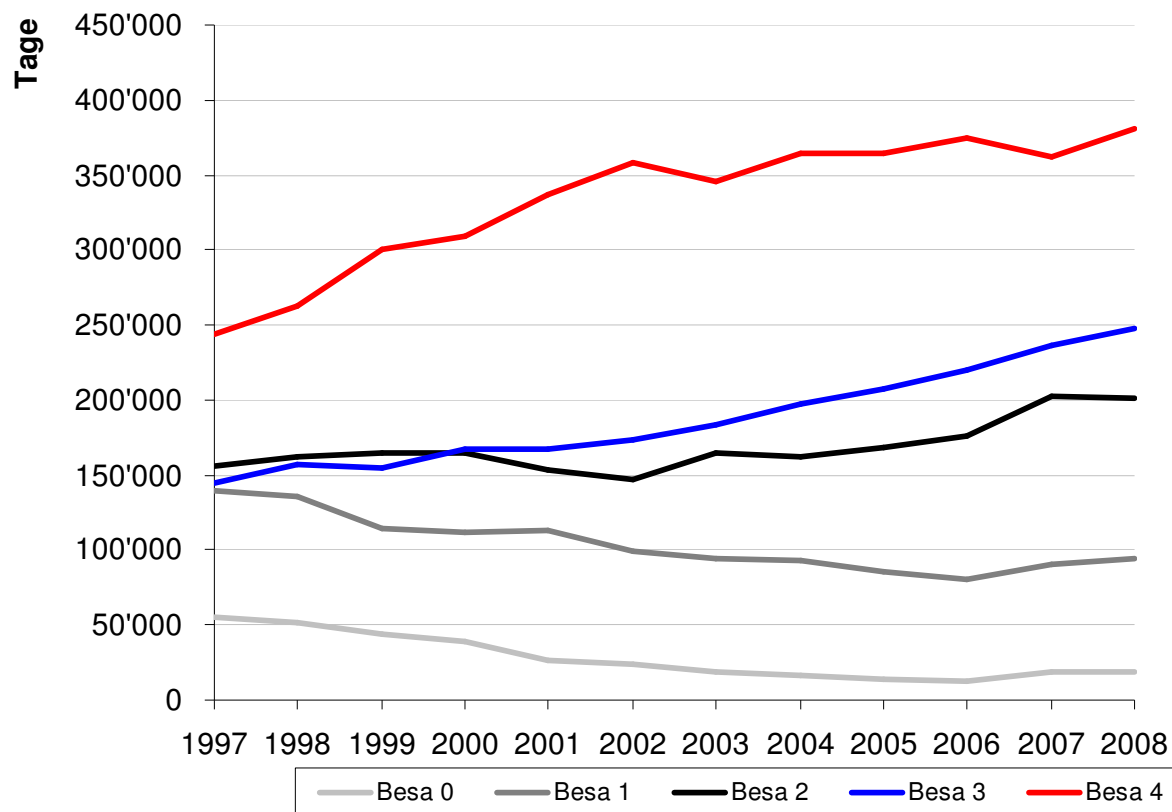
Der Pflegeaufwand steigt an

Dank dem medizinischen Fortschritt und dem Ausbau der Spitex können die alte Menschen länger zu Hause wohnen bleiben. Sie treten immer später in ein APH ein – meistens dann, wenn ihre Selbstständigkeit stark beeinträchtigt ist, oft auch mit demenzbedingten Problemen. Der Pflegebedarf in unseren APH ist dadurch stetig angestiegen.

Im Jahr 1997 wurde in allen Walliser APH das Einstufungs- und Abrechnungssystem für Bewohnerinnen und Bewohner, BESA. Es erlaubt die Einstufung aller Pflege- und Behandlungsmassnahmen nach Aufwand: von BESA 0 (keine Pflegeleistung) bis BESA 4 (mehr als 3 Stunden Pflege pro Tag).

Wie die folgende Abbildung zeigt, nehmen die Bewohner in den höchsten Pflegestufen – BESA 3 und 4 – stetig zu und bilden die grosse Mehrheit, während die Patienten der tieferen Pflegestufen – BESA 0 und 1 – tendenziell eher abnehmen. 2008 benötigten 66.7% aller in APH betreuten Personen Pflege der Stufen BESA 3 oder 4, gegenüber 52% im Jahr 1997. Die in der Stufe BESA 4 eingeteilten Bewohner machten alleine 40,4% der APH-Bewohner aus, gegenüber 33% im Jahr 1997.

Abbildung 25 **Entwicklung der Anzahl Tage gemäss Pflegeaufwand der Bewohner (BESA-System), Wallis, 1997–2008**



Quelle: DGW

8.2.3 Entwicklung der geplanter Bettenzahl

Im Rahmen der sozialmedizinischen Planung vom 10. August 2005 entschied der Walliser Staatsrat, 390 neue Betten zur Verfügung zu stellen, um die Aufnahmekapazität der APH auf 2'980 Einheiten zu erhöhen. Der Bericht³⁷, auf den sich diese Entscheidung stützte, verdeutlicht, dass dieses Ziel bis 2013 erreicht werden sollte, damit zu diesem Zeitpunkt über 204 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter zu verfügen, was der Ende 2004 bestehenden Bettenzahl entsprochen hätte.

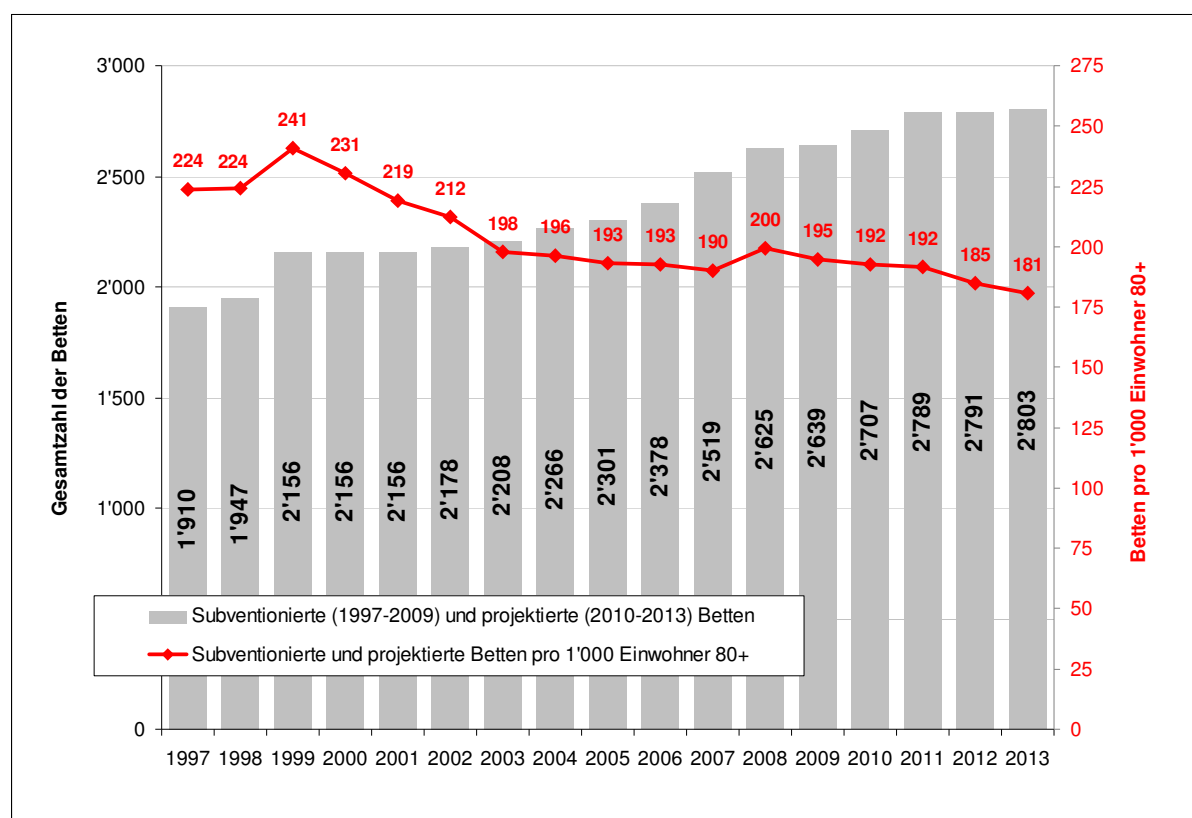
Die Zahl von 2'890 Betten wurde mit den im Jahr 2002 vom BFS veröffentlichten demografischen Prognosen errechnet. Diese basierten noch auf der eidgenössischen Volkszählung von 1990. Wie bereits unter Punkt 2.1.1 erläutert, wurden aufgrund der Daten der eidgenössischen Volkszählung von 2000 die Bevölkerungsszenarien nach oben

³⁷ Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, *Die Betreuung betagter Personen*, August 2005, S. 9.

korrigiert. Derzeit prognostiziert das BFS für das Wallis 15'512 betagte Personen im Alter von über 80 Jahren im Jahr 2013, d.h. 1'390 Personen mehr als noch im Bevölkerungsszenario 2002. Mit 2'890 Betten bis 2013 wird folglich die Norm von 204 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre nicht erreicht: gemäss den neuen demografischen Prognosen läge sie bei 186 Betten.

Ausserdem haben Sidlers und Sitten derzeit die Bettenzahl, die ihnen in der Planung 2005 zugeteilt wurde, nicht ausgeschöpft, so dass sich 2013 die Gesamtanzahl der Betten auf 2'803 belaufen wird – laufende Projekte mitberücksichtigt –, was 181 Betten pro 1'000 Einwohner von 80 Jahren und älter entspricht.

