



**CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS**

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Soziales und Kulturs
Dienststelle für Gesundheitswesen

Langzeitpflegeplanung 2016-2020

**Provisorischer Bericht des Departements für
Gesundheit, Soziales und Kultur für das
Vernehmlassungsverfahren**

**Dienststelle für Gesundheitswesen
September 2015**

Verfasser Dienststelle für Gesundheitswesen
Avenue du Midi 7
1950 Sitten
gesundheitswesen@admin.vs.ch

Elektronische Version www.vs.ch/gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1 Einleitung	9
2 Definition der Leistungen	10
2.1 Versorgungskette in der Langzeitpflege.....	10
2.2 Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex)	11
2.3 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung	12
2.4 Tages- und Nachtstrukturen	12
2.5 Alters- und Pflegeheime	12
2.6 Gesundheitsregionen im Langzeitpflegebereich	13
3 Aktuelle Lage in der Schweiz und im Wallis	14
3.1 Langzeitbetten in Pflegeheimen	14
3.2 Wartebetten im Spital	15
3.3 Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex)	16
3.4 Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen	19
3.5 Tagesstrukturen.....	20
3.6 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung	20
3.7 Kostenaufteilung im Kanton Wallis	22
4 Bedarfsermittlung und Vorschlag zur Erneuerung der bestehenden Planung	24
4.1 Planungsziele: allgemeine Einschätzung	24
4.1.1 Was ältere Menschen und Pflegefachpersonen wünschen	24
4.1.2 Gründe für den Heimeintritt	24
4.1.3 Kosten nach Betreuungsangebot (zu Hause vs. Alters- und Pflegeheim)	25
4.1.4 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	26
4.1.5 Bedarfsprognosen und Planung in anderen Kantonen	29
4.1.6 Situation in anderen Ländern.....	30
4.2 Bedarfsermittlung	31
4.2.1 Demografische Prognosen	31
4.2.2 Instrument zur Ermittlung des Bedarfs in Alters- und Pflegeheimen.....	33
4.2.3 Auswahl der Szenarien und Varianten	35
4.3 Vorschläge für die erneuerte Planung	38
4.3.1 Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen.....	38
4.3.2 Spitex	39
4.3.3 Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen	42
4.3.4 Tagesstrukturen.....	43
4.3.5 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung	43
4.4 Auswirkungen der Planung.....	44
4.4.1 Finanzielle Auswirkungen	44
4.4.2 Auswirkungen auf den Bedarf an Pflegefachpersonal	46
4.4.3 Gesundheitsförderung im Alter (60+)	47
4.4.4 Versorgungsqualität und Patientensicherheit	48
5 Planung und Umsetzung: Empfehlungen	49
5.1 Koordination des Angebots	49
5.1.1 Aufgabenverteilung	49
5.1.2 Kantonale Koordinationsstelle (SOMEKO).....	49
5.1.3 Kantonale Warteliste für Alters- und Pflegeheime.....	50
5.1.4 Eintrittskriterien für Alters- und Pflegeheime	50
5.1.5 Nutzung von Kurzaufenthaltsbetten und Tagesstrukturen	51
5.1.6 Koordination: elektronisches Patientendossier.....	51
5.1.7 Regionale Integration der Leistungsanbieter	52
5.2 Demenzerkrankungen	53
5.2.1 Definition	53
5.2.2 Kantonale Gesamtstrategie	54
5.2.3 Anpassung der Betreuung im Alters- und Pflegeheim	55
5.2.4 Bauliche Aspekte und Betreuungsmodelle.....	56

5.3	Alters- und Pflegeheime	58
5.3.1	Grösse	58
5.3.2	Künftige Bauten	58
5.3.3	Richtraumprogramm	59
5.3.4	Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und bauliche Anpassungen im eigenen Zuhause	59
5.4	Pflegende Angehörige und Freiwillige	61
5.4.1	Aktuelle Lage	61
5.4.2	Unterstützungsmassnahmen	62
6	Schlussfolgerung.....	64
	Anhang	68
	Bibliographie.....	74

Zusammenfassung

Ältere pflegebedürftige Menschen brauchen besondere Betreuung und verdienen in unserer Gesellschaft besondere Aufmerksamkeit. Die Vorschläge im vorliegenden Bericht zielen darauf ab, den Bedürfnissen und Erwartungen dieser Menschen bestmöglich gerecht zu werden.

Die Langzeitpflege umfasst alle Angebote für Personen, die in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt sind oder gesundheitliche Probleme haben, mit Ausnahme der Spitalaufenthalte, für die die Spitalplanung zuständig ist. Es handelt sich dabei um Leistungen von pflegenden Angehörigen, von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Organisation), von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen, von Zwischenstrukturen (Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Tagesstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten) und von Alters- und Pflegeheimen (APH).

Die Art der Leistungen, die angeboten werden müssen, hängt vom Hilfs- und Pflegebedarf einer Person ab und von der Unterstützung, die das Umfeld bieten kann. Jede Situation ist anders und ändert sich im Verlaufe der Zeit. Je nach Pflegebedürftigkeit und Verfügbarkeit der Angehörigen stehen verschiedenen Betreuungsmodelle zur Verfügung, die sich ergänzen und ersetzen können.

Die Langzeitpflegeplanung strebt, abhängig davon, wie sich diese ergänzen und möglicherweise gegenseitig ersetzen können, einen optimalen Ausbau der Leistungen an. Sie muss den einzelnen, sich verändernden Bedürfnissen gerecht werden – ohne die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien für die Betreuung ausser Acht zu lassen. Die Planung wird regelmässig überarbeitet. Die letzte Planung wurde im März 2010 für die Jahre 2010-2015¹ verabschiedet.

Der vorliegende Bericht enthält die überarbeitete Langzeitpflegeplanung für den Zeitraum 2016-2020. Er enthält eine Bedarfsermittlung, daraus resultierende Anpassungsvorschläge sowie Empfehlungen zur Umsetzung der Planung. Er wird den interessierten Kreisen und der Öffentlichkeit zur Vernehmlassung unterbreitet.

Langzeitpflegebetten in Alters- und Pflegeheimen

Das Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) hat – unter Berücksichtigung der demografischen Prognosen des kantonalen Amtes für Statistik und Finanzausgleich – den künftigen Bedarf an Pflegeheimbetten ermittelt. Das Instrument für die Bedarfsermittlung wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) entwickelt. Es berücksichtigt die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen nach Alterskategorie und Geschlecht. Diese Methode ist präziser als die Methode, die für die letzte Planung verwendet wurde und die von einer Einheitsrate pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre ausging.

Wie in anderen Kantonen und in Ländern, die mit der Schweiz vergleichbar sind, wird eine Gesundheitspolitik angestrebt, bei der ältere Menschen so lange wie möglich zu Hause wohnen können. Die Betreuung in einem Pflegeheim ist für Personen vorgesehen, die einen hohen Pflegebedarf aufweisen. Der Anteil der Heimbetten für Personen, die keine oder nur wenig Pflege erfordern, sollte sich also weiterhin senken. Dieser Anteil beträgt momentan je nach Region zwischen 5.4 und 14.1%. Es wird vorgeschlagen, dass dieser Anteil bis 2020 in allen Regionen maximal 5% beträgt. Daraus ergeben sich ein Ausbau der Spitex-Leistungen und der Anzahl Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung.

Gemäss den Ergebnissen der Bedarfsermittlung muss das Angebot an Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen von 3'215 nach der Umsetzung der Planung 2010-2015 auf maximal 3'536 im Jahr 2020 gesteigert werden. Dies entspricht 321 neuen Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen, die im Rahmen der Planung 2016-2020 zur Verfügung gestellt werden, davon 17 im Oberwallis, 129 im Bezirk Siders, 88 in Sitten/Hérens/Conthey, 36 in Martinach/Entremont und 51 in Monthey/St. Maurice.

Die Regionen können weniger Betten zur Verfügung stellen, wenn sie die übrigen Angebote ausbauen. Der Anteil der Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen sollte mindestens 150 Betten pro

¹ Dienststelle für Gesundheitswesen (2014). *Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat zur Gesundheitspolitik 2013*.

1'000 Einwohner über 80 Jahre betragen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei einer Unterschreitung dieser Rate der Anteil an Wartebetten im Spital erhöht werden muss, um den Mangel an Heimbetten zu kompensieren. Berücksichtigt man auch die laufenden Projekte, erreichen alle Bezirke dieses Mindestziel – mit Ausnahme des Bezirks Siders, in dem bis 2020 mindestens 87 zusätzliche Betten zur Verfügung gestellt werden müssten (zusätzlich zu den bereits geplanten Betten). Die vorgängige Planung 2010-2015 hat keine Mindestanzahl Betten vorgegeben, sondern lediglich eine Höchstgrenze von 200 Betten pro 1'000 über 80-jährige Einwohner festgelegt.

Langzeitpflegebetten in Alters- und Pflegeheimen, Stand 2015 und angestrebtes Ziel 2020

	Stand 2015				Planung 2016-2020		
	Betten in Betrieb	% Einw. 80+ *	Betten geplant	Total	Neue Betten	Total Maximum	% Einw. 80+ *
Oberwallis	915	218	1	916	0 bis 17	933	193
Siders	348	132	42	390	87 bis 129	519	163
Sitten/Hérens/Conthey	701	163	133	834	0 bis 88	922	185
Martinach/Entremont	548	198	30	578	0 bis 36	614	193
Monthey/St. Maurice	446	181	51	497	0 bis 51	548	189
Total Wallis	2'958	181	257	3'215	87 bis 321	3'536	186

* Anzahl Betten pro 1'000 über 80-jährige Einwohner

Quelle: DGW/WGO

Die geringe Anzahl zusätzlicher Betten für das Oberwallis und – in einem geringeren Masse – für die Region Martinach erklärt sich durch Korrekturen im Bereich der demografischen Prognosen. Die für den vorangegangenen Zeitraum erstellten Prognosen (2010-2015) sind für diese beiden Regionen zu hoch ausgefallen und für die Regionen Sitten/Hérens/Conthey sowie Monthey/St. Maurice zu tief.

Spitex

Das Spitex-Angebot muss stark ausgebaut werden, damit der Mehrbedarf gedeckt werden kann, der durch die Alterung der Bevölkerung entsteht, sowie durch die Reduktion der Anzahl Personen in Alters- und Pflegeheimen, die keinen oder nur einen geringen Pflegebedarf aufweisen. Deshalb – und aufgrund von ausser- und innerkantonalen Vergleichen – wird das Ziel auf mindestens eine Stunde Pflege und 0.8 Stunden Hilfe zu Hause pro Einwohner festgelegt. Hinzu kommt ein zusätzlicher Bedarf aus der Spitalplanung, die bis 2020 eine Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer und eine Verlegung der Betreuung in den ambulanten Bereich vorsieht.

Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020

	Spitex		Pflege zu Hause	
	2013	2020	2013	2020
Anzahl angestrebte Stunden (1 Std. Pflege und 0.8 Std. Hilfe pro Einw.)		353'000		283'000
Anzahl Stunden gemäss Spitalplanung		93'000		32'000
Gesamtanzahl Stunden	295'380	446'000	195'564	315'000
Anzahl Einwohner	327'011	353'239	327'011	353'239
Anzahl Stunden pro Einwohner	0.90	1.26	0.60	0.89

Quelle: DGW/WGO

Insgesamt soll das Mindestangebot in jeder Gesundheitsregion 1.26 Stunden Pflege zu Hause und 0.89 Stunden Hilfe zu Hause pro Einwohner betragen. Im gesamten Kanton entspricht dies einem Anstieg um rund 150'000 Pflegestunden und 120'000 Hilfestunden zwischen 2013 und 2020. Dies ist ein grosser Ausbau, der von den sozialmedizinischen Zentren (SMZ), privaten Organisationen und den selbstständig tätigen Pflegefachpersonen getragen werden muss.

Kurzaufenthaltsbetten im Alters- und Pflegeheim

Mit der Planung 2010-2015 wurde eine Norm von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre angestrebt. Unter Berücksichtigung der verschiedenen umgesetzten oder laufenden Projekte wird die Gesamtanzahl der Kurzaufenthaltsbetten in Kürze 169 Betten betragen. Gemäss den Prognosen über die Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 2020 entspricht dies einem Anteil von 8.9 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre. Das Bettenangebot scheint im Hinblick auf das Jahr 2020 also ausreichend zu sein. Damit der Bedarf in allen Regionen gut gedeckt werden kann, muss die Planung 2010-2015 vollständig umgesetzt werden. Dies bedeutet, dass in der Region Siders 6 bis 19

zusätzliche Betten zur Verfügung gestellt werden müssen – in Sitten sind es höchstens 20 und in Martinach 4 Betten.

Betreuung in Tagesstrukturen

In der Langzeitpflegeplanung 2010-2015 wurde das Ziel festgehalten, mindestens 280 Plätze in Tagesstrukturen anzubieten. Es handelt sich dabei vor allem um ein Angebot zur Entlastung der pflegenden Angehörigen, die sich zu Hause um die rund 1'400 Personen mit einer mittelschweren oder fortgeschrittenen Demenzerkrankung (Stand 2008) kümmern – damit sie sich einen Tag pro Woche erholen können. Angesichts der Prognosen zur Entwicklung der Anzahl betroffener Personen sollte das Angebot an Tagesstrukturen bis 2020 um 30% gesteigert werden, um das Ziel von mindestens 364 Plätzen zu erreichen.

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und altersgerechte Umbauten

Da der Anteil an Personen reduziert wird, die in einem Alters- und Pflegeheim wohnen und keinen oder nur einen geringen Pflegebedarf aufweisen, werden für sie künftig über 150 Heimbetten weniger zur Verfügung stehen. Sozialmedizinisch betreute Wohnungen bieten in diesen Fällen eine Alternative. Der Ausbau solcher Strukturen muss unter Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung, der Bedarfsentwicklung und der lokalen Besonderheiten weiterverfolgt werden. Auch die neuen Möglichkeiten für eine altersgerechte Einrichtung und Gestaltung des eigenen Heims können in ihrem Fall – und allgemein für alle älteren Menschen – eine Lösung darstellen.

Finanzielle Auswirkungen der Planung 2016-2020

2013 beteiligte sich die öffentliche Hand (Kanton und Gemeinden) mit 97 Millionen Franken an den Betriebskosten der Langzeitpflege (Pflegeteile und Betriebssubventionen). Die von der Planung 2016-2020 zusätzlich verursachten Betriebskosten für die öffentliche Hand werden schrittweise ansteigen und ab 2020 rund 23 Millionen Franken pro Jahr betragen (Kanton 16 Millionen, Gemeinden 7 Millionen). Dieser Anstieg entspricht dem Bevölkerungswachstum der älteren Bevölkerung über 65 Jahren im Kanton Wallis (rund 24%). Bei den Investitionen wird die finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand für die Planung 2016-2020 über den gesamten Zeitraum auf 48 Millionen Franken geschätzt (Kanton 36 Millionen, Gemeinden 12 Millionen). Die Schätzungen beruhen auf der maximalen Anzahl der vorgesehenen Betten in Alters- und Pflegeheimen.

Gesundheitsförderung 60+

Um die künftige Nachfrage und die Kosten zu senken, braucht es parallel zur Langzeitpflegeplanung Gesundheitsförderungsmassnahmen für Seniorinnen und Senioren. Ein spezifisches Programm wurde erstellt, um die Lebensqualität im Alter zu erhöhen und gesunde Verhaltensweisen zu fördern, die die Selbstständigkeit, die Unabhängigkeit und die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten begünstigen.

Planungsvollzug: Empfehlungen

Die vorgeschlagene Planung umfasst ebenfalls 10 Empfehlungen für die Umsetzung:

1. Schaffung einer kantonalen Pflegeheimwarteliste;
2. Festlegung von Kriterien für den Eintritt ins Alters- und Pflegeheim;
3. Bessere Auslastung der Kurzaufenthaltsbetten und Tagesstrukturen;
4. Erarbeitung eines Modells für die regionale Zusammenarbeit der Leistungsanbieter, um eine bessere Koordination zu gewährleisten;
5. Ausbau der spezialisierten Betreuung für Personen mit einer Demenzerkrankung in Alters- und Pflegeheimen;
6. Ausbau des Angebots für Personen mit einer Demenzerkrankung – unter Berücksichtigung von baulichen Massnahmen und besonderen Behandlungsmodellen;
7. Berücksichtigung der optimalen Grösse von Alters- und Pflegeheimen;
8. Förderung von modularen Bauten bei Alters- und Pflegeheimen, für die eine Umnutzung möglich ist, sobald sich der Bedarf stabilisiert hat oder nach 2050 abnimmt;
9. Erstellen eines kantonalen Konzepts für Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und für die Förderung von baulichen Anpassungen in Wohnungen;
10. Ausbau der Unterstützung von pflegenden Angehörigen und Freiwilligen.

Beschluss und Vollzug

Auf der Grundlage des vorliegenden Berichts und den Antworten aus dem Vernehmlassungsverfahren werden der Gesundheitsplanungskommission Vorschläge für die Anpassung der Planung vorgelegt, damit diese eine Stellungnahme abgeben kann. Anschliessend wird die Planung dem Staatsrat zur Beschlussfassung unterbreitet. Der Vollzug obliegt den Gemeinden und den verschiedenen Leistungsanbietern, mit der Unterstützung des Kantons und der Kommissionen für die Langzeitpflege.