Abbildung 26 **Entwicklung der Anzahl subventionierter APH-Betten, 1997–2013**



Quelle: erstellt von der DGW mit Daten des BFS 2009 (Szenario AR-00-2005/09)

8.3. Empfehlungen

8.3.1 Maximal 200 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre

Das Departement empfiehlt unter Berücksichtigung der Prognosen für die Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen, der derzeitigen Betreuung in den APH, der Vorteile der Betreuung zu Hause und der interkantonalen Vergleiche, im Rahmen der vorliegenden Planung eine Maximalnorm von 200 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter festzulegen. Diese Norm entspricht der im Jahr 2008 bestehenden Anzahl Betten in unserem Kanton. Sie liegt damit etwas tiefer als in der Planung 2005 vorgesehen (204 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner im Alter von über 80 Jahren). Die Spitexleistungen

werden weiter ausgebaut und die Anzahl Kurzaufenthaltsbetten und Plätze in Tagesstrukturen markant erhöht.

Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger

Wie unter Punkt 2.2 erwähnt, nahm die Anzahl Lebensjahre bei schlechter Gesundheit zwischen 1980 und 2000 ab. Wenn sich diese Entwicklung stabilisiert, wird die Anzahl pflegebedürftiger betagter Personen zwischen 2000 und 2020 um ein Drittel steigen. Experten gehen davon aus, dass sich die Anzahl Lebensjahre bei schlechter Gesundheit zumindest kurzfristig weiterhin reduzieren wird. Sie schätzen deswegen, dass die Anzahl alter Menschen, die Langzeitpflege benötigen, zwischen 2000 und 2020 um 20% ansteigen wird. Die langfristige Entwicklung ist unsicher und wird von den Auswirkungen der derzeitigen Gesundheitsprobleme, vor allem von der Fettleibigkeit und vom Tabakkonsum, beeinflusst.

Pflegebedarf

Obwohl die Walliser APH vermehrt Bewohner mit hohem Pflegebedarf beherbergen, sind 2008 immer noch durchschnittlich 1/3 der Bewohner in tiefen Pflegestufen eingeordnet (BESA 0, 1, 2). Ein Teil von ihnen könnte zu Hause betreut werden. Ausserdem könnten die Umsetzung der unter Punkt 2.2.3 erwähnten Präventionsmassnahmen und der Ausbau der Betreuung zu Hause bereits zum jetzigen Zeitpunkt dazu beitragen, den Eintritt in ein APH hinauszögern.

Vorteile der Betreuung zu Hause

Die Betreuung zu Hause hat verschiedene Vorteile. Sie kostet das Gesundheitssystem und die betagte Person weniger als die Betreuung im APH. Dies ist zum grossen Teil auf die informelle Hilfe zurückzuführen. Zudem entspricht sie den Erwartungen der betagten Menschen: Verschiedene Studien haben gezeigt, dass zwischen 65 und 70% der pflegebedürftigen betagten Personen lieber zu Hause bleiben.

Wenn die Betreuung zu komplex wird oder das Umfeld nicht mehr in der Lage ist, die nötige Hilfe zu gewährleisten, ist der Umzug der pflegebedürftigen betagten Person in ein APH sinnvoll, sowohl für den Betroffenen selber als auch für die Angehörigen.

Interkantonale Vergleiche

Das Wallis gehört zu den Kantonen, die im Verhältnis zur Bevölkerung der über 80-Jährigen am wenigsten auf Langzeitpflege in APH zurückgreifen, während das Angebot an Kurzaufenthaltsbetten sehr gering ist und die Spitexleistungen im schweizerischen Durchschnitt liegen.

Im Jahr 2008 hatten nur drei Kantone (Waadt, Genf und Baselland) weniger Langzeitbetten als das Wallis, nämlich 178, 184 respektive 194 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre im Vergleich zu 201 im Wallis. Diese Kantone bieten aber mehr Spitexleistungen an als das Wallis. Mit Ausnahme des Kantons Genf verfügen sie auch über eine höhere Anzahl an Kurzaufenthaltsbetten. Der Kanton Waadt hat kürzlich seine Planung überarbeitet und entschieden, pro Jahr etwa 100 Langzeitbetten zu schaffen. Damit dürfte eine Anzahl von 200 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter erreicht werden.

Mit 202 respektive 206 Langzeitbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre im 2008 verfügen die Kantone Basel-Stadt und Jura über ungefähr gleich viele Langzeitbetten wie der Kanton Wallis. Aber die Anzahl Kurzaufenthaltsbetten und die Spitexleistungen sind weitaus höher. Der Kanton Bern hat im Verhältnis zur über 80-jährigen Bevölkerung mehr APH-

Langzeitbetten (262 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre), verfügt zudem über mehr Kurzaufenthaltsbetten und die Spitexleistungen sind stärker ausgebaut als im Wallis. In seiner neuen Planung verfolgt der Kanton Bern ebenfalls das Ziel 200 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter bereit zu stellen.

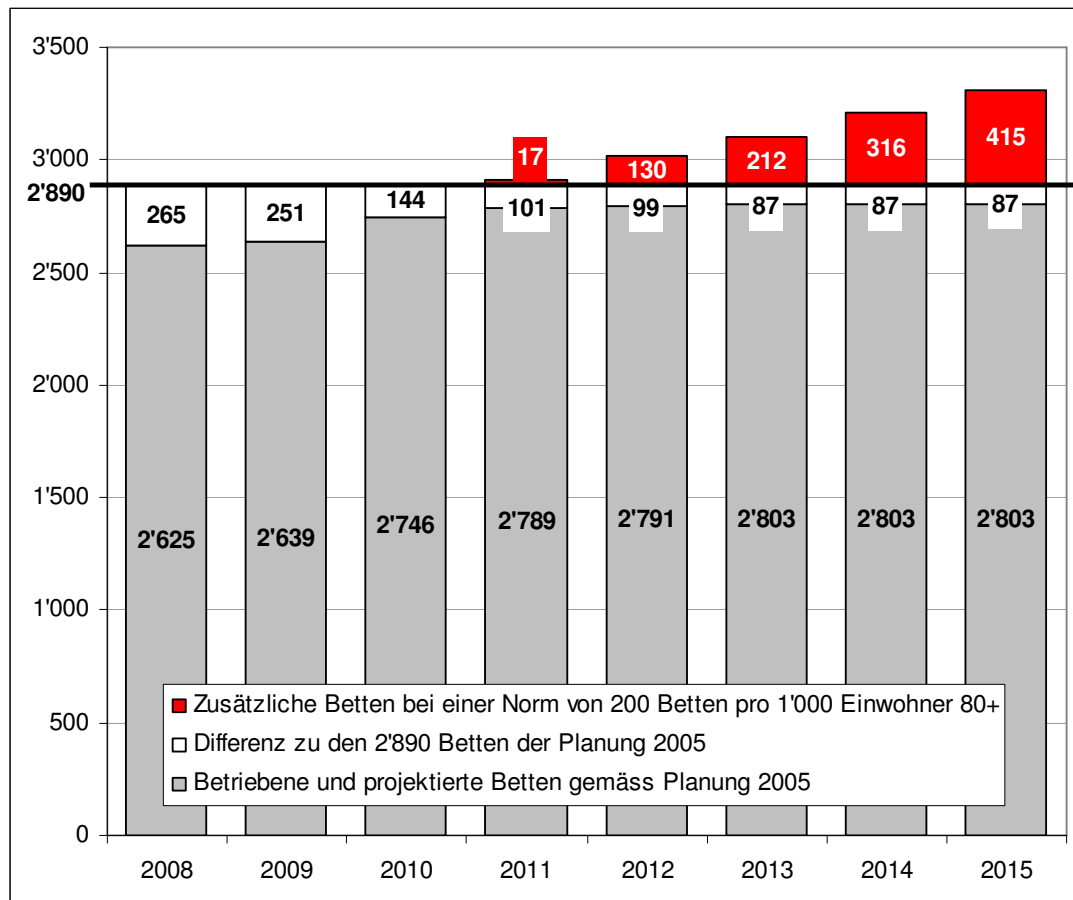
8.3.2 Neue Betten schaffen

Obwohl die vorher empfohlene Norm unter dem Ziel der Planung 2005 liegt, müssen wegen der steigenden Anzahl Personen über 80 Jahre neue Betten geschaffen werden.

Die unten stehende Grafik veranschaulicht:

- die bestehenden Betten und die laufenden Projekte (grau);
- die Differenz zu den 2'890 in der Planung 2005 vorgesehenen (weiss);
- zusätzliche Betten (rot) zur Erreichung der Maximalnorm von 200 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter, gemäss den aktuellen demografischen Prognosen (Szenario BFS 2009).

Abbildung 27 **Entwicklung der Anzahl APH-Betten im Wallis gemäss Planung 2005 und Anzahl zusätzlicher Betten zur Erreichung der Maximalnorm von 200 Betten pro 1'000 Einwohner von 80 Jahren und älter, 2008–2015**



Quelle: erstellt von der DGW aufgrund der Daten des BFS 2009 (Szenario AR-00-2005/09)

Aufgrund der aktuellen demografischen Prognosen werden bis 2015 zusätzlich zu den vorgesehenen Betten der Planung 2005 höchstens 415 weitere Betten gerschaffen.

Diese Angaben dienen als unverbindlicher Anhaltspunkt. Die genaue Anzahl notwendiger APH-Betten muss in regelmässigen Abständen, basierend auf den neusten verfügbaren demografischen Prognosen des BFS festgelegt werden. Der Staatsrat und der Grosse Rat entscheiden jedes Jahr im Rahmen des Budgets und der integrierten Mehrjahresplanung, welche Beträge für die Schaffung neuer Betten bereitgestellt werden.

9. Alters- und Pflegeheime (APH): Verteilung der Langzeitbetten

9.1. Gegenwärtige Verteilung

2008 gab es im Wallis 43 APH, die 2'606 Langzeitbetten betrieben, die wie folgt auf die Regionen und Bezirke verteilt waren:

Abbildung 28 **Genutzte APH-Betten (in der Planung anerkannte und nicht anerkannte) und Prozentsatz der in BESA 3 oder 4 eingeteilten Bewohner pro Gesundheitsgebiet und Bezirk, Durchschnitt 2008**

	Betriebene Betten	Bevölkerung 80+	Betten pro 1'000 Einw. 80+	% Bewohner BESA 3-4
Bezirk Brig	250	1'027	243	48.1%
Bezirk Goms	73	249	293	68.1%
Bezirk Leuk	116	594	194	72.4%
Bezirk Raron	76	488	157	59.2%
Bezirk Visp	265	991	267	71.0%
Total Region Oberwallis	779	3'350	233	61.9%
Bezirk Siders	344	2'234	154	74.9%
Total Region Siders	344	2'234	154	74.9%
Bezirk Sitten	435	1'676	260	66.7%
Bezirk Hérens	59	490	121	68.3%
Bezirk Conthey	174	957	182	81.5%
Total Region Sitten	668	3'123	214	70.7%
Bezirk Martinach	335	1'793	187	70.2%
Bezirk Entremont	102	641	159	80.8%
Total Region Martinach	437	2'434	180	72.7%
Bezirk St-Maurice	61	526	116	64.4%
Bezirk Monthey	316	1'381	229	71.3%
Total Region Monthey u. Umgeb.	377	1'907	198	70.2%
TOTAL Kanton	2'606	13'047	200	68.8%

Quelle: erstellt von der DGW gemäss Angaben des Walliser Gesundheitsobservatoriums

Bettenzahl: grosse Unterschiede zwischen und innerhalb der Regionen

Zwischen den Regionen und auch innerhalb dieser bestehen grosse Unterschiede. Mit 154 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter benötigt die Region Siders am wenigsten APH-Betten, im Vergleich zu 233 für die Region Oberwallis. Die Spannweite zwischen den Bezirken reicht von 116 Betten (St-Maurice) bis 293 Betten (Goms) pro 1'000 Einwohner im Alter von über 80 Jahren mit grossen Unterschieden selbst innerhalb derselben Region. Die Situation verändert sich mit Schaffung neuer Betten im Rahmen der laufenden Bauten und Erweiterungen.

Eine weitere Feststellung die jedoch nicht direkt aus dieser Tabelle hervorgeht, betrifft die Dichte der APH-Betten in der Talebene. Am 31. Dezember 2008 wurden 1'938 Betten in der Talebene und nur 689 in den Seitentälern gezählt. Eine gewisse Anzahl betagter Personen muss also beim Eintritt in ein APH die Wohngemeinde verlassen, wobei die Nähe zum

früheren Wohnort eine wichtige Rolle bei der Auswahl der Institution spielt.³⁸ Aufgrund der Entfernung werden diese Menschen auch teilweise von ihrem sozialen Umfeld abgeschnitten.

Unterschiedlicher Pflegeaufwand je nach Region und Bezirk

Der Anteil der Bewohner mit höheren Pflegestufen (BESA 3 und 4) variiert zwischen den Regionen und innerhalb dieser. Die Oberwalliser APH, mit Ausnahme der Bezirke Leuk und Visp, liegen unter dem kantonalen Durchschnitt.

Im Bezirk Brig, wo der Pflegeaufwand am geringsten ist, erklärt sich die Situation zumindest teilweise dadurch, dass die APH Sancta-Maria und St. Michael in Naters über 30 Plätze verfügen, die in der Planung nicht anerkannt sind. Diese Betten werden von Personen belegt, die keine oder nur wenig Pflege benötigen (BESA 0 und 1).

9.2. Gründe für die Unterschiede

Zwei Faktoren sind in erster Linie für diese Unterschiede zwischen den Regionen und Bezirken verantwortlich.

Unterschiedliche Schwerpunkte

Zum einen setzen die Regionen bei der Auswahl der Hilfsstrukturen unterschiedliche Schwerpunkte. Siders hat seine Politik stark auf die Betreuung alter Menschen zu Hause ausgerichtet. Im Gegensatz dazu gibt es im Oberwallis mehr APH-Betten mit einer weniger medizinischen Ausrichtung, wie dies auch in der Deutschschweiz anzutreffen ist.

Schwierigkeiten, Projekte zu realisieren

Zum anderen erklären die Schwierigkeiten ein Erweiterungs- oder Bauprojekt zu realisieren ebenfalls einen Teil der Unterschiede. Der Kanton subventioniert Investitionen bis zu einer Höhe von 30%. Für den Rest müssen weitere Mittel gefunden werden, oftmals mit der Unterstützung der Gemeinden (Beiträge oder Bürgschaften). In kleinen Gemeinden, besonders in den Berggebieten, scheint es schwieriger zu sein, die nötigen finanziellen Mittel aufzutreiben. Dazu gelingt es diesen Gemeinden seltener ein gemeinsames Projekt auf die Beine zu stellen.

9.3. Empfehlungen

9.3.1 Bedarfsgerechte Verteilung der neuen Betten auf die Regionen

Das Departement empfiehlt, die neuen Betten so zu verteilen, dass jede Region über eine Maximalnorm von 200 Betten pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und älter verfügt. Aufgrund des Prinzips der Gleichbehandlung, sind unterschiedliche Bedingungen für die verschiedenen Regionen kaum zu rechtfertigen. Die Regionen haben die Möglichkeit ihre Politik stärker auf die Betreuung zu Hause ausrichten, da die vom Kanton festgelegte Bettennorm ein Maximum darstellt.

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Bettenverteilung auf die Regionen bei einer Maximalnorm von 200 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre unter Berücksichtigung der projektierten Betten, d.h. Betten, für die eine Vormeinung der zuständigen regionalen Gesundheitskommission und eine Genehmigung des Departements im Rahmen der Planung

³⁸ CASMAN M.T., LENOIR V., *Vieillir en maison de repos. Quiétude ou Inquiétude?* Liège: Université de Liège, 1998.

von 2005 eingeholt wurde. Die Tabelle zeigt auch die Betten, die den verschiedenen Regionen aufgrund der Planung 2005 zugewiesen wurden, die aber noch keine Vorweisung der Kommissionen und auch keine Entscheidung des Departements erhalten haben (Saldo der Planung 2005). Diese Daten wurden aufgrund der demografischen Prognosen des BFS von 2009 berechnet. Sie dienen als unverbindlicher Anhaltspunkt und werden anhand der verfügbaren demografischen Prognosen laufend angepasst.

Abbildung 29 Verteilung der Betten, um 2015 pro Region eine Maximalnorm von 200 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre älter zu erreichen

	Total	Oberwallis	Siders	Sitten	Martinach	Monthey
A. In der Planung 2005 anerkannte betriebene oder projektierte Betten am 31.12.2009	2'803	831	348	699	511	414
B. Differenz zur Planung 2005	87	3	24	61	0	-1
C. Max. Anzahl neuer Betten für 2015	415	82	163	30	71	69
D. Neuer Saldo (B+C)	502	85	187	91	71	68
E. Max. Total für 2015 (A+B+C)	3'305	916	535	790	582	482

Quelle: erstellt von der DGW basierend auf den Daten des BFS 2009 (Szenario AR-00-2005/09)

Zeile D der Tabelle zeigt die maximale Anzahl Betten, die den Regionen unter Berücksichtigung der aktuellen demografischen Prognosen bis 2015 zugeteilt werden, d.h. 85 für das Oberwallis, 187 für Siders, 91 für Sitten, 71 für Martinach und 68 für Monthey. Jede Region muss ihre Bedürfnisse definieren und dem Kanton Projekte zur Genehmigung vorlegen. Sollte es in den demografischen Prognosen des BFS Veränderungen geben, wird die maximale Bettenzahl überprüft.

9.3.2 Die Schaffung von dezentralisierten APH-Einheiten fördern

Mehrere Studien³⁹ haben gezeigt, dass betagte Personen, die zu sehr auf die Hilfe anderer angewiesen ist, um weiter zu Hause bleiben zu können, so nahe wie möglich bei ihrem alten Wohnort leben möchten. Aus diesen Studien geht deutlich hervor, dass es für alte Menschen wichtig ist, den Kontakt zu Verwandten, Freunden und Umgebung aufrechtzuerhalten. Idealerweise sollte sich das APH deshalb so nahe wie möglich beim alten Wohnort des Heimbewohners befinden.

In den weniger dicht bevölkerten Regionen des Kantons ist die Berücksichtigung dieses Wunsches, wegen der erforderlichen Grösse eines APH zur Einhaltung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen schwierig. Für eine eigenständig geführte Einrichtung wird empfohlen über mindestens 60 Betten zu verfügen.

Um den Erwartungen der betagten Bevölkerung zu werden und gleichzeitig auch den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu respektieren, empfiehlt das Departement, dezentralisierte APH-Einheiten zu schaffen. Diese bestehen aus Einheiten mit 18 bis 22 Betten, die an ein APH angegliedert sind, das die Leitung und die Verwaltung (Administration, Personal, Logistik usw.) übernimmt. Dadurch entsteht ein einziges APH mit

³⁹ Service cantonal de recherche et d'information statistique du canton de Vaud (SCRIS) 1986.
LALIVE D'EPINAY C, BRAUN U. et al. Altern in der Schweiz : Bilanz und Perspektiven :[Bericht der eidg. Kommission "Neuer Altersbericht", Bern, 1995.
CASMAN M.T., LENOIR V., *Vieillir en maison de repos. Quiétude ou Inquiétude?* Liège: Université de Liège, 1998.
VERCAUTEREN R. (Hrsg.), *Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées -Des-Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*, 2000.
WANNER P. et al. Eidgenössische Volkszählung 2000: Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren, Bundesamt für Statistik, 2005.

mehreren Standorten. Es ist vorstellbar, dass die dezentralisierten Einheiten in bestehende Gebäude integriert, in Neubauten eingerichtet oder in Gebäuden, die bereits andere Dienstleister beherbergen (Tagesstrukturen, andere sozial-medizinische Leistungen, Krippen usw.), untergebracht werden, um die Unterhaltskosten so gut wie möglich aufzuteilen.