1 Einleitung

Der Begriff der Langzeitpflege umfasst verschiedene Angebote, die darauf abzielen – unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands und der Pflegebedürftigkeit – für die Patienten eine optimale Lebensqualität zu erhalten oder zurückzugewinnen. Die Betreuung wird von pflegenden Angehörigen, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex), Zwischenstrukturen (Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Tagesstrukturen, Kurzaufenthaltsbetten) und den Alters- und Pflegeheimen gewährleistet. Je nach Pflegebedürftigkeit und der Verfügbarkeit der Angehörigen können sich verschiedene Betreuungsangebote ergänzen oder ersetzen.

Die Bundes²- und Kantonsgesetzgebung³ überträgt dem Staatsrat analog zu den Spitälern die Aufgabe, eine Planung zu erstellen, die den Langzeitpflegebedarf deckt, und die die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien in Bezug auf die angebotenen Leistungen einhält. Der Bedarf muss mit einer verlässlichen Methode insbesondere auf der Grundlage von statistisch begründeten Daten und Vergleichen ermittelt werden.

Die Planung ist ein rollender Prozess, der laufend an den Bedarf angepasst werden muss. Die letzte Planung im Bereich der Langzeitpflege wurde vom Staatsrat im März 2010 für die Jahre 2010 bis 2015 verabschiedet.

Der vorliegende Bericht enthält die überarbeitete Langzeitpflegeplanung für den Zeitraum 2016-2020. Diese Planung umfasst die oben erwähnten Betreuungsangebote. Spitalaufenthalte sind ausgenommen. Diese werden von der Spitalplanung abgedeckt.

Die geplante Revision stützt sich auf die Bedarfsermittlung, die das Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) unter Berücksichtigung der demografischen Prognosen des kantonalen Amtes für Statistik und Finanzausgleich aufgestellt hat. Das Instrument für die Bedarfsermittlung wurde vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) entwickelt.

Die Vorschläge zur Anpassung der Planung sind so formuliert, dass dieser den wachsenden Bedarf decken kann, und zwar zu tragbaren Kosten. Die Vorschläge streben, abhängig davon, wie sich diese ergänzen und möglicherweise gegenseitig ersetzen können, einen optimalen Ausbau der Leistungen an.

Besondere Aufmerksamkeit wird der Koordination der Leistungsangebote gewidmet, den vermehrten Demenzerkrankungen, der Anpassung der Infrastruktur und der Situation von pflegenden Angehörigen und Freiwilligen. Für die Umsetzung der vorgeschlagenen Planung werden zehn Empfehlungen formuliert.

Der Bericht über die Planung der Langzeitpflege für die Jahre 2016-2020 wurde im Rahmen einer engen Zusammenarbeit zwischen der Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) und dem Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) erarbeitet. Eine eigens dafür geschaffene Arbeitsgruppe (Zusammensetzung siehe Anhang) hat sich regelmässig getroffen.

² Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Art. 39. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Art. 58a und 58b.

³ Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen (GKAI) & Gesetz über die Langzeitpflege (GLP).

2 Definition der Leistungen

Die Langzeitpflege umfasst sämtliche Leistungen, die darauf abzielen, unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands und der Pflegebedürftigkeit, für die Patienten und Patienten eine optimale Lebensqualität zu erhalten oder zurückzugewinnen.⁴ Es handelt sich dabei nicht nur um medizinische und paramedizinische Pflege, sondern auch um die Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen bei alltäglichen Aktivitäten wie beim Anziehen, bei der Körperpflege, beim Essen und beim Haushalt.

2.1 Versorgungskette in der Langzeitpflege

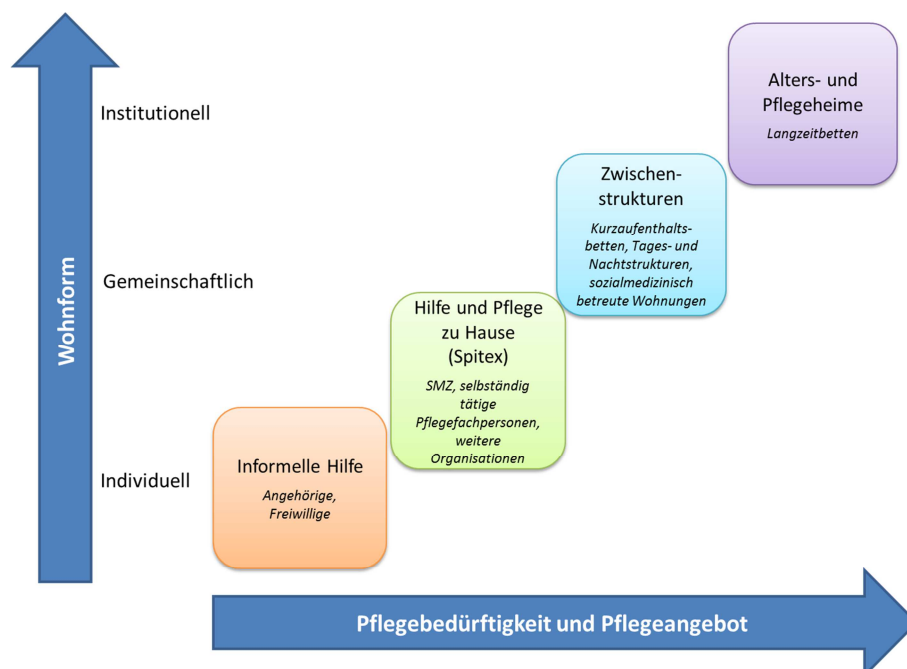
Die Betreuung passt sich schrittweise dem wachsenden Pflegebedarf der Personen an. Sie stützt sich zuerst vor allem auf die informelle Hilfe aus dem nahen Umfeld (Verwandte und Nachbarn) und auf freiwillige Helfer, die von entsprechenden Organisationen unterstützt werden. Je stärker der Pflegebedarf zunimmt, desto mehr kommen formelle Pflege- und Hilfsstrukturen zum Einsatz.

Die Versorgungskette im Langzeitpflegebereich (Abbildung 1) setzt sich zusammen aus:

- Hilfe und Pflege aus dem Umfeld der älteren Person (informelle Hilfe durch pflegende Angehörige);
- Spitex-Leistungen (Hilfe und Pflege zu Hause), die von den sozialmedizinischen Zentren, privaten Organisationen und selbstständig tätigen Pflegefachpersonen angeboten werden;
- Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung;
- Tagesstrukturen (Tagesheime);
- Kurz- und Langzeitaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen.

Diese Leistungen bilden ein Ganzes und ergänzen sich gegenseitig. Die jeweilige Betreuung hängt vom Pflegebedarf der betroffenen Person ab und von der Unterstützung, die vom Umfeld geleistet werden kann. Jede Situation ist einzigartig und verändert sich mit der Zeit.

Abbildung 1: Versorgungskette im Langzeitpflegebereich



⁴ Weaver, F., Ruedin, H. J., Pellegrini, S., und Jeanrenaud, C. (2008). *Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis zum Jahr 2030 in der Schweiz*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

2.2 Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex)

Die Leistungen zu Hause werden von Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex-Organisationen) und von selbstständig tätigen Pflegefachpersonen angeboten.

Die Spitex-Organisationen bieten Leistungen an, mit denen die Weiterführung des Lebens zu Hause unter Beachtung der von den Personen getroffenen Wahl ermöglicht wird (Gesetz über die Langzeitpflege Art. 7). Im Wallis werden diese Leistungen hauptsächlich von den sozialmedizinischen Zentren (SMZ) erbracht. Folgende Spitex-Organisationen sind ebenfalls im Kanton anerkannt:

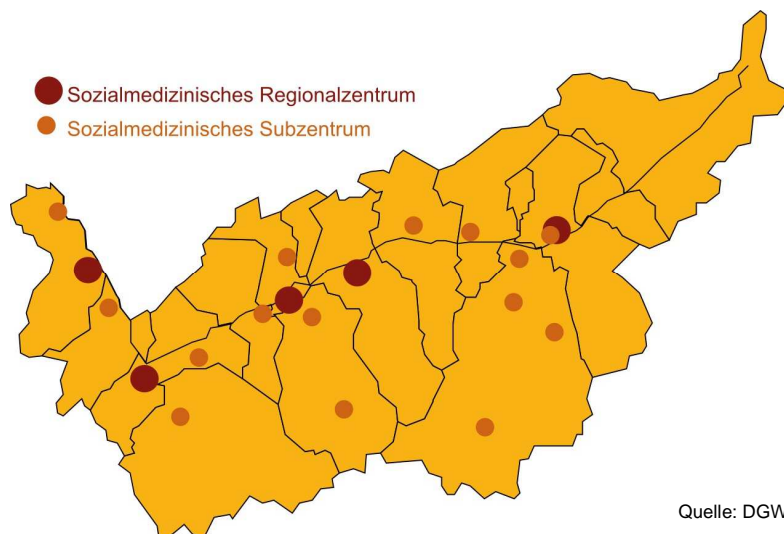
- Die Walliser Diabetes-Gesellschaft bietet Fusspflege für Diabetiker an;
- die Lungenliga Wallis, Bereich Gesundheitsförderung Wallis, bietet Leistungen zu Hause im Bereich der Lungenkrankheiten an;
- die «Assistance à domicile pour la ville et la campagne» ist eine private Organisation, die seit März 2015 Spitex-Leistungen in den Regionen Sitten, Siders und Martinach anbietet.

Im Wallis sind zudem rund 70 selbstständig tätige Pflegefachpersonen aktiv. Diese arbeiten oft Teilzeit.

Sozialmedizinische Zentren (SMZ)

Die sozialmedizinischen Zentren sind in den 1970er Jahren von den Gemeinden ins Leben gerufen worden. Sie sind heute als privatrechtliche Vereine mit öffentlichem Interesse organisiert, in denen die Gemeinden vertreten sind. Sie sind in 5 sozialmedizinische Regionalzentren (SMRZ) unterteilt und bieten ihre Leistungen im gesamten Kantonsgebiet an.

Abbildung 2: Sozialmedizinische Zentren im Oberwallis: Standorte und Einsatzgebiete



Quelle: DGW

Der Leistungsauftrag vom 1. September 2007 übergibt den sozialmedizinischen Regionalzentren die Aufgabe, das Leben zu Hause für Personen aller Altersgruppen, die Pflege, Hilfe, Begleitung und Rat benötigen, aufzubauen, zu fördern und zu gewährleisten.

Dieser Auftrag, der zurzeit überarbeitet wird, deckt ein breites Angebotsspektrum ab. Es handelt sich nicht nur um KVG-Pflegeleistungen, sondern auch um Hilfe im weiteren Sinne – insbesondere gehören dazu die Unterstützung der Angehörigen, die Gesundheitsförderung und präventive Hausbesuche.

Die SMRZ sind für folgende Angebote zuständig:

- Hilfe und Pflege zu Hause;
- Sicherheit zu Hause;
- Soziale Unterstützung und Sozialhilfe;
- Ergotherapie, Mahlzeitendienst, Ausleihe und Vermietung von Material;

- Schaffung von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung;
- Mütter- und Väterberatung und Schulgesundheits;
- Gesundheitsförderung;
- Hilfsangebote für pflegende Angehörige;
- präventive Hausbesuche.

Die SMRZ müssen ebenfalls die Tätigkeiten von öffentlichen oder privaten Spezialdiensten organisieren und koordinieren, Freiwilligenangebote aufbauen und koordinieren sowie die Verantwortung für jene Aufgaben übernehmen, die an spezialisierte Organisationen delegiert werden. Sie müssen die Bevölkerung über die angebotenen Leistungen informieren und die Bekanntheit der Spitex-Angebote fördern.

2.3 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung bieten Infrastrukturen und Sicherheitseinrichtungen, die an die speziellen Bedürfnisse der älteren Bevölkerung angepasst sind. Sie fördern die Autonomie von betagten Personen, die keine durchgehende Betreuung benötigen. (Art. 10 Langzeitpflegegesetz). Sie bestehen aus einer oder mehreren Wohnungen und befinden sich an zentraler Lage. Die Spitexpflege wird wie zu Hause von den SMZ, einer anderen Spitex-Organisation oder einer selbstständig tätigen Pflegefachperson erbracht. Wohnungen, die diese Kriterien erfüllen, können vom Kanton anerkannt werden.

2.4 Tages- und Nachtstrukturen

Tages- und Nachtstrukturen bieten den betagten Personen tagsüber oder nachts, gelegentlich oder regelmässig Pflegeleistungen und sozialmedizinische Betreuung an, und ermöglichen so eine Weiterführung des Lebens zu Hause und eine Entlastung der pflegenden Angehörigen (Art. 9 Langzeitpflegegesetz). Seit 2011 werden die Kosten für Leistungen in entsprechenden Strukturen von der obligatorischen Krankenversicherung mitfinanziert (Art. 25a KVG).

Abbildung 3: Tages- oder Nachtstrukturen



Quelle: DGW

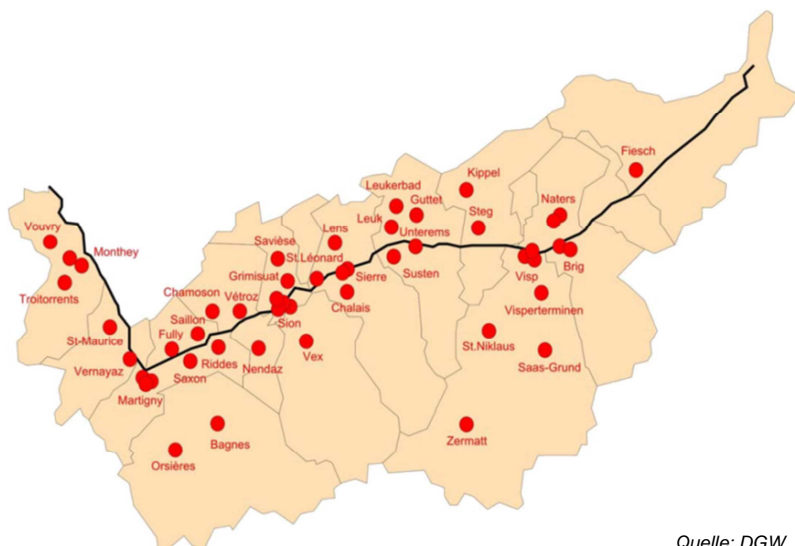
2.5 Alters- und Pflegeheime

Alters- und Pflegeheime sind Gesundheitseinrichtungen, in denen medizinische, paramedizinische und therapeutische Leistungen sowie Betreuungs-, Beaufsichtigungs-, Beherbergungs- und Animationsleistungen angeboten werden (Art. 6 Langzeitpflegegesetz). Sie nehmen für Lang- und Kurzeintaufenthalte an einem oder mehreren Standorten im Nahbereich betagte Personen auf, deren Gesundheitszustand Pflege und Hilfe für die Bewältigung von Alltagsaufgaben erforderlich macht, ohne eine Spitalbehandlung zu rechtfertigen.

Langzeitbetten richten sich an Personen, deren Gesundheitszustand es nicht mehr erlaubt, zu Hause zu wohnen. Bei den Kurzaufenthaltsbetten handelt es sich um ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige, wobei eine Rückkehr nach Hause angestrebt wird.

Im Wallis gibt es 39 Pflegeheime an 48 Standorten in den verschiedenen Regionen des Kantons.

Abbildung 4: Alters- und Pflegeheime im Wallis



Quelle: DGW

2.6 Gesundheitsregionen im Langzeitpflegebereich

Gemäss Art. 5 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes kann der Staatsrat Gesundheitsregionen festlegen. Der Staatsrat hat 1995 sechs Gesundheitsregionen festgelegt. Nach der Fusion der Regionen im Oberwallis bestehen im Langzeitpflegebereich künftig 5 Regionen.