Vorteile dieser dezentralisierten APH-Einheiten:

- es wird den Erwartungen der betagten Bevölkerung Rechnung getragen;
- lokale Initiativen werden gefördert;
- die APH-Betten können besser auf den gesamten Kanton besser aufgeteilt werden, indem in Regionen mit zu kleinem Einzugsgebiet für ein APH mit mehr als 20 Betten ein Wohnangebot geschaffen wird;
- der Übergang von zu Hause in eine Institution wird erleichtert.

Das Departement schlägt generell vor, die Angliederung kleinerer Strukturen an grössere in Form von APH mit mehreren Standorten zu fördern, um die Kosten einzuschränken.

10. Institutionsübergreifende Koordination

Die Betreuung pflegebedürftiger betagter Menschen beruht auf den vorgängig beschriebenen Strukturen. Die Zusammenarbeit zwischen diesen Institutionen spielt eine wichtige Rolle. Es geht einerseits darum, das Angebot zu koordinieren, damit jede Region des Kantons über alle nötigen Leistungen verfügt. Andererseits soll der Parcours des Patienten organisiert werden, damit die richtige Struktur zum richtigen Zeitpunkt entsprechend dem Pflegebedarf und der Situation gewählt wird.

10.1. Die derzeitigen Strukturen der Zusammenarbeit

Seit der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre wurden regionale Gesundheitsnetze geschaffen. Diese wachen über die Umsetzung eines vollständigen Leistungsangebots und koordinieren den Patientenfluss.

10.1.1 Koordination des Angebots

Regionale Gesundheitsnetze

Am 29. November 1995 beschloss der Staatsrat regionale Gesundheitsnetze zu schaffen. Gemäss dieser Entscheidung muss jede der 6 Regionen (Brig, Visp/Leuk, Siders, Sitten, Martinach, Monthey/St-Maurice) über ein regionales Gesundheitsnetz verfügen, das aus verschiedenen Akteuren des Gesundheitssektors besteht (Spital, APH, SMZ, Ärzte mit Praxistätigkeit und Organisationen, die für die Finanzierung verantwortlich sind). Diese Gesundheitsnetze sollen die Kontinuität der Behandlung und der Pflege sichern, indem die Koordination zwischen den verschiedenen Institutionen verbessert wird.

Regionale Gesundheitskommissionen

Der Entscheid vom 29. November 1995 sieht zudem die Gründung einer regionalen Gesundheitskommission für jede Gesundheitsregion vor. Sie soll aus Vertretern der verschiedenen Partner des Gesundheitssystems bestehen. Die Aufgabe dieser Kommissionen besteht darin, auf regionaler Ebene für eine adäquate Entwicklung des Gesundheitssektors zu sorgen. Dazu müssen vor allem die Bedürfnisse ermittelt, die regionalen Gesundheitsziele definiert, vordringliche Handlungsfelder bestimmt und die

Tätigkeit des Gesundheitswesens koordiniert und zur Entwicklung der Gesundheitsstrukturen beitragen werden (Entwicklung von Alternativen bei der Betreuung betagter Menschen, Tagesstrukturen, Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung usw.). Sie geben zuhanden des Departements eine Vormeinung ab, wie die geplanten Betten zwischen den verschiedenen Projekten in einer Region verteilt werden.

Entsprechend dieser Entscheidung wurden 1996 sechs regionale Gesundheitskommissionen gegründet. Im Jahr 2006 schlossen sich die beiden Regionen im Oberwallis zu einer einzigen zusammen, so dass der Kanton nunmehr 5 regionale Gesundheitskommissionen zählt (Oberwallis, Siders, Sitten, Martinach, Monthey).

10.1.2 Koordination des Patientenflusses

Regionale Koordinationsinstanzen

Im Rahmen der regionalen Gesundheitsnetzwerke werden regionale Instanzen gebildet, die den Patientenfluss koordinieren und für Information und Unterbringung der Patienten verantwortlich sind. Im Jahr 1997 wurde ein erstes Pilotprojekt in der Region Siders gestartet. Das Projekt CORIF (Coordination régionale inter-institutions pour une gestion optimale des flux de patients) wurde vom Kanton finanziell unterstützt. Im Herbst 2000 wurde im Chablais ein regionales Patienten-Informations- und Orientierungsbüro (BRIO), nach Waadtländer Vorbild, eröffnet. Diese Koordinationsinstanz wurde vom regionalen Gesundheitsnetzwerk Monthey/St-Maurice zusammen mit dem Pflegeverband Chablais (Waadt) ins Leben gerufen. Im Jahr 2003 gründeten die Regionen Brig und Visp eine gemeinsame Koordinationsinstanz namens SOMEKO (CORIF Oberwallis). Für die Regionen Sitten und Martinach wurde die Funktion der Koordinationsinstanz von Verbindungspflegefachpersonen im Spital übernommen.

Kantonale Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen (KVSZI)

Diese regionalen Instanzen sind seit Anfang 2009 in einer neuen kantonalen Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen (KVSZI) zusammengefasst. Diese Struktur, zu der die Dienststelle für Gesundheitswesen den Impuls gab, ist an die Walliser Vereinigung der SMZ angeschlossen. Sie fasst alle Verbindungspflegefachpersonen unter der Verantwortung der beiden koordinierenden Pflegefachpersonen (je eine für das Ober- und das Unterwallis) zusammen. Ziel ist die Koordination innerhalb des Sozial- und Gesundheitsbereichs im Wallis zu verbessern und die Praxis der Orientierung der Patienten im sozialmedizinischen Netzwerk zu harmonisieren.

10.2. Derzeitige Herausforderungen

Trotz der Realisierung der regionalen Gesundheitsnetzwerke bleiben noch gewisse Probleme und Schwierigkeiten zu lösen, um eine vollständige Leistungspalette anzubieten, die den Bedürfnissen der Regionen entspricht und eine vernünftige und adäquate Nutzung der verschiedenen Betreuungsstrukturen ermöglicht.

10.2.1 Ungleiches Engagement der Gemeinden

Derzeit unterstützt der Kanton die APH mit einem Beitrag von 30% der Investitions- und Betriebskosten. Die Infrastrukturen zur Beherbergung für Langzeit- oder Kurzaufenthalte sowie Tages- oder Nachtbetreuung (Tages- und Nachtstrukturen) sind Teil der berücksichtigten Ausgaben.

Die Gemeinden sind grundsätzlich nicht dazu verpflichtet, sich an der Finanzierung der APH zu beteiligen. Einige unter ihnen haben auf freiwilliger Basis in den Bau von APH investiert, andere nicht. Das Engagement der Gemeinden ist jedoch häufig unabdingbar, um ein Projekt umsetzen zu können, weshalb 2/3 der Walliser APH im Besitz der Gemeinden sind.

Das ungleiche Engagement der Gemeinden und die fehlende interkommunale Zusammenarbeit erklären – zumindest teilweise – die Probleme bei gewissen Projekten und die ungleiche geografische Verteilung der Betten im Kanton wie in Kapitel 9 aufgezeigt. Diese Situation ist manchmal auch Ursache für die Schwierigkeiten betagter Personen in ein APH aufgenommen zu werden. Oftmals spielt die Herkunft des künftigen Bewohners eine grössere Rolle als dessen Bedürfnisse. APH, an deren Finanzierung sich eine Gemeinde mitbeteiligt hat, bevorzugen im Allgemeinen Anmeldungen von Einwohnern dieser Gemeinde.

10.2.2 Mehr Koordination erforderlich

Die Entwicklung neuer Leistungen, vor allem von Tages- oder Nachtstrukturen und Kurzaufenthaltsbetten in den APH, erfordern mehr Information und Koordination der Betreuung. Die Bevölkerung muss besser über das verfügbare Angebot orientiert werden. Die Angehörigen müssen über die existierenden Entlastungsmöglichkeiten und ihr Recht auf deren Beanspruchung informiert werden. Um eine bessere Auslastung bei den Kurzaufenthaltsbetten und den Tages- oder Nachtstrukturen zu erreichen, muss die Koordination verbessert werden. Ebenso soll das Leistungsangebot besser auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten und dessen Familie angepasst werden.

10.3. Empfehlungen

Um eine komplette Leistungspalette anzubieten, die den Bedürfnissen entspricht und geografisch im gesamten Wallis gleichmässig verteilt ist, werden Projekte mit ganzheitlichem Leistungsangebot (Kurzzeit- und Langzeitbetten, Tages- oder Nachtstruktur, dezentralisierte Einheiten) begünstigt. Im Rahmen der zukünftigen Gesetzgebung über die Langzeitpflege empfiehlt das Departement, die Möglichkeiten einer verbesserten Koordination zwischen den Langzeitpflegestrukturen zu prüfen.

11. Qualität der Pflege und Ausbildung des Personals

Die kantonale Gesetzgebung misst der Qualität der Pflege oberste Priorität bei. Die Qualität hängt grösstenteils von der Ausbildung des Personals ab. Der Mangel an Pflegepersonal und die Besonderheit bei der Betreuung von Demenzkranken werden nachfolgend behandelt.

11.1. Mangel an Pflegepersonal

Zu wenig neue ausgebildete Fachkräfte

Nach einem kürzlich von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Dachorganisation für die Berufsbildung im Gesundheitswesen (OdASanté) veröffentlichten Bericht⁴⁰ werden zu wenig Fachpersonen in nicht-universitären Gesundheitsberufen ausgebildet: Der jährliche

⁴⁰ GDK, OdASanté, *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009: Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, Bern, 2009.

Nachwuchsbedarf wird auf 14'414 Personen geschätzt, während zwischen 2000 und 2009 pro Jahr durchschnittlich 9'806 Diplome ausgestellt wurden.

Das fehlende in der Schweiz ausgebildete Personal wird durch ausländische Arbeitskräfte ausgeglichen. Ein Drittel des benötigten Gesundheitspersonals für den stationären Bereich in der Schweiz kommt aus dem Ausland. Bei den APH und der Spitex geben die Statistiken keinen Aufschluss über das Verhältnis des ausländischen Personals. Bei den APH stammen schätzungsweise 22% des Personals aus dem Ausland, im Spitexbereich ca.13%.

Mehr Pflegepersonal erforderlich

Die Alterung der Bevölkerung führt zu zwei Problemen bei der Entwicklung der Pflegepersonalsituation:

- höherer Bedarf an Langzeitpflege;
- noch grösserer Mangel an Pflegepersonal, da die Anzahl berufstätiger Menschen abnimmt.

Diese Problemstellung betrifft alle Bereiche des Gesundheitswesens. Die Langzeitpflege könnte durch diesen Mangel stärker betroffen sein als die somatische Akutpflege, da erstere viele Arbeitskräfte benötigt und weniger attraktiv ist.⁴¹

Ausländisches Pflegepersonal immer schwieriger zu rekrutieren

Der Einsatz ausländischen Pflegepersonals zum Ausgleich des Personalmangels wird immer schwieriger. Die Herkunftsländer sind ebenfalls vom demografischen Defizit betroffen und versuchen ihre Arbeitsbedingungen verbessern, damit ihr Personal nicht abwandert. Mittelfristig werden in Europa hauptsächlich Menschen aus Nordafrika einwandern. Diese Entwicklung wird vor allem bei der Ausbildung des Personals und somit bei der Qualität ihrer Leistungen zum Problem werden.

11.2. Spezifische Bedürfnisse demenzkranker Personen

Die Besonderheiten der Betreuung demenzkranker Menschen wurden unter Punkt 2.3.2 erläutert. Aufgrund der spezifischen Besonderheiten dieser Erkrankungen (Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, Verhaltensstörungen) ist eine spezifische Ausbildung für das Pflegepersonal unabdingbar. Die Patienten müssen individuell betreut werden, um die Folgen der Erkrankung zu reduzieren und um die verbleibenden Fähigkeiten zu erhalten. Zudem müssen die Risiken von Misshandlungen durch Unkenntnis oder Erschöpfung verhindern und die Familien so gut wie möglich unterstützt und beraten werden. Bauliche Anpassungen spielen ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Betreuung.

Die Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP) hat diese Elemente in einer kürzlich durchgeführten Studie analysiert⁴². Diese Studie wurde von einer Arbeitskommission bestehend aus Direktoren und Pflegedienstleitern der Walliser APH erarbeitet und beruht auf einem Fragebogen, der an alle APH im Wallis geschickt wurde. Die Hauptergebnisse sind nachstehend zusammengefasst:

- 48,7% der Bewohner von Walliser APH, d.h. 1'052 Personen, leiden an Demenzerkrankungen. Es sind dabei grosse regionale Unterschiede festzustellen (43,3% im Oberwallis, 45,8% im Zentralwallis und 61,2% im Unterwallis). Die Anzahl demenzkranker Bewohner variiert erheblich zwischen den APH (von 24,6% bis 81,6%).

⁴¹ IUMSP, *Vieillessement : éléments pour une politique de santé publique : Rapport préparé pour le Service de la santé publique vaudois*, Lausanne, décembre 2006.

⁴² AVALEMS / VWAP, *Psychogériatrie in Institutionen der Langzeitpflege: Bericht der Arbeitskommission*, 2009.

Eine Erklärung dafür könnte sein, dass es keine einheitlichen Kriterien gibt, die eine Demenzerkrankung definieren.

- Die meisten Walliser APH bieten eine gemischte Betreuung an: Die dementen und die nicht dementen Bewohner werden in den gleichen Abteilungen gepflegt und untergebracht. Nur wenige Heime haben für die Demenzkranken eine Abteilung oder eine Etage reserviert. In der Fachliteratur ist man sich nicht einig, welche Form besser ist. Bei beiden gibt es Vor- und Nachteile. Die gemischten Einrichtungen haben den Vorteil, dass kein Gefühl der Ausgrenzung entsteht, was sich positiv auf demente Bewohner auswirkt, und dass sich die Betreuung auf mehrere Mitarbeiter verteilt. Die speziellen Einrichtungen erlauben dagegen eine angepasste und auf Sicherheit ausgelegte Baustruktur, eine Unterstützung durch Fachkräfte und die Zusammenlegung von Personen mit denselben Symptomen.
- Die Kommission empfiehlt, dass das gesamte Personal, mit Kontakt zu den Bewohnern, entsprechend weitergebildet wird, mit der Unterstützung der psychiatrischen Institutionen des Mittel- und Unterwallis (IPVR) und des Oberwallis (PZO).
- Die Kommission hebt hervor, wie wichtig es ist, zusätzliche finanzielle Mittel zu finden, damit bauliche Massnahmen umgesetzt und erforderliche Sicherheitssysteme angebracht werden können, sowie das Personal auszubilden und den Personalbestand zu erhöhen.
- Das Einstufungsinstrument für den Pflegeaufwand (BESA), das derzeit im Wallis verwendet wird, unterschätzt die für Demenzkranke notwendige Betreuung sowie die Behandlung psychischer Probleme.

Das Einstufungsinstrument wird derzeit überprüft, damit es den Anforderungen des neuen Bundesgesetzes über die Pflegefinanzierung entspricht. Sobald diese Arbeiten abgeschlossen sind, werden die Vor- und Nachteile der verschiedenen verfügbaren Instrumente ausgewertet.

11.3. Empfehlungen

Um die demografischen Herausforderungen anzugehen, müssen dringend Massnahmen festgelegt werden, um den Nachwuchs in den Gesundheitsberufen zu sichern und um die Leistungen für die Demenzkranken zu verbessern.

11.3.1 Die Ausbildung in Gesundheitsberufen fördern und entwickeln

Das Personal und seine Qualifikationen sind wichtig, um Qualität und Sicherheit der Pflege im Gesundheitswesen sicherzustellen. Wenn die Anzahl notwendiger Pflegeleistungen für den Patienten nicht erbracht werden kann, weil Zeit, Personal oder Fachkenntnisse fehlen, ist die Qualität der Pflege direkt betroffen (Gefährdung des Lebens der Patienten: Medikationsfehler, Stürze usw.) und ebenso die Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Burn-out, Arbeitsunfälle, erhöhte Mobilität usw.)

Die Qualität der Pflege hängt also zum Grossteil von der Anstellung von genügend gut ausgebildetem Pflegepersonal ab. Die sozialmedizinischen Strukturen sind wichtige Arbeitgeber für das Pflegepersonal. Der drohende Personalmangel in den westlichen Ländern könnte erhebliche Auswirkungen auf die Langzeitpflege haben.

Dem Bericht⁴³ der GDK und der OdASanté zufolge müssen bestehende Massnahmen verstärkt oder neue ergriffen werden. Zu den wesentlichen Empfehlungen des Berichts gehören:

- aktive und attraktive Kommunikation zu den Berufen im Gesundheitsbereich;
- erleichteter Wiedereinstieg in den Beruf durch angepasste Bildungsangebote;
- Möglichkeiten der beruflichen Qualifikation schaffen für Menschen ohne anerkannte Ausbildung, die bereits im Bereich der Betreuung und Pflege tätig sind;
- spezifische Ausbildungen für Quereinsteiger in den Gesundheitsberuf;
- Massnahmen zur gezielten Information der potenziell interessierten Personen;
- breiteres Angebot an praktischen Ausbildungen in den Einrichtungen sowie Gewährleistung der Finanzierung;
- Anpassung der Team-Zusammensetzung an die neu angebotenen Ausbildungen;
- bessere Verteilung der Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten in den Institutionen;
- Schaffung angepasster Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf;
- Entwicklung eines zuverlässigen Planungs- und Steuerungsinstruments, um den Personalbedarf in den Gesundheitsberufen abzudecken.

Die Massnahmen sollen im Rahmen der Organisation der « Arbeitswelt Gesundheit und Soziales Wallis » (SSVs) zusammen mit dem Departement für Erziehung, Kultur und Sport (DEKS) durchgeführt werden. Seit 2002 ist das DEKS verantwortlich für die Ausbildung in Gesundheitsberufen. Diese Kompetenzübertragung vom Departement für Gesundheit an das Departement für Erziehung wurde in allen Kantonen mit dem Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Berufsbildung durchgeführt.

11.3.2 Leistungen für Menschen mit Demenz verbessern

Um die Leistungen für Demenzkranke zu verbessern, müssen verschiedene Massnahmen umgesetzt werden. Im Rahmen der Arbeiten infolge der Annahme des Postulats Nr. 2.141 betreffend die Betreuung von Personen, die unter Alzheimer oder anderen Demenzerkrankungen leiden, wird diese Liste weiter präzisiert und ergänzt werden. Diese Arbeiten werden von Spezialisten auf dem Gebiet durchgeführt, welche die Probleme und Mängel identifizieren und entsprechende Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Die wichtigsten werden nachfolgend genannt.

Weiterbildung, bauliche Anpassungen und Sicherheitssysteme

Wie der Bericht der VWAP gezeigt hat, können Leistungsverbesserungen für Demenzkranke nur durch eine solide Grund- und Weiterbildung des Personals, das diese betreut, erreicht werden. Es sind ebenfalls bauliche Anpassungen und der Einsatz von Sicherheitssystemen notwendig.

Dies gilt auch für die Tages- oder Nachtstrukturen sowie die SMZ. Die Entwicklung der Weiterbildung muss zusammen mit den IPVR und dem PZO sowie mit anderen Ausbildungszentren erfolgen. Die Finanzierung der verschiedenen Massnahmen ist im Rahmen der künftigen Gesetzgebung über die Langzeitpflege zu prüfen.

⁴³ GDK, OdASanté, *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009: Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, Bern, 2009.