Tabelle 1: Gesundheitsregionen im Kanton Wallis

Kanton Wallis	
Gesundheitsregionen	Bezirke
Oberwallis	Brig Goms Leuk Raron Visp
Siders	Siders
Sitten/Hérens/Conthey	Conthey Hérens Sitten
Martinach/Entremont	Entremont Martinach
Monthey/St. Maurice	Monthey St. Maurice



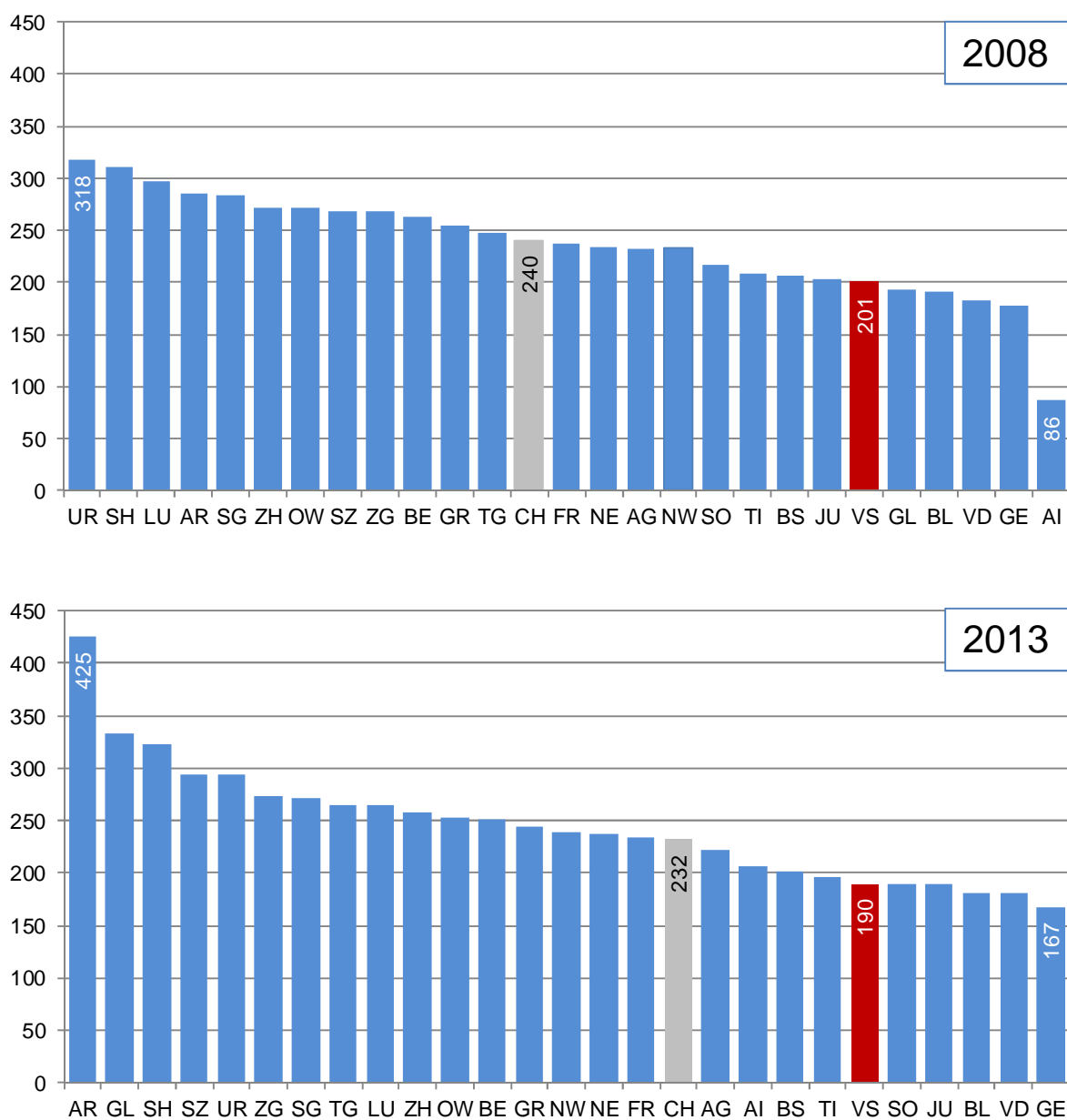
Quelle: DGW

3 Aktuelle Lage in der Schweiz und im Wallis

3.1 Langzeitbetten in Pflegeheimen

In Bezug auf den Anteil der älteren Bevölkerung, der in einem Pflegeheim lebt, bestehen zwischen den Kantonen in der Schweiz grosse Unterschiede. Abbildung 5 zeigt, nach Kantonen aufgeteilt, die Anzahl Pflegeheimbetten pro 1000 Einwohner über 80 Jahre in den Jahren 2008 und 2013. Der Anteil der Pflegeheimbetten ist in der Deutschschweiz grösser als in der Romandie. Im Wallis liegt der Anteil unter dem schweizerischen Durchschnitt. Zwischen 2008 und 2013 hat er sowohl im Wallis wie in der gesamten Schweiz leicht abgenommen.

Abbildung 5: Anzahl Langzeitbetten in Pflegeheimen nach Kanton pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre, 2008 und 2013



Quellen: BFS/WGO, SOMED; BFS, STATPOP

Im Wallis wurde die Zahl der Langzeitbetten in Pflegeheimen mit der Langzeitpflegeplanung 2010-2015 auf maximal 200 Betten für 1000 Einwohner über 80 Jahre festgelegt. Tabelle 2 zeigt das heutige Angebot sowie die laufenden Projekte.

Tabelle 2: Anzahl Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen (Stand 30.06.2015)

	Betten in Betrieb 2015	Geplante Betten	Total	Total gemäss Planung 2010-2015	Rest
Oberwallis	915	1	916	916	-
Siders	348	42	390	538	148
Sitten/Hérens/Conthey	701	133	834	834	-
Martinach/Entremont	548	30	578	582	4
Monthey/St. Maurice	446	51	497	497	-
Total Wallis	2'958	257	3'215	3'367	152

Quelle: DGW

Fast alle Betten, die von der Planung vorgesehen waren, sind in Betrieb oder werden in Betrieb genommen – ausser in der Region Siders, die möglichst wenig auf diese Art der Betreuung setzen will. Die Planung 2010-2015 lässt den Regionen die Freiheit, weniger Betten zu schaffen, wenn die anderen Betreuungsangebote für die Langzeitpflege ausgebaut werden. Im Falle von Siders wird die Situation momentan kritisch, weil zu wenig Pflegeheimbetten vorhanden sind und damit die Anzahl Wartebetten im Spital zunimmt (siehe folgender Abschnitt).

3.2 Wartebetten im Spital

Wartebetten richten sich an Patientinnen und Patienten, die aus dem Spital austreten können und auf einen Platz in einem Pflegeheim warten. Es handelt sich dabei um eine Übergangslösung, bis genügend Pflegeheimbetten zur Verfügung stehen. Die Betreuung im Pflegeheim entspricht den Bedürfnissen dieser Patientinnen und Patienten besser, sowohl hinsichtlich der Lebensqualität (das Zimmer im Heim wird eher als Daheim angesehen) als auch aus wirtschaftlicher Sicht (weniger Pflegeleistungen als im Spital).

Die ersten Wartebetten wurden zu Beginn der 2000er Jahre geschaffen. Die Planung 2014 sah je 10 Wartebetten in den Spitälern von Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach und St. Maurice (Klinik Saint-Amé) vor. Durch die Schaffung neuer Pflegeheimbetten wurde die Zahl der Wartebetten stark reduziert (2 pro Standort und vollständige Aufhebung in Sitten).

Seit 2012 wird ein Anstieg der Wartebetten für Personen festgestellt, die in den Regionen Sitten/Hérens/Conthey und vor allem in Siders wohnen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Anzahl Tage in Wartebetten im Spital und Anzahl belegte Betten (Anzahl Tage / 365 / 0.95) 2012, 2013 und 2014, nach Gesundheitsregion

Regionen	2012		2013		2014	
	Anzahl Tage 2012	Bettenbedarf	Anzahl Tage 2013	Bettenbedarf	Anzahl Tage 2014	Bettenbedarf
Oberwallis	360	1	206	1	71	0.2
Siders	2'076	6	2'668	8	6'037	17
Sitten/Hérens/Conthey	1'934	6	2'558	7	2'594	7
Martinach/Entremont	632	2	933	3	1'744	5
Monthey/St. Maurice	1'150	3	630	2	2'251	6
Schweiz	25	0.1	67	0.2	0	0
Total	6'177	18	7'062	20	12'697	37

Quelle: DGW

Im Rahmen der Spitalplanung 2015 wurde entschieden, dem Standort Siders 17 Wartebetten zuzuweisen (inklusive Klinik Saint-Claire).

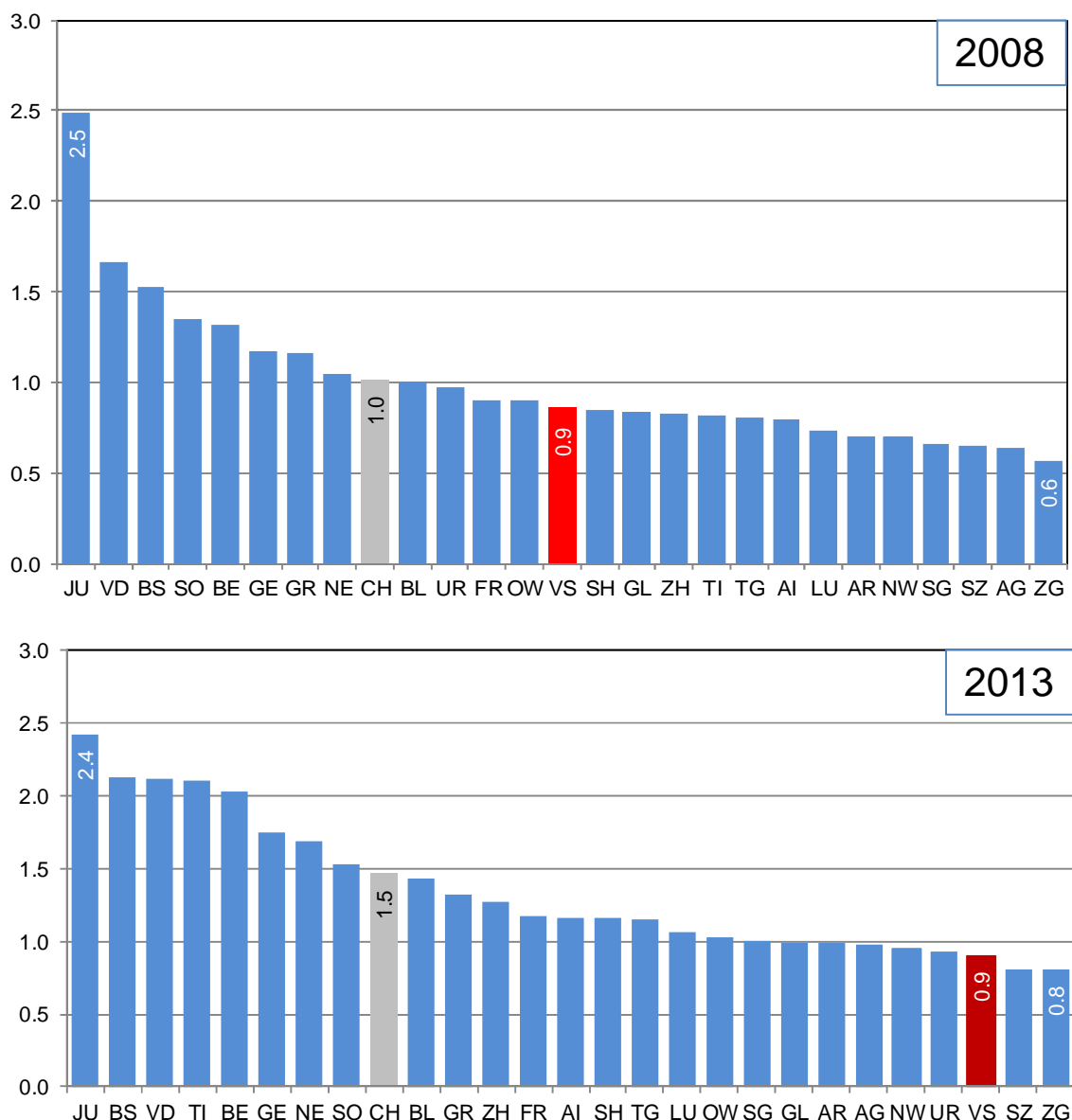
Mit dem Beschluss vom 10. Dezember 2014 über die Spitalinfrastruktur hat der Staatsrat die künftige Aufteilung der Aktivitäten im Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis festgelegt. Dabei wurde insbesondere entschieden, die Spitaltätigkeit der Klinik St-Claire aufzuheben. Das Gesundheitsdepartement wurde beauftragt, Vorschläge für eine Umnutzung vorzulegen. Die Umwandlung in ein Pflegeheim ist eine Option, die mit den umliegenden Gemeinden diskutiert wird.

3.3 Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex)

Die Abbildungen 6 und 7 zeigen, aufgeteilt nach Kanton, die Entwicklung der Anzahl Stunden, die von der Spitex pro Bewohner geleistet werden. Berücksichtigt werden Spitex-Organisationen sowie selbstständig tätige Pflegefachpersonen, die im Rahmen der eidgenössischen Spitexstatistiken der Meldepflicht unterstehen.

Die Anzahl Stunden pro Einwohner für die Hilfe und Pflege zu Hause ist in den Westschweizer Kantonen im Allgemeinen höher – sie weisen gleichzeitig einen tieferen Anteil an Pflegeheimbetten aus (siehe vorangehendes Kapitel 3.1). Das Wallis bildet eine Ausnahme: obwohl es über eine tiefe Anzahl Pflegeheimbetten verfügt, fällt auch die Anzahl Stunden im Bereich der Spitexleistungen tiefer aus als im schweizerischen Durchschnitt. Zudem hat die Anzahl Stunden für die Pflege zu Hause von 2008 bis 2013 nicht zugenommen, obwohl sie schweizweit stark gestiegen ist.

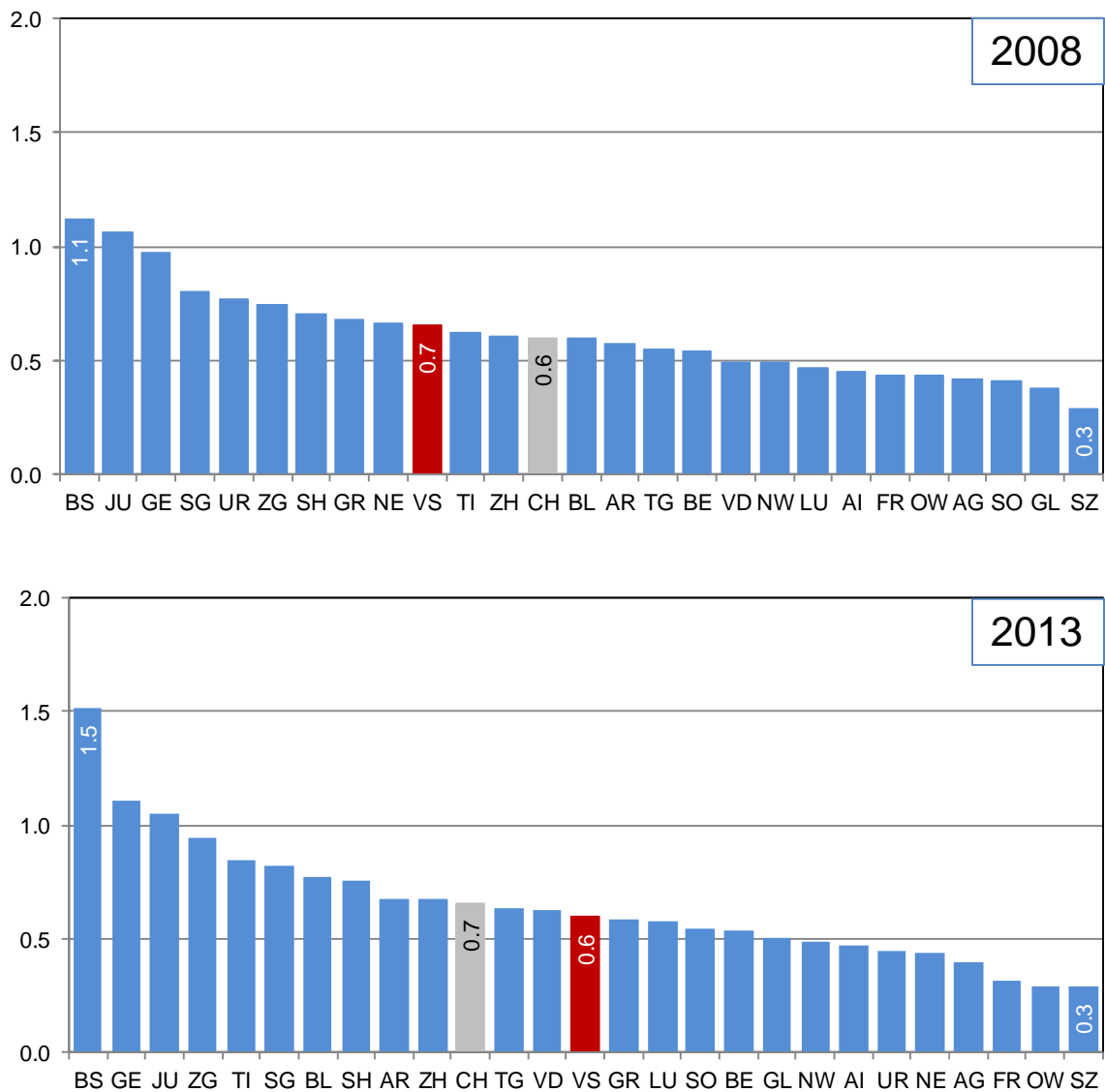
Abbildung 6: Anzahl Stunden für die Pflege zu Hause pro Einwohner und Kanton – 2008 und 2013



Quellen: WGO/BFS, SPITEX; BFS, ESPOF

Bezüglich der Hilfe zu Hause ist im Wallis die Zahl der pro Einwohner geleisteten Stunden gesunken. Der Kanton ist unter den schweizerischen Durchschnitt gefallen.