Früherkennung und Prävention

Wie wichtig die Früherkennung ist, wurde unter Punkt 2.3.2 aufgezeigt. Es gilt, die Krankheit zu erkennen, eine medikamentöse Behandlung zu beginnen und psychosoziale Massnahmen anzubieten. Die Entwicklung von Memory-Kliniken soll gefördert werden, damit Demenzerkrankungen frühzeitig erkannt werden. Die Bevölkerung muss besser informiert und sensibilisiert werden.

Die neuesten Forschungsergebnisse in der Prävention von Demenzerkrankungen müssen zu konkreten Massnahmen in unserem Kanton führen. Studien haben gezeigt, dass Freizeitaktivitäten, Bewegung und Gedächtnistraining präventiv wirken. Die SMZ spielen eine wichtige Rolle bei der Sensibilisierung der Bevölkerung, insbesondere durch präventive Hausbesuche.

Den Pflegeaufwand messen

Wie der Bericht der VWAP aufzeigt, unterschätzt das derzeit im Wallis angewendete Einstufungsinstrument den Pflegeaufwand in APH für die Betreuung der Demenzkranken. Im Hinblick auf das Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 wird das Instrument überprüft. Dasselbe Instrument wird auch dazu verwendet werden, die Vergütung der Tages- und Nachtstrukturen zu bestimmen. Mit dem neuen Instrument muss der Pflegeaufwand bei Demenzkranken besser gemessen werden können.

Statistische Erhebungsinstrumente

Mit zunehmendem Alter nehmen die Unterschiede innerhalb der Bevölkerung in Bezug auf den Gesundheitszustand und die körperlichen Fähigkeiten zu. Aufgrund dieser Heterogenität müssen die Prävention, die Betreuung und die Pflege zwingend angepasst werden. Verkennt man diese wichtige Besonderheit der betagten Bevölkerung, bietet man ungeeignete Leistungen an.

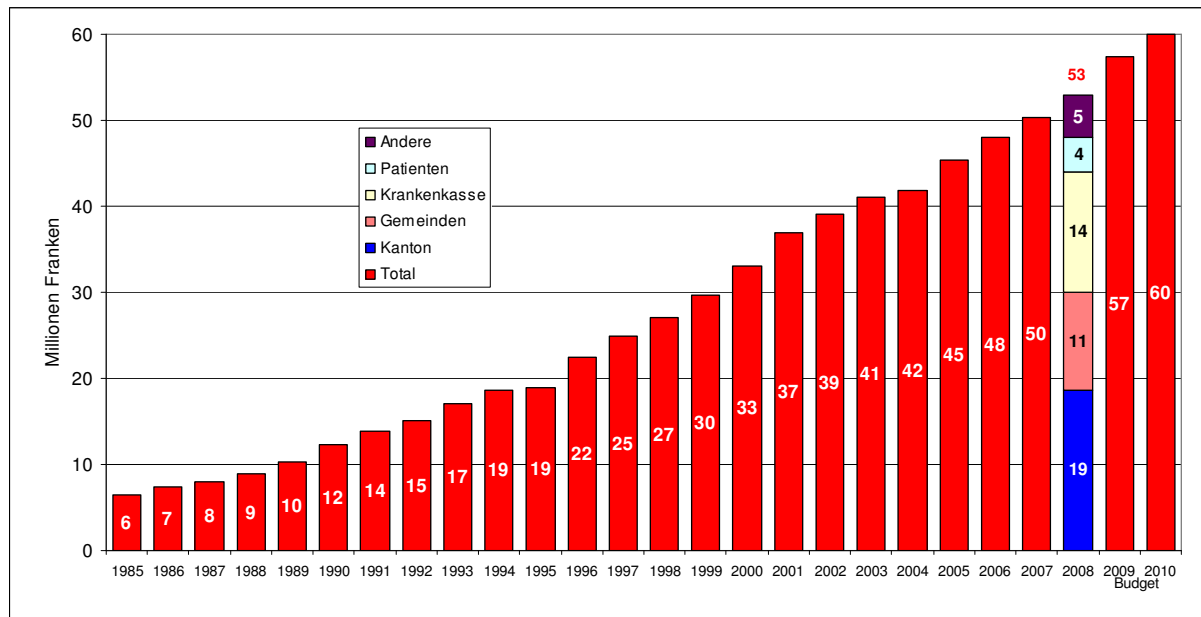
Ebenso macht die zunehmende Ausbreitung der Demenzerkrankungen die Einführung spezifischer statistischer Erhebungsinstrumente erforderlich. Im Rahmen des kantonalen Krebsregisters werden künftig nicht nur Daten im Zusammenhang mit Krebserkrankungen, sondern auch betreffend Gefäss- und Demenzerkrankungen gesammelt, erfasst und verbreitet.

12. Finanzielle Auswirkungen

12.1. Sozialmedizinische Zentren

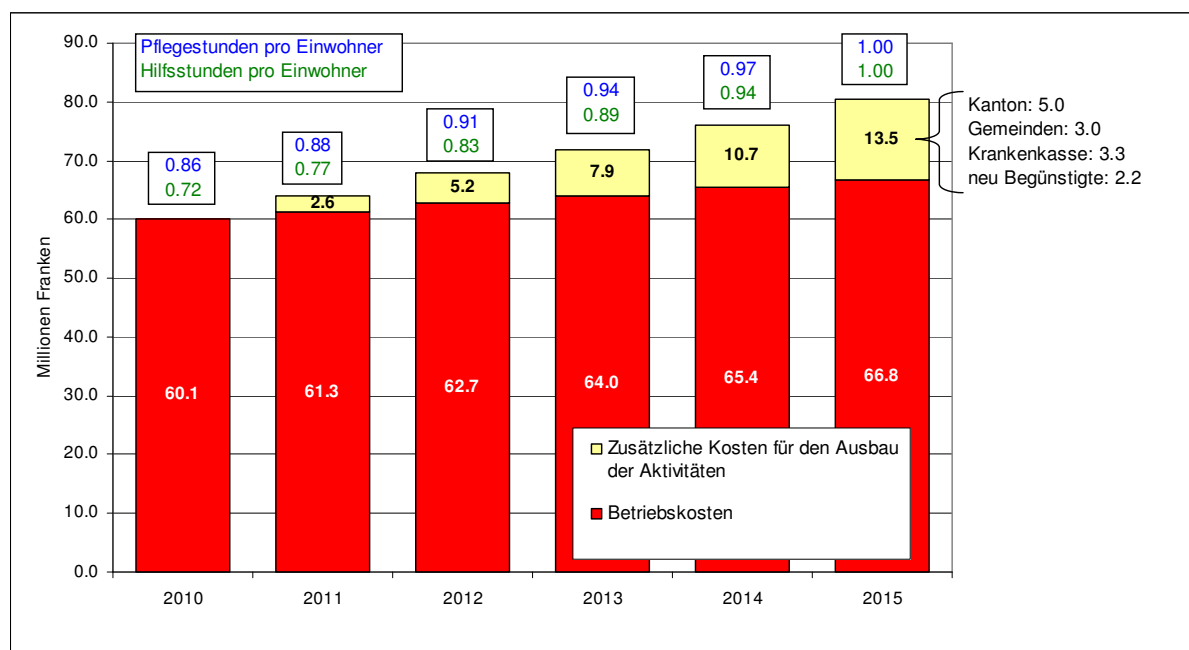
Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Betriebskosten des SMZ von 1985 bis 2010 sowie die Aufteilung der Finanzierung für das Jahr 2008.

Abbildung 30 **Entwicklung der Betriebsausgaben des SMZ, 1985-2010, in Millionen Franken**



Quelle: DGW

Die finanziellen Auswirkungen werden aufgrund der geplanten Ziele für die SMZ geschätzt, ausgehend von der derzeitigen Situation, ohne Berücksichtigung der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Im Jahr 2008 leisteten die Walliser SMZ durchschnittlich 0,826 Stunden Pflege und 0,666 Stunden Hilfe pro Einwohner. Falls sich die Leistungen so entwickeln, dass im Jahr 2015 pro Einwohner eine Stunde Pflege und eine Stunde Hilfe erreicht wird, steigen die betreffenden Ausgaben um ungefähr 13.5 Millionen Franken. Ohne Berücksichtigung der neuen Pflegefinanzierung finanzieren der Kanton 5 Millionen, die Gemeinden 3 Millionen, die Krankenkassen 3.3 Millionen und die neuen Leistungsempfänger 2.2 Millionen der durch den Ausbau der Aktivitäten anfallenden Zusatzkosten.

Abbildung 31 **Entwicklung der Betriebsausgaben der SMZ, Budgets, 2010-2015, in Millionen Franken**

Quelle: DGW

12.2. Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Die Empfehlung weitere Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung einzurichten, haben keine speziellen finanziellen Auswirkungen. Betagte Menschen, die Spitexleistungen benötigen, erhalten diese, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Wohnung mit sozialmedizinischer Betreuung leben. Damit wird die Eigenständigkeit dieser Personen verstärkt.

Ebenso hat die Umwandlung von Wohnungen mit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung in Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung ohne ständige Präsenz des Personals keine speziellen finanziellen Auswirkungen. Die Kosten einer möglichen Umwandlung in dezentralisierte APH-Einheiten werden im Rahmen der vorgesehenen neuen APH-Betten berücksichtigt (siehe Punkt 12.1.).

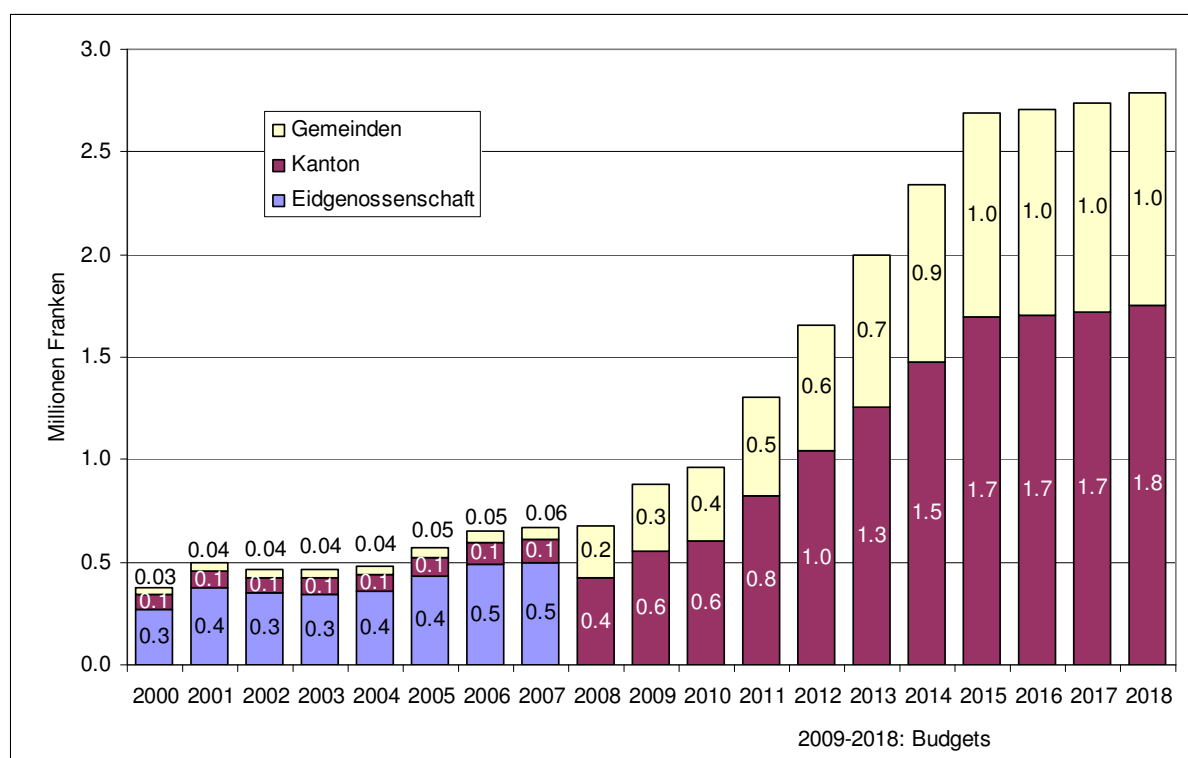
12.3. Tages- oder Nachtstrukturen

Im Moment können die finanziellen Auswirkungen, die durch die Schaffung von mindestens 280 Plätzen in Tagesstrukturen entstehen, nicht näher bestimmt werden. Sie hängen von der Anzahl der aktuellen Tagesheime ab, die gemäss KVG als Tagesstruktur anerkannt werden, vom Restbetrag, den der Kanton und die Gemeinden gemäss KVG aufbringen müssen, und von zusätzlichen Beiträgen, mit denen aufgrund der künftigen kantonalen Gesetzgebung gerechnet werden muss.

Derzeit wird den Tagesheimen eine Tagespauschale von Fr. 45.- pro Person bezahlt, unabhängig von der Art der Leistung (spezialisierte Betreuung für pflegebedürftige betagte Personen oder soziokulturelle Betreuung). Dieser Betrag wird zu 2/3 vom Kanton und zu 1/3 von den Gemeinden getragen. Für die etwa 100 verfügbaren Plätze in Tagesheimen haben

der Kanton 2009 Fr. 535'500.- und die Gemeinden Fr. 314'500.- entrichtet. Die finanziellen Auswirkungen der ca. 200 zusätzlichen Plätze können unter sonst gleichen Bedingungen geschätzt werden, indem diese Beträge verdoppelt werden. Das ergibt im Jahr 2015 ca. 1.1 Million, die zu Lasten des Kantons, und 0.7 Millionen, die zu Lasten der Gemeinden gehen. Der Nachholbedarf, um das Angebot an die Bedürfnisse anzupassen, verursacht diesen Anstieg. In den darauf folgenden Jahren liegt die Steigerung ausschliesslich an der Kostenentwicklung.

Abbildung 32 **Entwicklung der Betriebsbeiträge an die Tagesstrukturen, 2000-2018, in Millionen Franken**

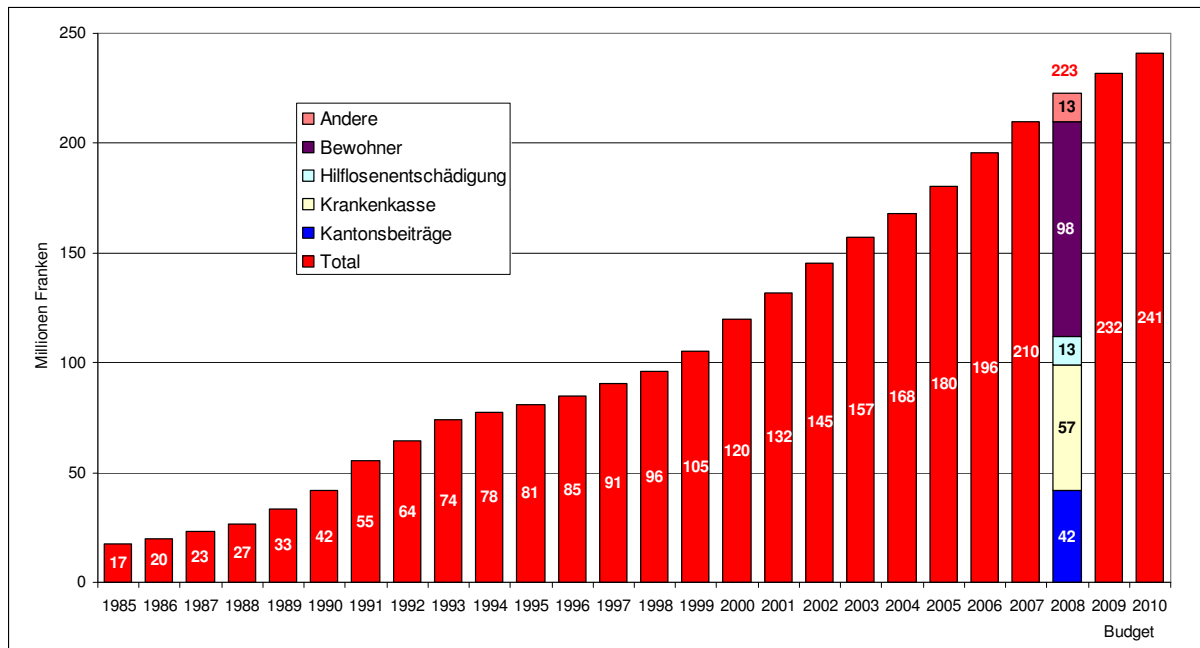


Quelle: DGW

12.4. Kurz- und Langzeitbetten in APH

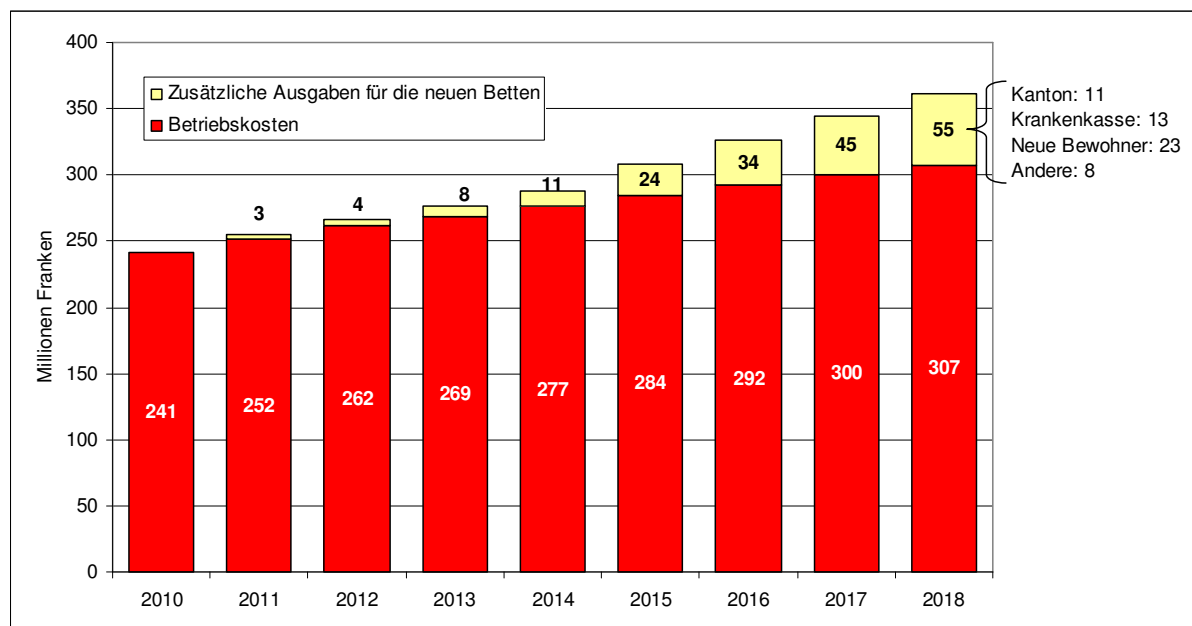
Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Betriebsausgaben der APH von 1985 bis 2010 sowie die Aufteilung der Finanzierung im Jahr 2008.