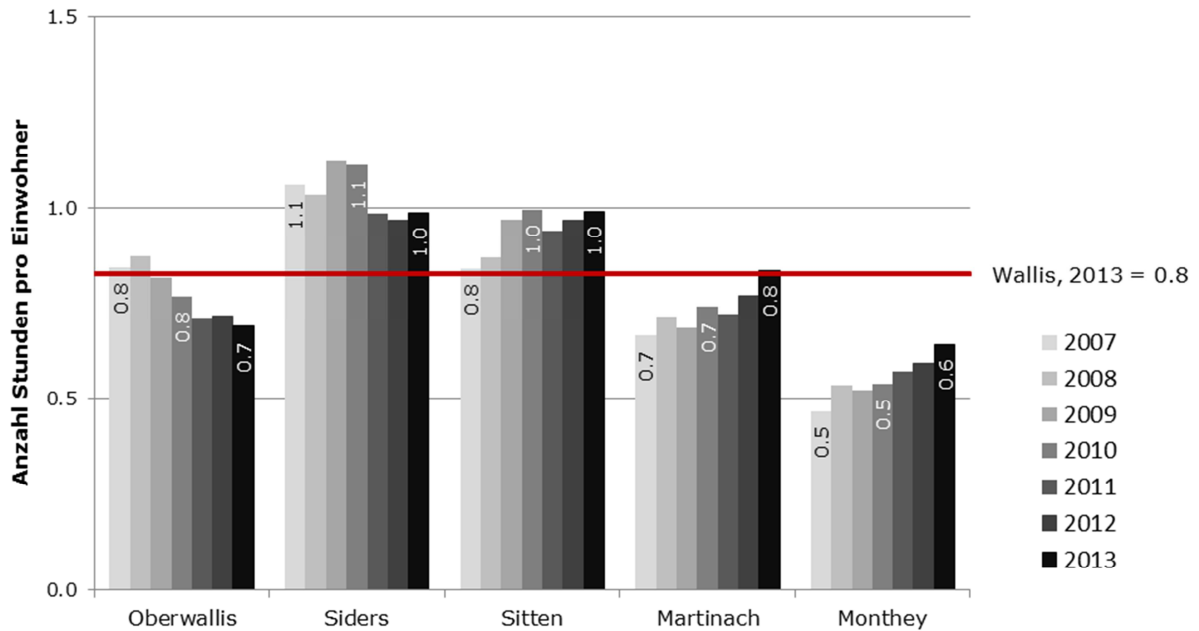
Abbildung 7: Anzahl Stunden für die Hilfe zu Hause pro Einwohner und Kanton – 2008 und 2013



Quellen: WGO/BFS, SPITEX; BFS, ESPOP

Die Abbildungen 8 und 9 zeigen die Entwicklung der im Wallis geleisteten Stunden für die Hilfe und Pflege zu Hause pro Einwohner und nach Gesundheitsregion. Für die innerkantonalen Vergleiche wurden nur die Leistungen der SMZ berücksichtigt, da ihr Einsatzgebiet der jeweiligen Gesundheitsregion entspricht. Im Jahr 2013 haben nur die Regionen Sitten/Hérens/Conthey und Siders das von der Planung 2010-2015 festgelegte Spitex-Ziel von einer Stunde Pflege pro Einwohner erreicht. Zwischen 2007 und 2013 hat die Anzahl der im Oberwallis geleisteten Stunden abgenommen.

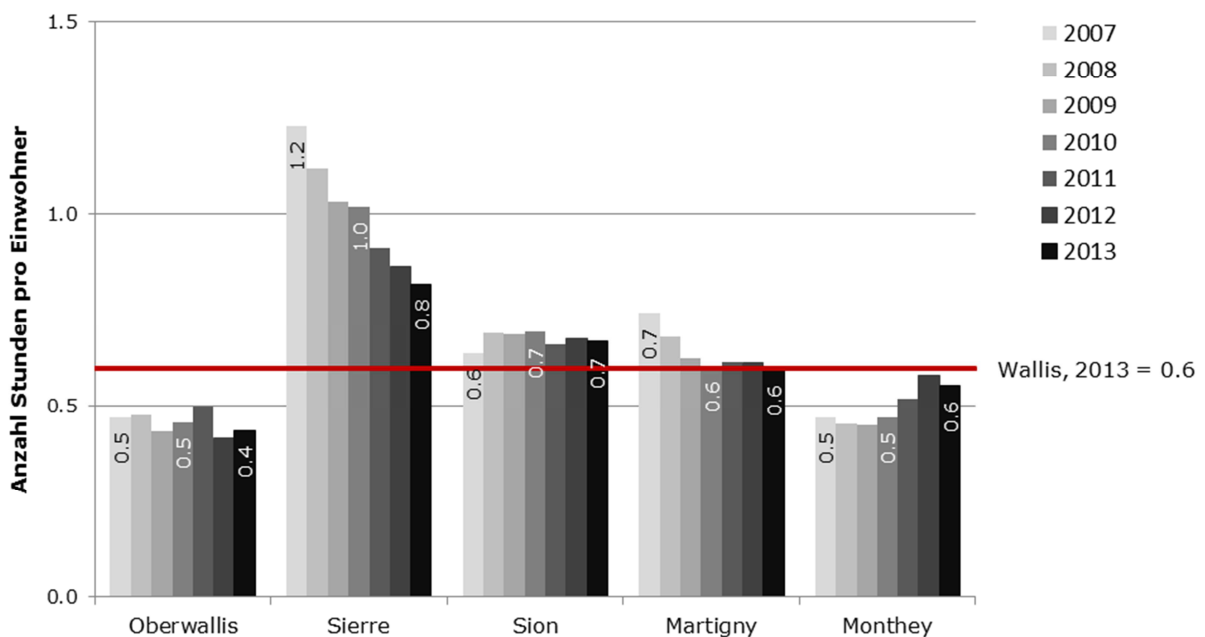
Abbildung 8: Anzahl Stunden für die Pflege zu Hause, die von den SMZ geleistet wurde, und Rate pro Einwohner – 2007 bis 2013



Quellen: WGO/BFS, SPITEX; BFS, STATPOP; ESPOP ohne selbstständig tätige Pflegefachpersonen

Bezüglich der Hilfe zu Hause wurde das Ziel der Planung 2010-2015 von einer Stunde Hilfe pro Einwohner nicht erreicht.

Abbildung 9: Anzahl Stunden für die Hilfe zu Hause, die von den SMZ geleistet wurde, und Rate pro Einwohner – 2007-2013



Quellen: WGO/BFS, SPITEX; BFS, STATPOP; ESPOP

3.4 Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen

Der Anteil Kurzaufenthaltsbetten variiert zwischen 0 und 7 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre – ohne nennenswerte Unterschiede zwischen der Deutsch- und der Westschweiz. Zwischen 2008 und 2013 hat ihr Anteil in der gesamten Schweiz abgenommen. Im Wallis hingegen hat der Anteil im Anschluss an den 2010 getroffenen Planungsbeschluss zugenommen. Dieser hat festgelegt, dass 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre zur Verfügung stehen sollen. Der Kanton Wallis befindet sich momentan leicht über dem schweizerischen Durchschnitt.

Abbildung 10: Anzahl Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre – 2008 und 2013

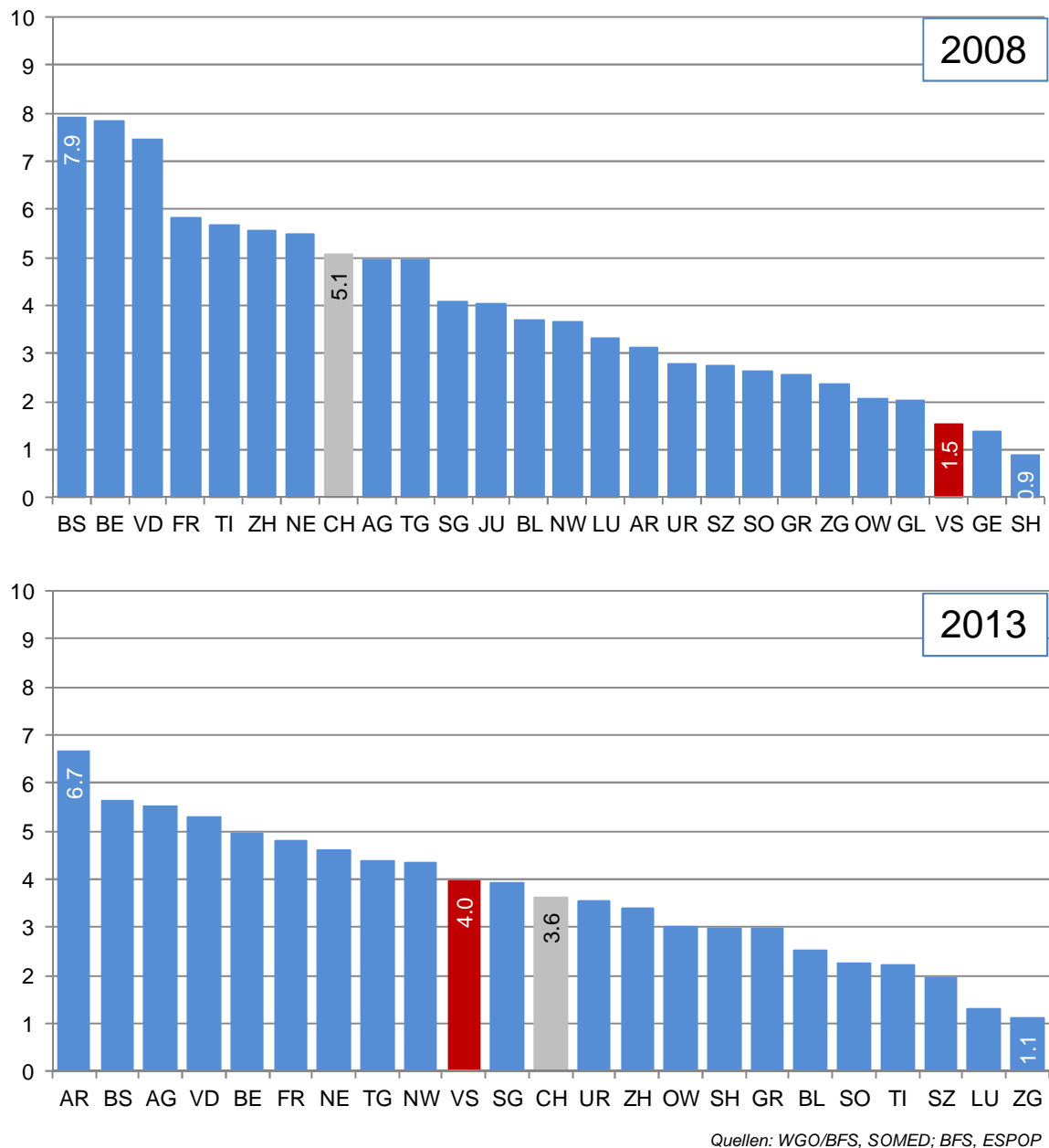


Tabelle 4 zeigt die Anzahl Kurzaufenthaltsbetten, die 2015 in Betrieb sind, die von der Planung 2010-2015 genehmigten Betten, die noch geschaffen werden und die noch nicht genutzten Betten. Das Angebot ist im Oberwallis stärker ausgebaut. Es wurde im restlichen Kanton später, im Rahmen der Planung 2010-2015, eingeführt. In den Regionen Siders, Sitten/Hérens/Conthey und Martinach/Entremont können noch neue Betten zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 4: Anzahl Kurzaufenthaltsbetten im Alters- und Pflegeheim, in Betrieb und geplant, von der Planung 2010-2015 vorgesehen (Stand 26.05.2015)

	Betten in Betrieb 2015	Betten geplant	Total	Total gemäss Planung		Rest	
				Min.	Max.	Min.	Max.
Oberwallis	41	6	47	23	46	-	-
Siders	4	4	8	14	27	6	19
Sitten/Hérens/Conthey	5	17	22	21	42	-	20
Martinach/Entremont	23	2	25	15	29	-	4
Monthey/St. Maurice	11	14	25	13	25	-	-
Total Wallis	84	43	127	85	169	6	43

Quelle: DGW

3.5 Tagesstrukturen

Die Planung 2010-2015 hat das Ziel festgelegt, im Kanton mindestens 280 Plätze zur Verfügung zu stellen, um jene Angehörigen während einem Tag pro Woche zu entlasten, die die rund 1'400 Personen mit einer mittelschweren bis schweren Demenzerkrankung zu Hause pflegen (Situation 2008).

Tabelle 5 zeigt die Anzahl Plätze in Tagesstrukturen, die in Betrieb oder geplant sind, sowie die Differenz zum angestrebten Minimalziel.

Tabelle 5: Anzahl Plätze in Tagesstrukturen, in Betrieb und geplant, von der Planung 2010-2015 vorgesehen (Stand 17.03.2015)

	Plätze in Betrieb	Plätze geplant	Total	Planung 2010-2015 (Min.)	Rest
Oberwallis	24	39	63	78	15
Siders	15	10	25	45	20
Sitten/Hérens/Conthey	38	38	76	67	-
Martinach/Entremont	76	10	86	49	-
Monthey/St. Maurice	30	15	45	41	-
Total Wallis	183	112	295	280	35

Quelle: DGW

In den Regionen Sitten/Hérens/Conthey, Martinach/Entremont und Monthey/St. Maurice wurde dieses Ziel erreicht, in der Region Siders und im Oberwallis nicht.

3.6 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Das Gesundheitsdepartement kann den Wohnungen, die die im Langzeitpflegegesetz festgelegten Zielsetzungen erfüllen, eine Anerkennung erteilen (Art. 10 Langzeitpflegegesetz). Zu diesem Zweck wurden Richtlinien erstellt⁵. Sie sehen insbesondere bauliche Massnahmen in den Wohnungen vor (Beseitigung von baulichen Hindernissen, barrierefreies Wohnen), eine Zusammenarbeit mit den SMZ für die Spitex-Leistungen und die Information von möglichen künftigen Bewohnerinnen und Bewohnern.

⁵ Richtlinien des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie betreffend die zu erfüllenden Bedingungen für den Betrieb von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Juni 2006

Durch den Leistungsauftrag an die SMRZ sind diese verpflichtet, in ihrer jeweiligen Region zusätzlich zum Spitex-Angebot auch das Angebot an Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung auf- und auszubauen. Dazu können sie mit privaten Partnern zusammenarbeiten.

Der Kanton subventioniert den Bau von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung nicht. Die Investitionskosten sollen über Mieteinnahmen gedeckt werden. Der Kanton und die Gemeinden leisten einen finanziellen Beitrag an die erbrachten Spitex-Leistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Wohnungen, so wie sie es auch für Personen tun, die zu Hause, in gewöhnlichen Wohnungen, leben.

Tabelle 6 enthält die Anzahl Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, die in Betrieb und geplant sind, und die von oder in Zusammenarbeit mit einem SMZ betrieben werden. Es gibt weitere altersgerechte Wohnungen, die aus privaten Initiativen hervorgegangen sind. Da hierzu keine umfassenden Angaben vorliegen, werden diese in der Tabelle nicht aufgeführt.

Tabelle 6: Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, die von oder in Zusammenarbeit mit einem SMZ betrieben werden (Stand Juni 2015)

	Einrichtung	Ort	Leitung / Zusammenarbeitsvertrag	Anzahl Wohnungen	
				in Betrieb	geplant
Siders	Domino Maison Rouge	Siders	SMZ Siders	4	
	Domino Centre Ville	Siders	SMZ Siders	5	
	Domino Côté Cour	Siders	SMZ Siders	6	
	Domino Gare	Siders	SMZ Siders	5	
	Domino Miège	Miège	SMZ Siders	4	
	Domino Anniviers	Vissoie	SMZ Siders	4	
	Domino Av. du Marché	Siders	SMZ Siders	5	
	Domino La Postale	Chalais	SMZ Siders	4	
	Domino Chippis	Chippis	SMZ Siders		5
Total Region Siders				37	5
Sitten/Hérens/Conthey	Domino Sion	Sitten	Zusammenarbeitsvertrag	6	
	Domino Sion	Sitten	Zusammenarbeitsvertrag	7	
	Domino Sion Champsec	Sitten	Zusammenarbeitsvertrag		5
	Résidence des Crêtes	Grimisuat	SMZ Coteau	9	
	Domino Ayent	Ayent	SMZ Coteau	4	
	Résidence St-Jacques	Haute-Nendaz	Zusammenarbeitsvertrag		9
Total Region Sitten/Hérens/Conthey				26	14
Martinach/Entremont	Appartement "Mosaïque"	Martinach	SMZ Martinach	8	
	Appartement "A tout âge"	Martinach	SMZ Martinach	9	
	Résidence Les Côteaux	Fully	SMZ Martinach	6	
	Total Region Martinach/Entremont				23
Monthey/St. Maurice	Appartements Marmettes	Monthey	SMZ de Monthey	6	
	Appartements M-CENTRAL	Monthey	Zusammenarbeitsvertrag	22	
	Appartements Les Tilleuls	Monthey	Zusammenarbeitsvertrag	14	
	Studios Les Dents-du-Midi	Champéry	Zusammenarbeitsvertrag	8	
	Appartements Riond-Vert	Vouvry	Zusammenarbeitsvertrag	17	
	Appartements Vionnaz	Vionnaz	Zusammenarbeitsvertrag	10	
	Appartements Sainte-Monique	Saint-Maurice	Zusammenarbeitsvertrag	2	
	Appartements Monthey	Monthey			8
	Appartements Vouvry	Vouvry			10
	Appartements Le Petit Prince	Saint-Gingolph	Zusammenarbeitsvertrag		10
Total Region Monthey/St. Maurice				79	28
Total Anzahl Wohnungen				165	47

Quelle: DGW/SMZ

Im Oberwallis hat das SMZ vier Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung betrieben (Mörel, Visperterminen, Visp und Leukerbad). Mit der Zeit wurden die betreuten Personen immer pflegebedürftiger, so dass eine Betreuung zu Hause mehr und mehr verunmöglicht wurde. Im Rahmen der Planung 2010-2015 wurde vorgeschlagen, dass diese Einrichtungen ihre Leistungen entweder nur Personen anbieten, die weniger Pflege brauchen, oder dass sie sich einem Alters- und Pflegeheim als Untereinheit anschliessen. Alle vier Einrichtungen haben sich entschieden, zu dezentralen Heimen zu werden. Die Wohnung in Visp wurde schliesslich ins Martinsheim integriert.

3.7 Kostenaufteilung im Kanton Wallis

Es wurde eine unverbindliche Kosteneinschätzung für die Langzeitpflege (Pflege und Beherbergung) erstellt. Sie basiert auf den gesamten Kosten der Alters- und Pflegeheime, der Tagesstrukturen, der SMZ (ausschliesslich Spitex-Leistungen) und der Wartebetten im Spital für das Jahr 2013.

Die Einschätzung ist nicht abschliessend. Die Kosten für die selbstständig tätigen Pflegefachpersonen konnten nicht ermittelt werden. Zudem konnte der Einfluss der Anzahl Alters- und Pflegeheimbetten auf die Spitalaufenthaltsdauer in Geriatrie- oder Psychogeriatric-Abteilungen nicht berücksichtigt werden, da sich die Praxis hier von Region zu Region unterscheidet (siehe unten).

Tabelle 7: Langzeitpflege, Gesamtkosten 2013 in Franken

	Oberwallis	Siders	Sitten / Hérens / Conthey	Martinach / Entremont	Monthey / St. Maurice	Wallis
Alters- und Pflegeheime und Tagesstrukturen	84'386'199	34'777'041	72'775'874	49'838'456	42'471'704	284'249'274
SMZ	9'446'630	9'628'677	13'059'010	8'807'583	6'815'366	47'757'266
Wartebetten	108'059	1'278'127	1'294'584	518'231	361'602	3'560'604
Total	93'940'887	45'683'846	87'129'468	59'164'270	49'648'672	335'567'144

Quelle: DGW

Tabelle 8: Langzeitpflege, Gesamtkosten 2013 in Franken, pro Einwohner über 65 Jahre

	Oberwallis	Siders	Sitten / Hérens / Conthey	Martinach / Entremont	Monthey / St. Maurice	Wallis
Anzahl über 65-jährige Einwohner (31.12.2013)	14'816	9'816	15'248	10'117	9'244	59'241
Alters- und Pflegeheime und Tagesstrukturen	5'696	3'543	4'773	4'926	4'595	4'798
SMZ	638	981	856	871	737	806
Wartebetten	7	130	85	51	39	60
Total	6'341	4'654	5'714	5'848	5'371	5'664

Quelle: DGW

Die Gesamtkosten der Langzeitpflege im Wallis betragen 2013 durchschnittlich 5'664 Franken pro Einwohner über 65 Jahre. Die Kosten in den Regionen Sitten/Hérens/Conthey, Martinach/Entremont und Monthey/St. Maurice für die betagte Bevölkerung über 65 Jahre sind nahezu identisch (zwischen 5'371 und 5'848 CHF). Der Unterschied zwischen diesen drei Regionen und der Region Siders sowie dem Oberwallis fällt wesentlich grösser aus. Die Kosten im Oberwallis sind CHF 677 höher als die Gesamtkosten im kantonalen Vergleich. In der Region Siders liegen sie CHF 1'010 unter dem Durchschnitt.

Diese Unterschiede müssen relativiert werden. Die Kosten für die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital (Geriatrie) fallen in der Region Siders wegen fehlender Pflegeheimbetten höher aus. Auch im Oberwallis muss die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Geriatrie bzw. Psychogeriatric berücksichtigt werden. Diese fällt hier kürzer aus als in den anderen Regionen.

Es kann aus dieser Einschätzung trotzdem abgeleitet werden, dass die Kosten in Regionen mit einem höheren Anteil an Betreuung in Pflegeheimen tendenziell höher ausfallen. Schweizweit durchgeführte Studien kommen zum selben Schluss (siehe Kapitel 4.1.3).

Die Tabellen 9 und 10 zeigen die Aufteilung der Finanzierung der Langzeitpflege zwischen den verschiedenen Zahlstellen für das Jahr 2013. Der Anteil, der von den Patientinnen und Patienten getragen wird, beträgt 36%, der Anteil der öffentlichen Hand (Kanton und Gemeinden) 29% und der Anteil der Versicherer 25%. Der Saldo von 11% enthält verschiedene weitere Einnahmen.

Tabelle 9: Langzeitpflege, Finanzierung nach Zahlstellen 2013 in Franken

	Oberwallis	Siders	Sitten / Hérens / Conthey	Martinach / Entremont	Monthey / St. Maurice	Wallis
Anteil Versicherer	23'598'890	11'058'053	21'788'297	15'451'246	12'054'657	83'951'143
Anteil öffentliche Hand	25'782'283	14'005'918	25'069'330	17'260'928	14'556'909	96'675'368
Anteil Patienten	35'451'394	15'566'118	31'975'137	21'776'389	17'590'393	122'359'431
weitere Einnahmen	9'108'319	5'053'757	8'296'704	4'675'707	5'446'713	32'581'201
Total	93'940'887	45'683'846	87'129'468	59'164'270	49'648'672	335'567'144

Quelle: DGW

Tabelle 10: Langzeitpflege, Finanzierung nach Zahlstellen 2013 in Franken, Einwohner über 65 Jahre

	Oberwallis	Siders	Sitten / Hérens / Conthey	Martinach / Entremont	Monthey / St. Maurice	Wallis
Anzahl über 65-jährige Einwohner (31.12.2013)	14'816	9'816	15'248	10'117	9'244	59'241
Anteil Versicherer	1'593	1'127	1'429	1'527	1'304	1'417
Anteil öffentliche Hand	1'740	1'427	1'644	1'706	1'575	1'632
Anteil Patienten	2'393	1'586	2'097	2'152	1'903	2'065
weitere Einnahmen	615	515	544	462	589	550
Total	6'341	4'654	5'714	5'848	5'371	5'664

Quelle: DGW

Im Jahr 2015, mit dem Inkrafttreten des neuen Langzeitpflegegesetzes im Rahmen der NFA II, ist die Aufteilung der Finanzierung aus der öffentlichen Hand für sämtliche Langzeitpflegeleistungen auf 70% zu Lasten des Kantons und 30% zu Lasten der Gemeinden festgelegt worden. Vorher übernahm der Kanton alle Beiträge der öffentlichen Hand für die Alters- und Pflegeheime, 62.5% der Beiträge für die Spitex und 63% der Beiträge für die Tages- und Nachtstrukturen.

4 Bedarfsermittlung und Vorschlag zur Erneuerung der bestehenden Planung

4.1 Planungsziele: allgemeine Einschätzung

4.1.1 Was ältere Menschen und Pflegefachpersonen wünschen

Der Umzug in ein Alters- und Pflegeheim ist für viele ältere Menschen ein besonders schwerer Schritt. Er ist mit vielen Veränderungen verbunden, nicht nur örtlich, sondern auch im Alltag, im sozialen Umfeld und bei der Unterstützung, die ein Mensch von seinen Angehörigen erwarten darf. Zudem erfolgt der Heimeintritt häufig in einer Phase, die von Stress und Krisen geprägt ist (nach einer akuten Erkrankung, nach einem Spitalaufenthalt oder nach dem Verlust des Partners).

Im Jahr 2009 wurden von der HES-SO Wallis und der HE-Arc Santé⁶ zwei Studien durchgeführt, um herauszufinden, welche Art der Pflege Pflegefachpersonen und ältere Menschen im Kanton Neuenburg bevorzugen. Bei einer geringen Pflegebedürftigkeit (bis Profil 8 von 13 Punkten) bevorzugen sowohl Pflegefachpersonen wie auch ältere Menschen eine Betreuung zu Hause. Erfüllen die älteren Menschen mehrere Kriterien der Abhängigkeit mit kognitiven Störungen (11 bis 13 Punkte), bevorzugen die Pflegefachpersonen die Betreuung in einer spezialisierten Einrichtung. Die befragten älteren Menschen ziehen diesen Schritt mehrheitlich erst beim höchsten Profil (13 Punkte) in Betracht.

Mehrere Studien in verschiedenen Kantonen zeigen, dass über 80% der Seniorinnen und Senioren in ihren eigenen vier Wänden alt werden möchten, oder in einer einfachen und altersgerechten Wohnung, aber nicht in einem Alters- und Pflegeheim (Kohorte Lc65+⁷ in Lausanne, Studie *Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old* in Genf und im Mittelwallis und eine 2012 schweizweit von der Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz durchgeführte Studie⁸).

Im Bereich der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner hat eine umfassende Studie aus 280 Interviews mit Fachpersonen, Bewohnern und Angehörigen, die in 12 Waadtländer und Genfer Pflegeheimen durchgeführt wurden, aufgezeigt, welche Elemente für die Bewohnerinnen und Bewohner selbst für ihre Lebensqualität im Heim verantwortlich sind⁹. Am wichtigsten für die Bewohnerinnen und Bewohner ist die Qualität des Umgangs im Heim. Weitere Elemente sind das Freiheitsgefühl, die persönliche Einstellung und persönliche Ressourcen, das Vorhandensein von Haustieren, die Möglichkeit auszugehen, Ruhe, Komfort und die Qualität der Behandlungen (der Pflege im eigentlichen Sinne)

4.1.2 Gründe für den Heimeintritt

Die meisten älteren Menschen möchten so lange wie möglich zu Hause wohnen. In gewissen Situationen erweist sich dies als schwierig oder sogar unmöglich. Der Verlust der Selbstständigkeit und ein hoher Pflegebedarf haben einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der älteren Person und machen einen Eintritt in ein Heim nötig.

Eine breit angelegte englische Studie¹⁰ aus dem Jahr 2003 hat zwei Hauptgründe für den Heimeintritt ermittelt (90% der Bewohnerinnen und Bewohner):

- Schlechter Gesundheitszustand mit körperlichen Einschränkungen;
- Demenzerkrankung oder andere degenerative Erkrankungen.

⁶ Barbey, V., Lambelet, C., Duc, N., Siggen, M., et Varesio, A. C. (2009). *Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel, Rapport final de synthèse.*

⁷ <http://www.lc65plus.ch>

⁸ Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (2012). *Analyse der Untersuchung über die Wohnverhältnisse der Senioren: Bedürfnisse und Wünsche älterer Personen.* Nationale Umfrage.

⁹ Freudiger, S., Pittet, G., et Christen-Gueissaz, E. (2007). *Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux certifiés.* Ethique et santé, 4(1), 4-11.

¹⁰ Bowman, C., Whistler, J., et Ellerby, M. (2004). *A national census of care home residents.* Age Ageing, 33(6), 561-566.

Eine Meta-Analyse¹¹ zu den Faktoren, die auf einen bevorstehenden Heimeintritt von älteren Menschen in den USA hinweisen können, hat ebenfalls folgende Gründe zum Vorschein gebracht:

- Mindestens drei Einschränkungen im Bereich des täglichen Lebens;
- Kognitive Einschränkungen und bereits erfolgte Inanspruchnahme von Diensten eines Alters- oder Pflegeheims.

In der Schweiz ist die Pflegebedürftigkeit der wichtigste Faktor¹² für den Heimeintritt, aber auch soziale Faktoren¹³ spielen eine Rolle. Eine Doktorarbeit zu den Lebenswegen im hohen Alter¹⁴ (Studie in den Kantonen Genf und Wallis) hat zwei Faktorengruppen hervorgebracht, mit denen ein Heimeintritt vorhergesagt werden kann:

- Gesundheitszustand der älteren Person (gesundheitliche Gründe);
- Isolation und Vereinsamung (soziale Gründe).

Bestimmte ältere Menschen, die ihre Angehörigen von der Pflege und Hilfe entlasten möchten, können zum Schluss kommen, dass das Heim ihren Bedürfnissen besser gerecht wird. Die Anpassung an die neuen Lebensumstände hängt damit auch von der subjektiven Einschätzung und Einstellung der betroffenen älteren Person¹⁵ sowie der Dauer des Heimaufenthalts ab.

Verschiedene weitere Studien haben ebenfalls gezeigt, dass Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner nicht die gleichen Charakteristika aufweisen wie Menschen, die die Möglichkeit haben, zu Hause alt zu werden. In der Schweiz gehören zu den gesellschaftlichen Unterschieden, die bei einer älteren Person zum Heimeintritt führen können, einerseits der Verlust des Partners und fehlende soziale Kontakte und andererseits ein tiefes Einkommen und eine geringe Schul- und Berufsausbildung¹⁶⁻¹⁷.

4.1.3 Kosten nach Betreuungsangebot (zu Hause vs. Alters- und Pflegeheim)

In der Schweiz, namentlich in den Kantonen Tessin¹⁸ und Bern, wurden mehrere Studien durchgeführt, um mögliche Unterschiede bei den Kosten einer Betreuung zu Hause oder in einem Alters- und Pflegeheim zu untersuchen.

Der Spitex-Verband Schweiz hat eine Studie in Auftrag gegeben, um dieser Frage vertieft nachzugehen¹⁹. Mittels Modellberechnungen für die Kantone Zürich, Bern und Waadt wurden die Fragen untersucht. Berücksichtigt wurden die jeweilige Haushaltsform (Einzelhaushalt, Paarhaushalt) und das Einkommen von Personen mit unterschiedlichen Pflegebedarfsgraden.

Um die Gesamtkosten für die Pflegeheime und die Pflege zu Hause zu vergleichen, haben die Autoren der Studie die gesamten Kosten für beide Betreuungsformen erhoben. Für die Spitex wurden zusätzlich zu den eigentlichen Pflegekosten die Kosten für die Betreuung, die Wohnung und das

¹¹ Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., und Kane, R. L. (2007). *Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis*. BMC Geriatrics, 7(1).

¹² Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., et Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Observatoire suisse de la santé. (Publikation auf Französisch mit deutscher Zusammenfassung)

¹³ Höpflinger, F., und Hugentobler, V. (2006). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber.

¹⁴ Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social ?* Doctoral dissertation, University of Geneva.

¹⁵ Lee, D. T., Woo, J., et Mackenzie, A. E. (2002). *A review of older people's experiences with residential care placement*. Journal of advanced nursing, 37(1), 19-27.

¹⁶ Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guilley, E., und Hussy, C. (2005). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Bundesamt für Statistik. 118-128.

¹⁷ Höpflinger, F., und Hugentobler, V. (2006). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber.

¹⁸ Ruedin, H. J., et al. (2010). *Langzeitpflege – Kostenvergleich nach Fall im Kanton Tessin*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹⁹ Wächter, M., und Künzi, K. (2012). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.

Budget für laufende Kosten erhoben. Für die Pflegeheime wurden zusätzlich zu den Pflegekosten auch die Kosten für Unterkunft, Betreuung und persönliche Ausgaben erhoben.

Die Ergebnisse der Studien haben gezeigt, dass die Gesamtkosten bei einem geringen Pflegebedarf deutlich tiefer ausfallen, wenn die betreffende Person zu Hause betreut wird. Bei einem erhöhten Pflegebedarf fallen die Gesamtkosten im Pflegeheim tiefer aus. Die Studie bestätigt damit erste Ergebnisse, die im Rahmen früherer Studien in den Kantonen Tessin²⁰ und Bern erzielt wurden. Sie liefert damit auch eine Erklärung für die Kostenunterschiede in den einzelnen Gesundheitsregionen im Kanton Wallis, die in Kapitel 3.7 beschrieben werden.

Bei einem mittleren Pflegebedarf überschneiden sich die Kostenstrukturen für die Betreuung im Heim und zu Hause. Da die Werte in den einzelnen untersuchten Kantonen und manchmal sogar innerhalb eines Kantons variieren, war es nicht möglich, genau zu bestimmen, ab welchem Pflegebedarfsniveau die Betreuung im Heim aus Kostengründen angezeigt ist. Die Autoren der Studie schätzen aber, dass sich der Grenzbereich zwischen 60 und 120 Minuten Pflege pro Tag befindet. Dies hängt stark von der Art und Weise der Behandlung ab (beispielsweise durch Freiwillige oder bezahlte Fachpersonen) und vom Einsatz von pflegenden Angehörigen.

Verschiedene Faktoren sind für die Kostenunterschiede verantwortlich. Betrachtet man ausschliesslich die Pflegekosten, fallen diese für die Spitex höher aus als im Pflegeheim. Dies erklärt sich durch die Tatsache, dass für die Spitex auch Fahrkosten anfallen. Zudem führen qualifizierte Fachkräfte aus praktischen Gründen häufig auch einfache Arbeiten durch, die im Pflegeheim von weniger qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt werden. Die Infrastrukturkosten und die Betreuungskosten fallen im Pflegeheim hingegen höher aus.

4.1.4 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Der medizinische Fortschritt und die Verbesserung der Lebensbedingungen haben stark zu einer höheren Lebenserwartung der Bevölkerung beigetragen. Diese geht allerdings, vor allem bei älteren Menschen, einher mit einer Zunahme von chronischen Krankheiten. Die Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung auf den Langzeitpflegebedarf hängen vor allem ab von der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, die ihrerseits wiederum vom medizinischen Fortschritt, vom Wandel der Lebensgewohnheiten sowie von Massnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Prävention und zur Rehabilitation beeinflusst wird.

Pflegebedürftigkeit

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert chronische Krankheiten als „lange andauernde und im Allgemeinen langsam fortschreitende Krankheiten“. Chronische Krankheiten sind die häufigste Ursache für die Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen. Diese Pflegebedürftigkeit oder Einschränkung²¹ führt dazu, dass gewisse Tätigkeiten des täglichen Lebens – wie beispielsweise Einkaufen oder Körperpflege – nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können. Es braucht eine Betreuung, die sich über mehrere Monate oder gar über Jahrzehnte hinziehen kann. Die Pflegebedürftigkeit ist das Ergebnis einer oder mehrerer Erkrankungen wie beispielsweise Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes, Erkrankungen der Sinnesorgane, muskuloskeletale Erkrankungen, psychische Erkrankungen oder Demenz²².