Abbildung 33 **Entwicklung der Betriebsausgaben der APH, 1985-2010, in Millionen Franken**



Quelle: DGW

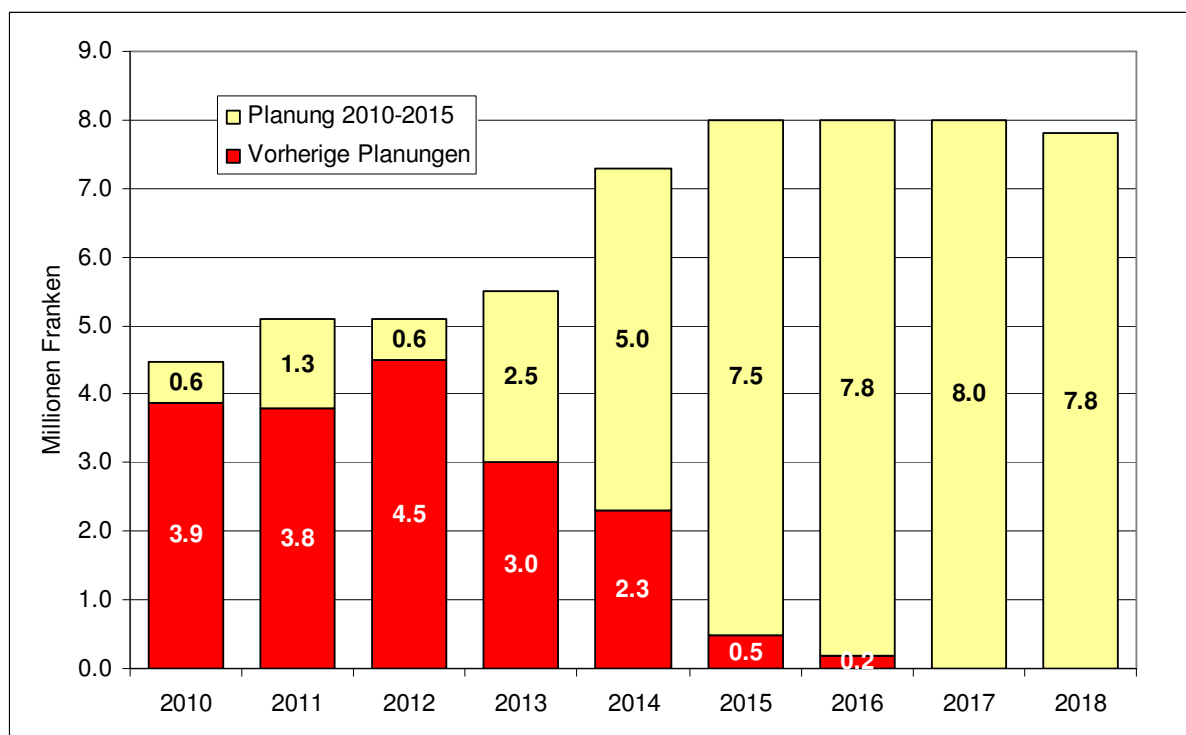
Unter Berücksichtigung der aktuellen demografischen Prognosen und wenn man die im Bericht empfohlenen Normen erreichen möchte, werden bis 2015 maximal 415 Langzeitbetten und zwischen 14 und 97 Kurzaufenthaltsbetten zusätzlich zu den laufenden Projekten geschaffen. Die Kosten für den Betrieb der neuen Betten im Jahr 2018 werden auf 55 Millionen Franken geschätzt, sollten alle Betten zur Verfügung gestellt werden und ohne Berücksichtigung der Neuordnung der Pflegefinanzierung, die am 1. Januar 2011 in Kraft tritt. Davon finanziert der Kanton 11 Millionen, die Krankenkassen 13 Millionen, die Bewohner 23 Millionen und die restlichen 8 Millionen werden durch andere Einnahmen der APH gedeckt.

Abbildung 34 **Entwicklung der Betriebsausgaben de APH, Budgets, 2010-2018, in Millionen Franken**

Quelle: DGW

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der kantonalen Investitionssubventionen (30%) für die APH, mit Unterscheidung der restlichen Betten der Planung 2005 und den neuen der Planung 2010-2015.

Abbildung 35 **Entwicklung der kantonalen Investitionsbeiträge für die APH, Budgets, 2010-2018, in Millionen Franken**



Quelle: DGW

13. Schlussfolgerung

Die Walliser Regierung legt seit jeher besonders grossen Wert auf die Entwicklung einer Politik der Langzeitpflege, in der die Bedürfnisse und Erwartungen der betagten Menschen gleichermassen berücksichtigt werden wie die wirtschaftlichen Verhältnisse.

Davon ausgehend, dass die Mehrheit der betagten Menschen so lange wie möglich zu Hause bleiben möchte, muss ihre Betreuung vor allem durch Strukturen erfolgen, welche die Betreuung zu Hause und die Hilfe der Angehörigen unterstützen, d.h. SMZ, Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Tages- oder Nachtstrukturen sowie Kurzaufenthaltsbetten in APH.

Wenn die Betreuung zu Hause wegen des zu hohen Pflegebedarfs nicht mehr möglich ist, muss die Betreuung durch ein APH erfolgen (Langzeitbetten). In diesen Fällen ist die Inanspruchnahme eines APH für die betagte Person wie für ihr Umfeld sinnvoller und angenehmer.

Angesichts der Alterung der Bevölkerung in unserem Kanton, der Entwicklung der Pflege und der interkantonalen Vergleiche schlägt das Departement dem Staatsrat vor, die Empfehlungen zur Planung im vorliegenden Bericht anzunehmen. Diese beinhalten eine moderate Erhöhung der Langzeitbetten in APH, damit diese Art von Betreuung Fällen mit erhöhtem Pflegebedarf vorbehalten bleibt. Diese geringe Zunahme der APH-Betten erfordert den Ausbau der Betreuung zu Hause durch die SMZ, mithilfe der Tages- oder Nachtstrukturen und der Kurzaufenthaltsbetten in den APH.

Das Departement empfiehlt dem Staatsrat ebenfalls, in der künftigen Gesetzgebung über die Langzeitpflege die Möglichkeit zu prüfen, die anderen Empfehlungen des vorliegenden Berichts einzubinden, besonders diejenigen betreffend die Koordination des Angebots und die Finanzierung der Leistungen.

Bibliographie

ANCHISI A., BIGONI C., *Mise en œuvre du maintien à domicile des personnes en âge AVS dans le contexte de la 2^{ème} révision de la LAMal : l'exemple du Valais*, Sion, Mai 2008.

AKBARALY T.N., PORTET F., FUSTINONI S., DARTIGUES J.-F., ARTERO S., ROUAUD O., TOUCHON J., RITCHIE K., BERR C., *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly: Results from the Three-City Study*, *Neurology*, 2009, Nr.73, S.854-861.

AVALEMS / VWAP, *Psychogériatrie in Institutionen der Langzeitpflege, Bericht der Arbeitskommission*, 2009.

BÜLA C., MICHEL J.-P., *Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude: comment faire face au vieillissement démographique*, *Revue Médicale Suisse*, Nr.3085, November 2006.

Bundesrat, *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik: Bericht des Bundesrates*, août 2007.

CASMAN M.T., LENOIR V., *Vieillir en maison de repos. Quiétude ou Inquiétude?* Liège: Université de Liège, 1998.

GDK, OdASanté, *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009: Personalbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*, Bern, 2009.

HÖPFLINGER F., HUGENTOBLER V., *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern, 2003.

HÖPFLINGER, F., HUGENTOBELR V., *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, Bern, 2005.

IUMSP, *Vieillissement : éléments pour une politique de santé publique : Rapport préparé pour le Service de la santé publique vaudois*, Lausanne, décembre 2006.

JACCARD RUEDIN H, WEBER A., PELLEGRINI S., JEANRENAUD C., *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Mai 2006.

Kanton Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion, *Alterspolitik im Kanton Bern, Zwischenbericht*, April 2007.

Kanton Bern, Gesundheits- und Fürsorgedirektion, *Tagesstätten im Altersbereich: Konzept zur Finanzierung und Steuerung ab 2008*, Juli 2007.

Kanton Waadt, *Exposé des motifs et préavis du Conseil d'Etat sur l'initiative législative et constitutionnelle Philippe Vuillemin et consorts demandant la modification de l'art. 65, al. 2, de la Constitution vaudoise du 14 avril 2003 pour y inscrire une référence précise instituant l'hébergement médico-social*, 2009.

Kanton Wallis, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, *Die Betreuung betagter Personen*, August 2005.

Kanton Wallis, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, Die Politik des Kantons betreffend die Betreuung betagter Personen, April 2008.

Kanton Wallis, Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, *Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat zur Gesundheitspolitik 1999-2008*, Januar 2009.

LALIVE D'EPINAY C, BRAUN U. et al. *Altern in der Schweiz : Bilanz und Perspektiven : Bericht der eidg. Kommission "Neuer Altersbericht"*, Bern, 1995.

LARSON E.B., WANG L., BOWEN J.D., McCORMICK W.C., TERI L., CRANE P., KUKULL W., *Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older*. Annals of Internal Medicine, 17. Januar 2006, 144(2), S. 73-81.

MONOD-ZORZI S., SEEMATTER-BAGNOUD L., BÜLA C., PELLEGRINI S. JACCARD RUEDIN H., *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, Novembre 2007.

SCHIESS U., SCHÖN-BÜHLMANN J., *Satellitenkonto Haushaltsproduktion: Pilotversuch für die Schweiz*. Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 2004.

Schweizerische Alzheimervereinigung, *Leben mit Demenz in der Schweiz – Eckdaten 2. aktuelle Versorgung*, 2004.

Schweizerische Alzheimervereinigung, *Demenz – Diagnose, Behandlung und Betreuung. Schweizer Experten empfehlen*, 2008.

SEEMATTER-BAGNOUD L. et al., *Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz*, Bundesamt für Statistik, 2009.

VERCAUTEREN R. (Hrsg.), *Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées : Des expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*, 2000.

VOLZ A., MONSCH A.U., ZAHNO A., WETTSTEIN A., et al., *Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine präliminäre Analyse*, Praxis 2000, Nr 89:803-12.

WANDERS A.-C.; VUILLE A.; CALOT G. et al., *Scénarios de l'évolution démographique de la Suisse 2000-2060*, Bulletin d'information démographique, n° 1+2, Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 2001.

WANNER P. et al. *Eidgenössische Volkszählung 2000: Alter und Generationen: Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*, Bundesamt für Statistik, 2005.

WEAVER F., JACCARD-RUEDIN H., et al., *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, April 2008.