Diese chronischen Krankheiten stellen eine grosse Herausforderung dar für die Prävention, Früherkennung und Behandlung. Gemäss einer Studie²³ über Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, die 2011 vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt wurde, beträgt die Pflegebedürftigkeitsquote der über 65-Jährigen rund 9%. In der Altersgruppe der zwischen

²⁰ Ruedin, H. J., et al. (2010). *Langzeitpflege – Kostenvergleich nach Fall im Kanton Tessin*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

²¹ Monod-Zorzi, S., Pellegrini, S., und Ruedin, H. J. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

²² Bundesamt für Statistik (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Schlussbericht. Bulletin 27.

²³ Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Verlag Hans Huber.

75- und 79-Jährigen sind weniger als 10% auf Pflege angewiesen. Der Anteil steigt auf über 13% für die 80- bis 84-Jährigen und auf über 33% bei Menschen über 85 Jahre.

Entwicklung

Die behinderungsfreie Lebenserwartung ist ein Indikator, ein Mass für die Zahl der Lebensjahre, die ohne funktionale Alltagseinschränkungen verbracht werden können. Durch den Vergleich zwischen behinderungsfreier Lebenserwartung und gesamter Lebenserwartung kann überprüft werden, ob es zu einer relativen Ausdehnung oder im Gegenteil zu einer Verkürzung (Kompression) von schwerer Morbidität im Alter gekommen ist.

Gemäss den Daten des Bundesamts für Statistik²⁴ wurde zwischen 1981/82 und 2002 eine Verlängerung der behinderungsfreien Lebenserwartung bei den über 65-Jährigen beobachtet. Sie beträgt 3.1 Jahre bei den Männern und 3.7 Jahre bei den Frauen. Gleichzeitig hat sich der Zeitraum mit Behinderungen bei den Frauen um 1.1 Jahre und bei den Männern um 0.2 Jahre verkürzt. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass in der Schweiz Personen, die 65-jährig und älter sind, häufig lange bei guter Gesundheit leben und dass Behinderungen häufig erst im hohen Alter auftreten.

Gemäss den Experten, die die Daten zur Pflegebedürftigkeit ausgewertet haben, wird sich die Anzahl Lebensjahre in schlechtem Gesundheitszustand weiter verringern. Dies dank dem medizinischen Fortschritt, dank Fortschritten bei der Rehabilitation und dank dem Rückgang von Gebrechen, die auf berufliche Tätigkeiten zurückzuführen sind. Sie schätzen, dass die Zahl pflegebedürftiger Personen zwischen 2000 und 2020 um lediglich 20% steigen wird.

Diese Entwicklung bleibt jedoch unsicher. Wie das BFS in einem Bericht aus dem Jahr 2009 über die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz erwähnt²⁵, besteht kein Konsens über die künftige Entwicklung. Die Verbreitung von gesundheitsschädlichen Lebensgewohnheiten (Übergewicht, Bewegungsmangel, schlechte Ernährung) können eine Auswirkung auf die Häufigkeit von Behinderungen haben.

Zudem steigt die Häufigkeit von chronischen Krankheiten trotz einer verbesserten Lebensqualität mit dem Alter an. Es ist immer häufiger so, dass eine Person gleichzeitig an mehreren chronischen Krankheiten leidet (Multimorbidität). Das Alter der Personen korreliert stark mit der Anzahl chronischer Krankheiten²⁶. Aus dieser Zunahme der Multimorbidität resultieren eine Abnahme der Selbstständigkeit der älteren Person und ein Anstieg des Langzeitpflegebedarfs.

Häufigkeit von Demenzerkrankungen

Demenzerkrankungen gehören zu den Krankheiten, die zu einer Pflegebedürftigkeit führen. Gemäss der WHO sind weltweit 35,6 Millionen Menschen von einer Demenzerkrankung betroffen²⁷, davon leben etwas mehr als die Hälfte in Ländern mit tiefen oder mittleren Einkommen (58%). Es wird geschätzt, dass in der gesamten Bevölkerung zwischen 2 und 8% der älteren Menschen über 60 Jahren an Demenz erkranken. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung kann sich diese Zahl bis 2030 verdoppeln und bis 2050 sogar verdreifachen.

In der Schweiz liegt keine Studie vor, die die Prävalenz von Demenzerkrankungen in der Bevölkerung erhoben hat. Es ist jedoch möglich, auf der Grundlage von Forschungsarbeiten zur Demenz in Europa (Kraft et al SMW 2010)²⁸ Schätzungen zu machen. Werden diese Prävalenzen auf die schweizerische Bevölkerung über 80 Jahre übertragen, wäre jeder sechste Mann und jede fünfte Frau von Demenz betroffen.

²⁴ Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., und Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber.

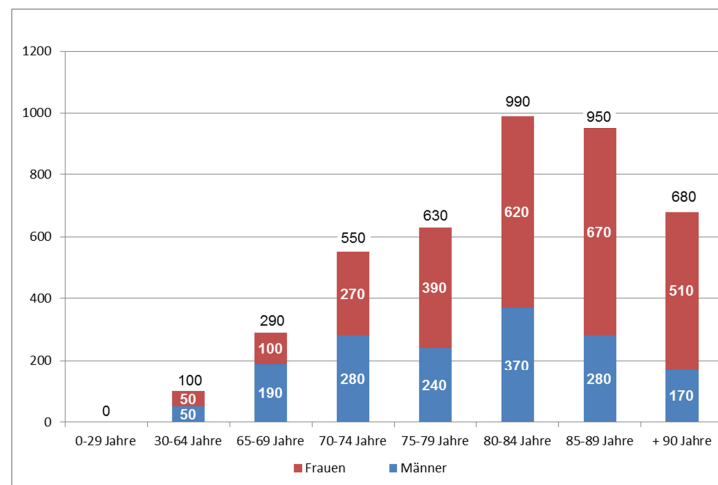
²⁵ Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F., Robine, J. M. (2009). *Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz*. Bundesamt für Statistik.

²⁶ Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bulletin 4.

²⁷ World Health Organization (2012). *Dementia: a public health priority*. World Health Organization.

²⁸ Kraft, E., Marti, M., Werner, S., et Sommer, H. (2010). *Cost of dementia in Switzerland*. Swiss medical weekly, 140(3), 36.

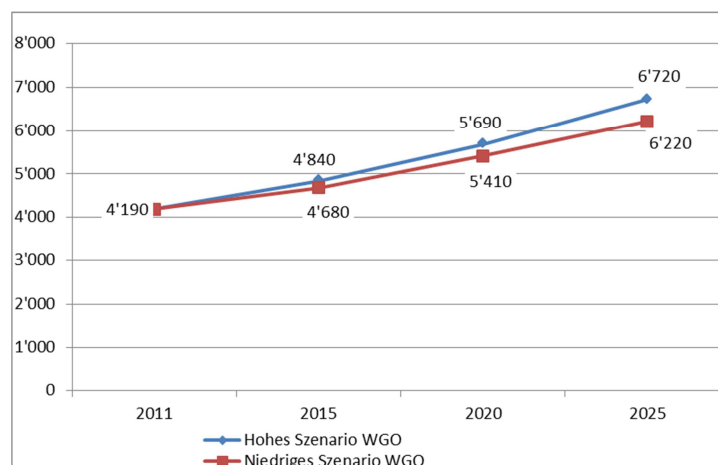
Abbildung 11: Schätzung Anzahl von Demenz betroffene Personen nach Altersklasse und Geschlecht, Wallis, 2011.



Quelle: Kraft 2010, WGO

Beinahe 4'000 Personen wären demnach im Wallis von einer Demenzerkrankung betroffen und bis 2025 wären es mehr als 6'000 betroffene Personen. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen, sind mehr Frauen als Männer von Demenzerkrankungen betroffen. Laut den Prävalenzen einer Studie von Kraft 2010, waren somit 2'610 Frauen und 1'580 Männer an Demenz erkrankt.

Abbildung 12: Prognose für die geschätzte Anzahl Personen mit einer Demenzerkrankung (gemäss 2 Bevölkerungsszenarien WGO), 2011-2025, Wallis



Quelle: Kraft 2010, WGO

Diese Krankheiten treten vor allem im hohen Alter auf und verlangen eine spezifische Behandlung. Deshalb sollte ihnen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Kapitel 5.2 geht näher darauf ein.

4.1.5 Bedarfsprognosen und Planung in anderen Kantonen

Deutschschweiz

Mehrere Deutschschweizer Kantone haben sich für die Planung der Langzeitpflege auf die Studie von Höpflinger und Hugentobler²⁹ gestützt. Diese kommt zum Schluss, dass der Pflegebedarf für ein bestimmtes Alter in den nächsten Jahren tendenziell eher abnehmen wird. Diese Kantone haben weitere Entwicklungen, die in den vergangenen Jahren beobachtet wurden, mitberücksichtigt, beispielsweise die Reduktion der Aufenthaltsdauer im Pflegeheim und die relativ geringen Auslastungszahlen.

Auf der Grundlage dieser Feststellungen haben mehrere Deutschschweizer Kantone beschlossen, die Quote der Anzahl Pflegeheimbetten im Vergleich zur Bevölkerung über 80 Jahre zu reduzieren (siehe Abbildung 5, Kapitel 3.1). Im Kanton Aargau beispielsweise, wird die Anzahl Pflegeheimbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre von 264 im Jahr 2007 auf 197 im Jahr 2025 abnehmen (Reduktion um 15% alle 10 Jahre). Im Kanton Graubünden wird diese Zahl von 250 Betten im Jahr 2010 auf 240 im Jahr 2015, 230 im Jahr 2020 und 220 im Jahr 2025 reduziert. Der Kanton Thurgau hat im Rahmen seiner Planung ebenfalls beschlossen, die Anzahl Pflegeheimbetten pro 1'000 Einwohner, die 80-jährig und älter sind, zu reduzieren. Sie gehen von 261 Betten im Jahr 2010, auf 241 im Jahr 2020 und 211 im Jahr 2030 zurück (dies entspricht einer Abnahme von rund 10% pro 10 Jahre). Trotz dieser Reduktionen wird die absolute Anzahl Pflegeheimbetten aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiter zunehmen.

Der Kanton Bern hat in der letzten Planung (2011) beschlossen, die Anzahl Pflegeheimbetten nicht zu erhöhen. Die Anzahl Betten pro 1'000 Einwohner, die 80-jährig und älter sind, wird entsprechend von 250 im Jahr 2013 auf 170 im Jahr 2030 sinken. Er erwägt auch, in der nächsten Planung die Betten für AHV-berechtigte Personen von den Betten zu unterscheiden, die für IV-berechtigte Personen vorgesehen sind (2011 betrug der Anteil von IV-Betten 4.5% der gesamten Betten).

Westschweiz

In der Westschweiz sieht der Kanton Waadt 100 neue Langzeitbetten pro Jahr in Pflegeheimen und den Ausbau des Spitex-Angebots vor. Damit soll dem Wunsch der älteren Bevölkerung Rechnung getragen werden, die so lange wie möglich zu Hause wohnen möchte.

Im Kanton Genf wurden im Jahr 2011 359 neue Langzeitbetten geschaffen – die sozialmedizinische Planung 2012-2015 sieht keine neuen Betten vor, da die bestehenden Kapazitäten ausreichen. Sie rechnet mit einem Anstieg des Spitex-Bedarfs um 4% pro Jahr und baut die Zwischenstrukturen aus (+ 75 Kurzaufenthaltsbetten, + 150 Plätze in Tagesstrukturen, + 50 Plätze in Nachtstrukturen, + 60 Plätze in Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung).

Die Langzeitpflegeplanung 2011-2015 des Kantons Freiburg hat mit zusätzlichen 142 Langzeitbetten nur eine leichte Zunahme der Anzahl Heimbetten festgelegt. Dies insbesondere basierend auf der Annahme, dass der Heimeintritt immer später erfolgen und die Aufenthaltsdauer sinken wird. Parallel dazu hat der Kanton Freiburg beschlossen das Angebot an Kurzaufenthaltsbetten (+ 40 Betten), Tagesstrukturen (+ 46 Plätze) und Spitex-Diensten (+ 54 Vollzeitstellen) auszubauen.

Der Kanton Neuenburg sieht in der sozialmedizinischen Planung 2012 vor, die Anzahl Pflegeheimbetten von 2'400 Einheiten im Kanton um 400 Einheiten zu reduzieren. Ein Teil der aufrechterhaltenen Betten wird für die Psychogeriatric spezialisiert. Das weitere Langzeitpflegeangebot wird mit der Schaffung von fast 1'000 altersgerechten Wohnungen, 400 Plätzen in Tages- und Nachtstrukturen und rund 60 Kurzaufenthaltsbetten bis im Jahr 2022 ausgebaut.

Die sozialmedizinische Planung 2022 des Kantons Jura sieht den Ausbau der Psychogeriatric von 48 auf 244 Betten vor. Die Anzahl Pflegeheimbetten wird von 680 auf 501 reduziert. Die Angebote für das

²⁹ Höpflinger, F., und Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Hans Huber.

Wohnen zu Hause werden ausgebaut (+ 41 Vollzeitstellen Pflege zu Hause, + 139 Vollzeitstellen Hilfe zu Hause, + 185 Plätze in Tagesstrukturen, + 32 Kurzaufenthaltsbetten).

4.1.6 Situation in anderen Ländern

Im Folgenden werden die Modelle im Bereich der Langzeitpflege aus sechs Ländern gezeigt, die über ähnliche demografische und wirtschaftliche Bedingungen verfügen wie die Schweiz.

Tabelle 11: Schweiz im Vergleich mit sechs weiteren Ländern

	Schweiz	Deutschland	Belgien	Kanada	Dänemark	Frankreich	Grossbritannien
Lebenserwartung bei Geburt	82.8 Jahre	81.0 Jahre	80.5 Jahre	81.5 Jahre	80.1 Jahre	82.1 Jahre	81.0 Jahre
Bevölkerung 65+ in % der Gesamtbevölkerung	17.30%	21.10%	17.50%	14.90%	17.60%	17.50%	17.00%
Langzeitpflegebetten pro 1'000 über 65-jährige Einwohner	68.5	52	71.2	55.8	48.7	56.8	49.5
Personen, die Langzeitpflege in einem Heim beanspruchen, pro 1'000 über 80-jährige Einwohner	17.7	11.3	18.4	9.3	12.6	nicht verfügbar	nicht verfügbar

Quelle: WGO, OECD, WHO

Folgende Tendenzen können in diesen Ländern beobachtet werden:

- Die Deinstitutionalisierung und die Tatsache, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben. Diese Ziele entsprechen auch dem Wunsch der älteren Bevölkerung. Dänemark ist dabei besonders erwähnenswert: hier werden Angebote zur Hilfe und Pflege zu Hause (mit rund um die Uhr Betreuung) und das Angebot an altersgerechten Wohnungen besonders ausgebaut und gefördert. Seit 1987 wurde hier kein Alters- und Pflegeheim mehr gebaut;
- Die Marktöffnung für private Anbieter insbesondere im Bereich der Spitex mit einer Wahlfreiheit für die Kundinnen und Kunden. In Deutschland und Dänemark existiert seit vielen Jahren eine grosse Anzahl an Anbietern von Pflegeleistungen, die nicht der öffentlichen Hand angehören;
- Die Unterstützung des informellen Angebots. In mehreren untersuchten Ländern können die von pflegenden Angehörigen erbrachten Leistungen in gewissen Fällen unterstützt werden (Lohn, Erwerbsausfallentschädigung, Ferienvertretungen, etc.).

Alle verschiedenen Systeme für die Langzeitpflege kennen Koordinationsprobleme, die von der Organisation und der Struktur des Gesundheitssystems der entsprechenden Länder abhängen. Als Lösung für die Koordinationsprobleme, die insbesondere aufgrund der vielen in der Langzeitpflege involvierten Akteuren und Institutionen entstehen, findet man in allen untersuchten Ländern zwei mögliche Antworten:

- Einführung eines Fallmanagements (case management) für die Koordination der Hilfe und Pflege zu Hause. Jeder Kunde verfügt über einen Fallmanager, der die Leistungen koordiniert, den Unterbruch bei einem Spitalaufenthalt oder Ferien veranlasst usw. Bei der Koordination an der Schnittstelle zwischen dem Spital und den Langzeitpflegeeinrichtungen wird jedoch ein Reibungspunkt festgestellt.
- Einrichtung einer übergreifenden Anlaufstelle für alle Angebote (Information, Triage, Beratung).

4.2 Bedarfsermittlung

Der Bedarf für die Langzeitpflegeplanung 2015-2020 des Kantons Wallis wurde vom Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) auf der Grundlage der demografischen Prognosen des kantonalen Amtes für Statistik und Finanzausgleich (KASF) sowie des Bedarfsermittlungsinstrumentes des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) ermittelt.

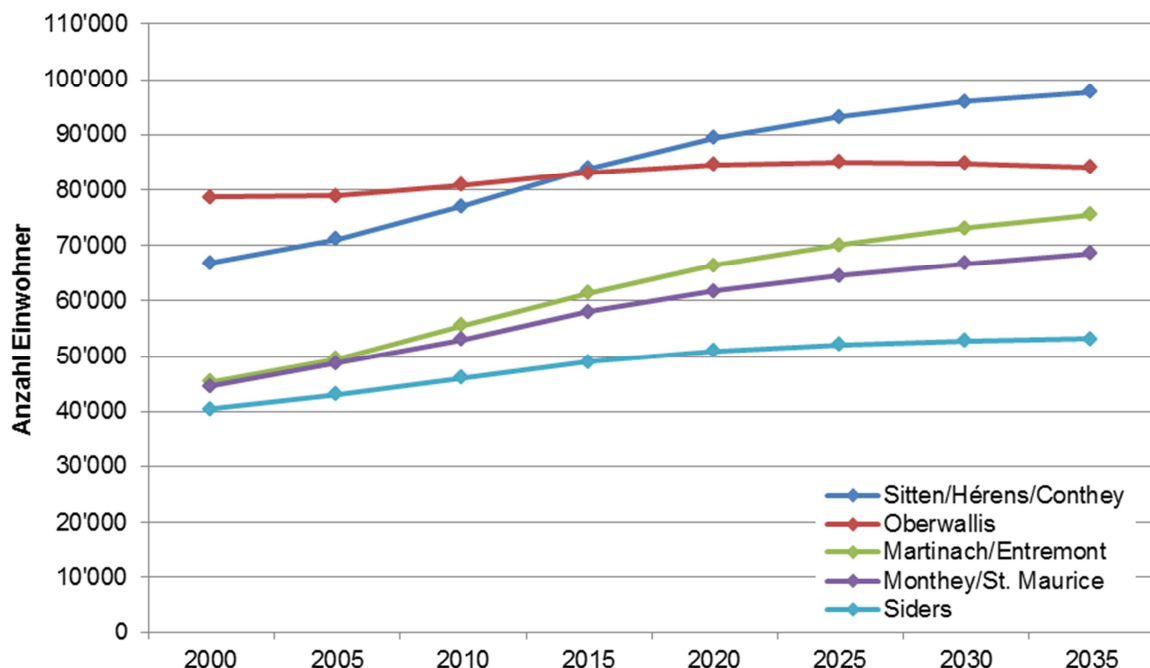
4.2.1 Demografische Prognosen

Die Prognosen für die Entwicklung der Walliser Bevölkerung wurden vom WGO auf der Grundlage der tatsächlichen Daten der Jahre 2010-2013 und den Prognosen des kantonalen Amtes für Statistik und Finanzausgleich erstellt.

Als Ausgangspunkt für die Erstellung der Diagnose wurden für jede Gesundheitsregion die ihr eigenen Faktoren berücksichtigt, das heisst: die demografische Struktur und die Wachstumsrate für den Zeitraum 2010-2013, nach Geschlecht und Altersklasse. Die Wachstumsraten wurden gemäss dem mittleren Szenario des BFS erstellt. Sie sind für jede Gesundheitsregion, Geschlecht und Alter identisch. Die Ergebnisse wurden mit dem mittleren Szenario des kantonalen Statistikamts abgestimmt.

Gemäss den Prognosen wird die Walliser Bevölkerung bis 2035 weiterwachsen, jedoch immer langsamer. Auf der Ebene der Gesundheitsregionen, wird das französischsprachige Wallis weiterwachsen, jedoch weniger stark in der Region Siders. Im Oberwallis wird eine Stabilisierung, oder sogar ein Rückgang der Bevölkerung nach 2030 prognostiziert.

Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung, Prognose 2000-2035, nach Gesundheitsregion



Quellen: BFS, STATPOP; Kant. Statistikamt/WGO, demografische Szenarien

Der Anteil der älteren Bevölkerung wird gemäss den Prognosen in sämtlichen Gesundheitsregionen zunehmen.

Tabelle 12: Ständige Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Gesundheitsregion, seit 2010

		2010	2015	2020	2025	2030	2035
Oberwallis	0-64 Jahre	67'157	67'144	66'229	63'638	59'932	56'352
	65-79 Jahre	10'140	11'701	13'515	15'440	17'600	19'278
	+ 80 Jahre	3'538	4'201	4'824	5'906	7'309	8'476
	Total	80'835	83'047	84'568	84'984	84'841	84'107
Siders	0-64 Jahre	37'460	38'378	38'798	38'272	37'186	36'146
	65-79 Jahre	6'555	8'008	9'053	9'725	10'391	10'792
	+ 80 Jahre	2'119	2'628	3'179	4'175	5'295	6'214
	Total	46'134	49'014	51'031	52'173	52'871	53'151
Sitten-Hérens- Conthey	0-64 Jahre	63'240	67'700	71'164	72'289	71'963	71'203
	65-79 Jahre	10'193	11'871	13'336	14'767	16'569	18'145
	+ 80 Jahre	3'572	4'301	4'982	6'163	7'462	8'458
	Total	77'005	83'872	89'482	93'220	95'994	97'805
Martinach- Entremont	0-64 Jahre	46'552	50'788	54'155	55'900	56'482	56'841
	65-79 Jahre	6'665	7'927	9'041	10'241	11'728	13'066
	+ 80 Jahre	2'367	2'762	3'176	3'954	4'926	5'667
	Total	55'584	61'477	66'372	70'095	73'137	75'574
Monthey-St. Maurice	0-64 Jahre	44'929	48'040	49'967	50'431	49'904	49'300
	65-79 Jahre	6'171	7'508	8'927	10'429	12'123	13'517
	+ 80 Jahre	2'026	2'463	2'892	3'692	4'779	5'728
	Total	53'126	58'011	61'786	64'551	66'805	68'545
Wallis	0-64 Jahre	259'338	272'050	280'314	280'531	275'466	269'842
	65-79 Jahre	39'724	47'015	53'871	60'602	68'411	74'797
	+ 80 Jahre	13'622	16'355	19'054	23'890	29'771	34'543
	Total	312'684	335'420	353'239	365'022	373'648	379'182

Quellen: BFS, STATPOP; Kant. Statistikamt/WGO, mittleres demografisches Szenario

Tabelle 13: Ständige Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Gesundheitsregion, seit 2010, in %

		2010	2015	2020	2025	2030	2035
Oberwallis	0-64 Jahre	83.1%	80.9%	78.3%	74.9%	70.6%	67.0%
	65-79 Jahre	12.5%	14.1%	16.0%	18.2%	20.7%	22.9%
	+ 80 Jahre	4.4%	5.1%	5.7%	6.9%	8.6%	10.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Siders	0-64 Jahre	81.2%	78.3%	76.0%	73.4%	70.3%	68.0%
	65-79 Jahre	14.2%	16.3%	17.7%	18.6%	19.7%	20.3%
	+ 80 Jahre	4.6%	5.4%	6.2%	8.0%	10.0%	11.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Sitten-Hérens- Conthey	0-64 Jahre	82.1%	80.7%	79.5%	77.5%	75.0%	72.8%
	65-79 Jahre	13.2%	14.2%	14.9%	15.8%	17.3%	18.6%
	+ 80 Jahre	4.6%	5.1%	5.6%	6.6%	7.8%	8.6%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Martinach- Entremont	0-64 Jahre	83.8%	82.6%	81.6%	79.7%	77.2%	75.2%
	65-79 Jahre	12.0%	12.9%	13.6%	14.6%	16.0%	17.3%
	+ 80 Jahre	4.3%	4.5%	4.8%	5.6%	6.7%	7.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Monthey-St. Maurice	0-64 Jahre	84.6%	82.8%	80.9%	78.1%	74.7%	71.9%
	65-79 Jahre	11.6%	12.9%	14.4%	16.2%	18.1%	19.7%
	+ 80 Jahre	3.8%	4.2%	4.7%	5.7%	7.2%	8.4%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Wallis	0-64 Jahre	82.9%	81.1%	79.4%	76.9%	73.7%	71.2%
	65-79 Jahre	12.7%	14.0%	15.3%	16.6%	18.3%	19.7%
	+ 80 Jahre	4.4%	4.9%	5.4%	6.5%	8.0%	9.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Quellen: BFS, STATPOP; Kant. Statistikamt/WGO, mittleres demografisches Szenario

Die Wachstumsraten betragen rund 15% zwischen 2015 und 2020 (berücksichtigte Planungsperiode), sowohl für die Altersklasse 65-79 wie auch für die Altersklasse 80+. Danach nehmen die Wachstumsraten für die Altersklasse 80+ zu und für die Altersklasse 65-79 ab (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Wachstumsrate ständige Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Gesundheitsregion, seit 2010

		2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035	2010-2020	2010-2035
Oberwallis	0-64 Jahre	0.0%	-1.4%	-3.9%	-5.8%	-6.0%	-1.4%	-16.1%
	65-79 Jahre	15.4%	15.5%	14.2%	14.0%	9.5%	33.3%	90.1%
	+ 80 Jahre	18.7%	14.8%	22.4%	23.8%	16.0%	36.4%	139.6%
	Total	2.7%	1.8%	0.5%	-0.2%	-0.9%	4.6%	4.0%
Siders	0-64 Jahre	2.5%	1.1%	-1.4%	-2.8%	-2.8%	3.6%	-3.5%
	65-79 Jahre	22.2%	13.0%	7.4%	6.8%	3.9%	38.1%	64.6%
	+ 80 Jahre	24.0%	21.0%	31.3%	26.8%	17.4%	50.0%	193.2%
	Total	6.2%	4.1%	2.2%	1.3%	0.5%	10.6%	15.2%
Sitten-Hérens Conthey	0-64 Jahre	7.1%	5.1%	1.6%	-0.5%	-1.1%	12.5%	12.6%
	65-79 Jahre	16.5%	12.3%	10.7%	12.2%	9.5%	30.8%	78.0%
	+ 80 Jahre	20.4%	15.8%	23.7%	21.1%	13.3%	39.5%	136.8%
	Total	8.9%	6.7%	4.2%	3.0%	1.9%	16.2%	27.0%
Martinach- Entremont	0-64 Jahre	9.1%	6.6%	3.2%	1.0%	0.6%	16.3%	22.1%
	65-79 Jahre	18.9%	14.1%	13.3%	14.5%	11.4%	35.6%	96.0%
	+ 80 Jahre	16.7%	15.0%	24.5%	24.6%	15.0%	34.2%	139.4%
	Total	10.6%	8.0%	5.6%	4.3%	3.3%	19.4%	36.0%
Monthey-St. Maurice	0-64 Jahre	6.9%	4.0%	0.9%	-1.0%	-1.2%	11.2%	9.7%
	65-79 Jahre	21.7%	18.9%	16.8%	16.2%	11.5%	44.7%	119.0%
	+ 80 Jahre	21.6%	17.4%	27.6%	29.5%	19.9%	42.7%	182.7%
	Total	9.2%	6.5%	4.5%	3.5%	2.6%	16.3%	29.0%
Wallis	0-64 Jahre	4.9%	3.0%	0.1%	-1.8%	-2.0%	8.1%	4.1%
	65-79 Jahre	18.4%	14.6%	12.5%	12.9%	9.3%	35.6%	88.3%
	+ 80 Jahre	20.1%	16.5%	25.4%	24.6%	16.0%	39.9%	153.6%
	Total	727.1%	531.2%	333.6%	236.3%	148.1%	13.0%	21.3%

Quellen: BFS, STATPOP; Kant. Statistikamt/WGO, mittleres demografisches Szenario

4.2.2 Instrument zur Ermittlung des Bedarfs in Alters- und Pflegeheimen

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat mit den „statistischen Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz“ eine Methodik zur Planung der Pflegeheimbetten erarbeitet, mit der der Bedarf an Langzeitpflegeheimbetten für über 65-jährige Personen geschätzt werden kann (Modellierung). Mit diesem Modell können – entsprechend den verschiedenen Szenarien zur Entwicklung der Morbidität und den Varianten für die Entwicklung des Pflegebedarfs in den Alters- und Pflegeheimen – Prognosen für den künftigen Bettenbedarf erstellt werden.

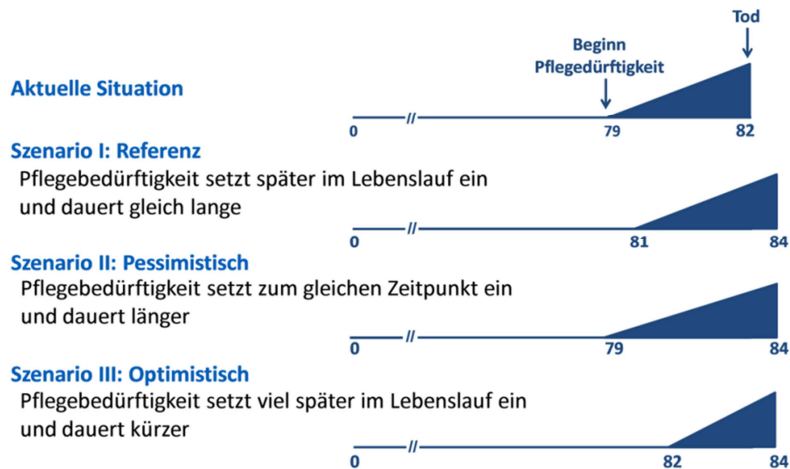
Die Dienststelle für Gesundheitswesen des Kantons Wallis hat mit dem Obsan im März 2015 einen Leistungsvertrag für die Lieferung des Modells „Statistische Grundlagen zur Planung der Pflegeheimbetten“ abgeschlossen. Mit dem Vertrag erhält das Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) das Recht, das Modell ausschliesslich für die Bedürfnisse des Kantons Wallis zu verwenden.

Methodisches Vorgehen

Die mit dem Modell erstellten Prognosen basieren auf der Bevölkerungsentwicklung (demografische Szenarien), dem Gesundheitszustand der Bevölkerung (Szenarien zur Pflegebedürftigkeit) und der Pflegequote für Alters- und Pflegeheime. Die für den Kanton Wallis verwendeten demografischen Prognosen werden in Kapitel 4.2.1 dargelegt.

Das Modell für die Bedarfsermittlung beinhaltet drei Szenarien für die Entwicklung der Morbidität. Die Szenarien unterscheiden sich je nach Alter bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit und Dauer der Pflegebedürftigkeit (Abbildung 14).

Abbildung 14: Prognosen für den zukünftigen Pflegebedarf – 3 Szenarien zur zukünftigen Zahl pflegebedürftiger Menschen



Quelle: Obsan

Die Pflegequote für Alters- und Pflegeheime entspricht, nach Alter und Geschlecht aufgeteilt, der Anzahl pflegebedürftiger Personen in Alters- und Pflegeheimen im Verhältnis zu allen pflegebedürftigen Personen in der Bevölkerung (Tabelle 15). Die Daten stammen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED, Spitex-Statistik).

Als pflegebedürftig gelten Personen, die zu Hause wohnen und stark oder mittel in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt sind, oder die in einem Heim leben und täglich mehr als 40 Minuten Pflege benötigen.

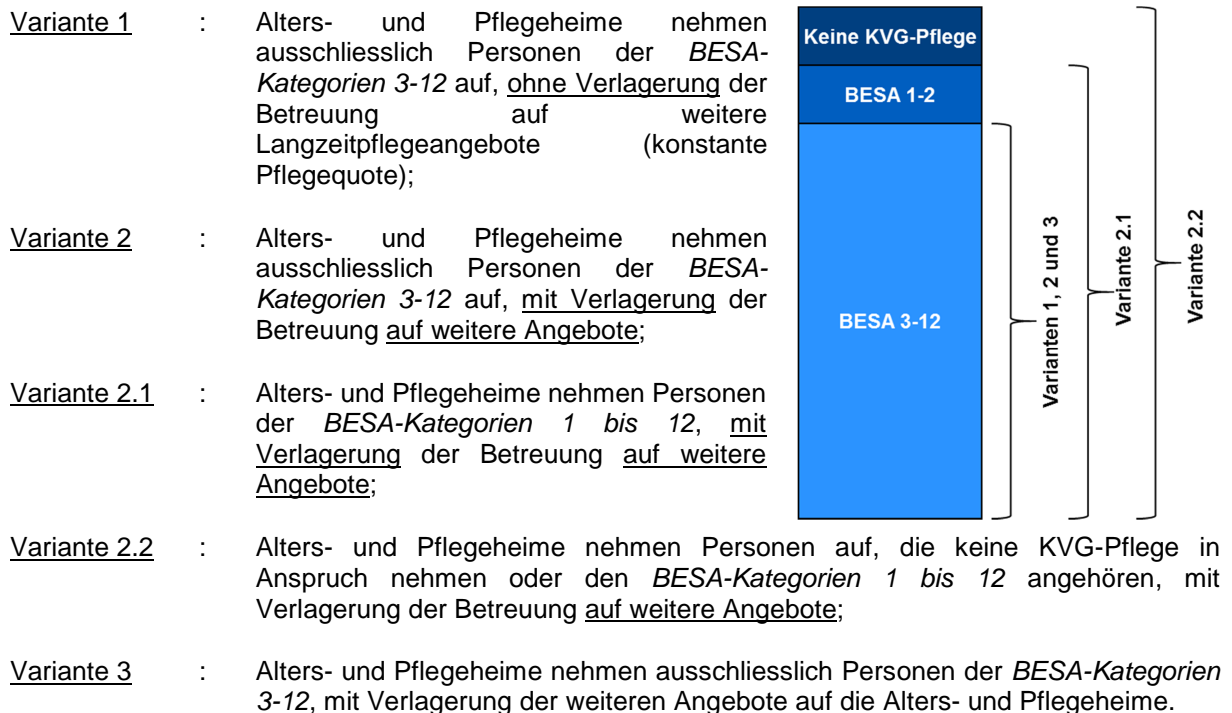
Tabelle 15: Pflegequote für Alters- und Pflegeheime, pflegebedürftige Personen über 65 Jahre, Wallis, 2013

		Pflegebedürftige Personen 2013	Pflegebedürftige Personen Alters- und Pflegeheim 2013	Pflegequote Alters- und Pflegeheim 2013
Männer	65-69 Jahre	164	34	20.7%
	70-74 Jahre	213	52	24.4%
	75-79 Jahre	433	129	29.8%
	80-84 Jahre	266	151	56.8%
	85-89 Jahre	308	150	48.7%
	+ 90 Jahre	263	124	47.1%
Frauen	65-69 Jahre	199	46	23.1%
	70-74 Jahre	217	93	42.9%
	75-79 Jahre	448	186	41.5%
	80-84 Jahre	795	395	49.7%
	85-89 Jahre	907	578	63.7%
	+ 90 Jahre	851	629	73.9%
Total		5'064	2'567	50.7%

Quelle: BFS, SOMED

Das Modell bietet eine präzisere Bedarfsermittlung als die bis anhin verwendete Methode. Der künftige Pflegebedarf wird aufgrund der Pflegebedürftigkeit der betagten Bevölkerung ermittelt (nach Alter und Geschlecht) und nicht mehr lediglich aufgrund eines Normwerts pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre.

Die drei Szenarien für die Entwicklung der Morbidität können mit fünf Varianten zur zukünftigen Pflegequote für Alters- und Pflegeheime verbunden werden:



4.2.3 Auswahl der Szenarien und Varianten

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Wie in Kapitel 4.1.4 dargelegt, wird für die Schweiz festgestellt, dass betagte Menschen länger bei guter Gesundheit leben und Einschränkungen erst im hohen Alter auftreten. Diese Tendenz wird sich dank dem medizinischen Fortschritt noch verstärken. Die Entwicklung bleibt jedoch unsicher, da gesundheitsschädliche Lebensstile immer verbreiteter werden (insbesondere Übergewicht, Bewegungsmangel, schlechte Ernährungsgewohnheiten).

Mehrere Deutschschweizer Kantone halten in ihrer Pflegeplanung an der Hypothese fest, dass der Pflegebedarf bis 2025-2030 eher abnehmen wird. Die Westschweizer Kantone führen ebenfalls ihre Politik weiter, die vorsieht, dass die Bevölkerung im Alter so lange wie möglich zu Hause betreut wird. Der Kanton Freiburg, der für die Bedarfsermittlung 2011-2015³⁰ ebenfalls die Obsan-Methodik angewandt hat, verwendete für das Jahr 2015 das Referenzszenario (Pflegebedürftigkeit tritt später auf und dauert gleich lang) und für das Jahr 2025 das optimistische Szenario (Pflegebedürftigkeit tritt später auf und dauert weniger lang).

Angesichts der Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und den Hypothesen der verschiedenen Kantone kann davon ausgegangen werden, dass das durchschnittliche Alter bei Heimeintritt ansteigt und die Aufenthaltsdauer sinkt. Als langfristiges Ziel bis 2025 wird deshalb das optimistische Szenario verfolgt. Dabei gilt es festzuhalten, dass die Berechnung gemäss dem optimistischen Szenario auf einer steigenden Lebenserwartung gemäss der Skala von Menthonnex basiert. Bis 2020 beträgt die zusätzliche Lebenserwartung für 65- bis 79-jährige Personen 0.6 Jahre. Für über 80-jährige Personen beträgt sie 0.2 Jahre.

³⁰ Kanton Freiburg, Direktion für Gesundheit und Soziales (2011). *Planung der Langzeitpflege 2011-2015*. 12.

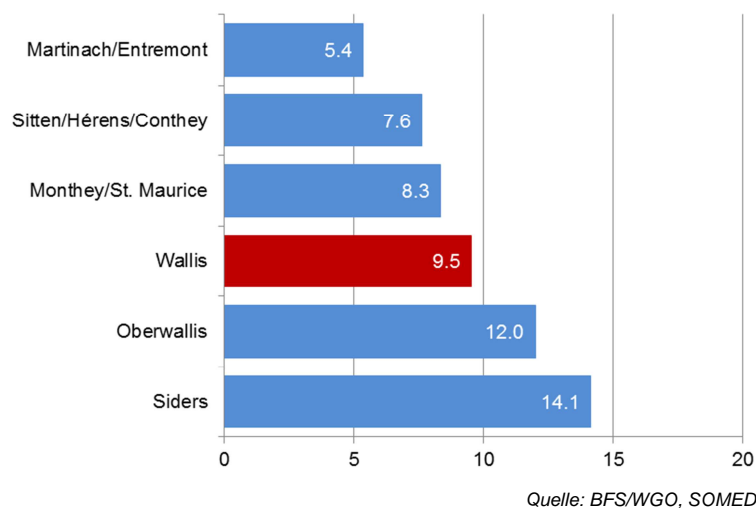
Künftige Pflegequote in Alters- und Pflegeheimen

Die in Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 vorgestellten Studien zeigen, dass die betagten Menschen und die Gesundheitsfachpersonen die Betreuung zu Hause bevorzugen. Die Gründe für einen Heimeintritt sind Pflegebedürftigkeit und gesellschaftliche Vereinsamung. Aus finanzieller Sicht zeigt sich aus der Erfahrung im Kanton Wallis (siehe Kapitel 3.7) und aus Studien in der Schweiz (4.1.3), dass bei einem geringen Pflegebedarf die Betreuung zu Hause kostengünstiger ausfällt, wobei sich ein Grenzbereich von 60 und 120 Minuten Pflegebedarf pro Tag ergibt. Ausserdem hängen die Kosten davon ab, wie stark sich die Angehörigen an der Pflege beteiligen.

Aus diesen Gründen hat der Kanton Wallis wie die anderen Kantone der Romandie bis heute eine Politik verfolgt, die es den älteren Menschen erlaubt, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben. Und auch die Deutschschweizer Kantone haben eine Neuausrichtung ihrer Planungen in diese Richtungen veranlasst.

In den Walliser Alters- und Pflegeheimen leben heute selbstständige Personen über 65 Jahre, die wenig oder keine Pflege brauchen. Ihr Anteil variiert je nach Region zwischen 5.4 und 14.1%, wie in Abbildung 15 dargestellt wird. Es handelt sich um Personen, die 0 bis 40 Minuten Pflege pro Tag brauchen (keine KVG-Pflege und Besa-Kategorien 1 und 2).

Abbildung 15: Selbstständige Personen über 65 Jahre, die ein Langzeitpflegebett in einem Walliser Alters- und Pflegeheim in Anspruch nehmen, nach Gesundheitsregion, 2013, in %



Gemäss den gleichen Daten sind im Jahr 2013 in der französischsprachigen Schweiz 6% der Pflegeheimbewohner selbstständig – im Gegensatz zu 29% in der Deutschschweiz.

Ein Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim macht für selbstständige Personen dann Sinn, wenn keine Unterstützung von Angehörigen oder aus dem Umfeld vorhanden ist. Der Anteil betroffener Personen sollte mit dem Ausbau von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung reduziert werden können. Es wird deshalb vorgeschlagen, dass der Anteil an Betten, die von selbstständigen Personen in Alters- und Pflegeheimen belegt werden, 5% der Gesamtbettenanzahl nicht übersteigen soll. Dieser Anteil entspricht in etwa jenem in der Region Martinach/Entremont im Jahr 2013. Er wird auf alle Regionen im Kanton ausgeweitet, um eine Gleichbehandlung zu gewährleisten.

Daraus wird sich eine Verlagerung auf weitere Angebote im Bereich der Langzeitpflege ergeben, insbesondere auf Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und die dort angebotenen Spitex-Leistungen.

Für stärker pflegebedürftige Personen (BESA 3 bis 12) wird vorgeschlagen, Variante 1 zu berücksichtigen (konstante Pflegequote), weil der Kanton Wallis im kantonalen Vergleich über wenig Alters- und Pflegeheimbetten verfügt und die weiteren Leistungserbringer nicht zu stark belastet werden sollen.

Die Verlagerung auf andere Angebote im Bereich Langzeitpflege betrifft ausschliesslich die selbstständigen Personen.

Personen unter 65 Jahre

Das Modell evaluiert den Bedarf an Alters- und Pflegeheimbetten für Personen über 65 Jahre. Im Wallis wie in anderen Kantonen beherbergen Alters- und Pflegeheime ebenfalls Personen unter 65 Jahre. Es handelt sich normalerweise um körperlich oder psychisch behinderte Menschen, häufig nach einem Schlaganfall.

Tabelle 16 zeigt die Entwicklung der Anzahl unter 65-jähriger Personen, die in einem Walliser Alters- und Pflegeheim betreut werden (durchschnittlich 69 zwischen 2009 und 2013).

Tabelle 16: Unter 65-jährige Pflegeheimbewohner, Stand 31.12. (Langzeitaufenthalt), nach Gesundheitsregion, seit 2009

Regionen	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013
Oberwallis	16	9	5	7	16	11
Siders	5	4	4	2	4	4
Sitten/Hérens/Conthey	29	25	19	17	12	20
Martinach/Entremont	16	20	24	25	26	22
Monthey/St. Maurice	16	10	9	12	11	12
Total Wallis	82	68	61	63	69	69

Quelle: BFS/WGO, SOMED

In Übereinkunft mit der Dienststelle für Sozialwesen (DSW) wird vereinbart, dass die 69 Betten zu den Ergebnissen der Bedarfsermittlung hinzugezählt werden, damit auch der Bedarf der unter 65-jährigen Personen berücksichtigt wird. Es wird für diese Personenkategorie von einer stabilen Entwicklung (in absoluten Zahlen) der Betreuung in Alters- und Pflegeheimen ausgegangen.

2014 waren 129 über 65-jährige Personen in einer sozialen Institution wohnhaft. Es handelt sich dabei um Personen, die schon vor Erreichen des Rentenalters dort gewohnt haben. Eine Verlegung ins Alters- und Pflegeheim ausschliesslich wegen dem Alter ist nicht angebracht. Die sozialen Einrichtungen bieten in solchen Fällen einen angepassten Rahmen. Diese Personen sollen also in diesen Einrichtungen alt werden können.

Bettenauslastung

Die Auslastung der Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen betrug zwischen 2009 und 2013 durchschnittlich zwischen 97% und 98.6%. Im Modell wird von einer Auslastung von 98% (kantonaler Durchschnitt 2009-2013) ausgegangen.

Tabelle 17: Auslastung Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen, nach Gesundheitsregion, 2009-2013

Regionen	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2013
Oberwallis	98.5	96.3	96.8	95.6	98.1	97.1
Siders	97.1	97.7	98.7	97.4	97.0	97.6
Sitten/Hérens/Conthey	98.2	98.3	98.6	99.2	98.7	98.6
Martinach/Entremont	98.4	98.8	94.8	97.5	100.0	97.9
Monthey/St. Maurice	98.4	94.8	97.8	98.7	98.7	97.7
Total Wallis	98.2	97.2	97.3	97.4	98.5	97.7

Quelle: BFS/WGO, SOMED

4.3 Vorschläge für die erneuerte Planung

Die Ergebnisse der Modellberechnung zur Bedarfsermittlung für Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen dienen als Ausgangslage für die vorgeschlagene Anpassung der Planung. Für die weiteren Langzeitpflegeangebote werden Vorschläge gemacht, die die Auswirkungen der im Modell enthaltenen Variablen berücksichtigen.

4.3.1 Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen

Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse der Bedarfsermittlung für die ausgewählten Varianten (siehe Kapitel 4.2.3):

- Optimistisches Szenario zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 2025 (Pflegebedürftigkeit tritt später auf und dauert weniger lang); berücksichtigt werden die Ergebnisse des Modells zur Bedarfsermittlung für das Jahr 2025; der Bedarf 2020 wird bis zum angestrebten Ziel 2025 linear erhöht;
- Eine konstante Alters- und Pflegeheim-Pflegequote (Variante 1), das heisst ohne Verlagerung der Betreuung auf weitere Langzeitpflegeangebote für nicht mehr selbstständige Personen (über 40 Minuten Pflege pro Tag);
- Reduktion um 5% des Anteils selbstständiger Personen (von 0 bis 40 Minuten Pflege pro Tag), die in einem Alters- und Pflegeheim leben, für jede Region;
- Berücksichtigung von unter 65-jährigen Personen, die in einem Alters- und Pflegeheim wohnen – gemäss dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre;
- Bettenauslastung 98% – gemäss dem Durchschnitt der letzten 5 Jahre (2009-2013).

Die Ergebnisse werden dargestellt in absoluten Zahlen sowie für 1'000 über 80-jährige Personen um einen Vergleich mit der Planung 2010-2015 zu ermöglichen, mit der ein Ziel von maximal 200 Betten pro 1'000 über 80-jährige Einwohner angestrebt wurde.

Tabelle 18: Anzahl Langzeitbetten im Alters- und Pflegeheim, Ergebnisse der Bedarfsermittlung für die Jahre 2020 und 2025, in absoluten Zahlen und pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre

	Betten in Betrieb 2015		Ergebnisse 2020		Ergebnisse 2025	
	Total	% hab. 80+	Total	% Einw. 80+	Total	% Einw. 80+
Oberwallis	915	218	933	193	950	161
Siders	348	132	519	163	647	155
Sitten/Hérens/Conthey	701	163	922	185	1'009	164
Martinach/Entremont	548	198	614	193	650	164
Monthey/St. Maurice	446	181	548	189	598	162
Total Wallis	2'958	181	3'536	186	3'855	161

Quelle: DGW/WGO

Gemäss den ausgewählten Varianten steigt die Anzahl Betten im Vergleich zu heute in allen Gesundheitsregionen – in den Regionen Oberwallis und Martinach/Entremont fällt der Anstieg am schwächsten aus. Dies erklärt sich dadurch, dass die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung für die Planung 2010-2015 das demografische Wachstum dieser Regionen überschätzt und das der Regionen Sitten/Hérens/Conthey und Monthey/St. Maurice unterschätzt haben.

Einige Betten, die in der Planung 2010-2015 gesprochen wurden, befinden sich noch in der Projektphase, insbesondere in der Region Sitten/Hérens/Conthey (siehe Tabelle 19 und Tabellen im Anhang). Diese Betten sind in der Spalte „Betten in Betrieb 2015“ der obigen Tabelle nicht aufgeführt.

Der Anteil der Betten pro 1'000 Personen über 80 Jahre wird schrittweise angepasst und dürfte bis 2025 im kantonalen Durchschnitt 161 Betten erreichen. Die jüngsten Erfahrungen aus dem Jahr 2013 im Bezirk Siders zeigen, dass, wenn dieser Anteil unter 150 Betten pro 1'000 über 80-jährige Einwohner fällt, die Anzahl Wartebetten im Spital erhöht werden muss (siehe Kapitel 3.2).

Als Konsequenz wird im Rahmen der Planung 2016-2020 vorgeschlagen, für jede Gesundheitsregion folgende Punkte festzulegen:

- Mindestens 150 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre;
- die Maximalquote wird gemäss den Ergebnissen der Bedarfsermittlung festgelegt (Tabelle 18).

Die neu von der Planung 2016-2020 anerkannten Betten werden zu den bereits geplanten Betten hinzugezählt, die schon in der Planung 2010-2015 gesprochen, aber noch nicht in Betrieb genommen worden sind.

Tabelle 19: Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen, Stand 2015 und angestrebtes Ziel 2020

	Stand 2015			Planung 2016-2020			
	Betten in Betrieb 2015	Betten geplant	Total	Neue Betten		Total	
				Min.	Max.	Min.	Max.
Oberwallis	915	1	916	-	17	724	933
Siders	348	42	390	87	129	477	519
Sitten/Hérens/Conthey	701	133	834	-	88	747	922
Martinach/Entremont	548	30	578	-	36	476	614
Monthey/St. Maurice	446	51	497	-	51	434	548
Total Wallis	2'958	257	3'215	87	321	2'858	3'536

Quelle: DGW/WGO

Unter Berücksichtigung der laufenden Projekte werden alle Regionen ausser Siders das Mindestziel bis 2020 erreichen. In Siders müssen noch mindestens 87 neue Betten zur Verfügung gestellt werden (zusätzlich zu den 42 bereits geplanten Betten). Betrachtet man die Höchstmenge 2020, können im gesamten Kanton 321 neue Betten zur Verfügung gestellt werden (zusätzlich zu den bereits geplanten Projekten), davon 17 im Oberwallis, 129 in Siders, 88 in Sitten/Hérens/Conthey, 36 in Martinach/Entremont und 51 in Monthey/St. Maurice.

4.3.2 Spitex

Das Spitex-Angebot (Pflege und Hilfe zu Hause) muss ausgebaut werden, um den Bedarf zu decken, der von folgenden Faktoren beeinflusst wird:

- Demografische Entwicklung (zwischen 2015 und 2020 Anstieg um 16.5% für über 80-jährige Personen, 14.6% für Personen zwischen 65 und 79 Jahren und 3% für die weiteren Alterskategorien);
- Rückgang des Anteils selbstständiger Personen in Alters- und Pflegeheimen;
- Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer und Verlagerung in den ambulanten Bereich, wie von der Spitalplanung vorgesehen.

Pflege zu Hause

Die Planung 2010-2015 hat das Mindestziel von einer Stunde Pflege zu Hause pro Einwohner festgelegt. Dieses Ziel entspricht dem schweizerischen Durchschnitt von 2008. Wie in Kapitel 3.3 dargelegt, haben die Leistungen seither stark zugenommen. Der schweizerische Durchschnitt erreichte 2013 1.5 Stunden Pflege zu Hause pro Einwohner. Im Wallis hingegen hat die Anzahl Stunden Pflege zu Hause pro Einwohner zwischen 2008-2013 bei 0.9 Stunden stagniert, obwohl das Wallis zu den Kantonen mit dem tiefsten Anteil an Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen pro 1'000 über 80-jährige Einwohner gehört.

2013 konnte das Ziel von einer Stunde Pflege zu Hause pro Einwohner nur in den Gesundheitsregionen Siders und Sitten/Hérens/Conthey erreicht werden (siehe Kapitel 3.3). Diese zwei Regionen hatten 2013 mit 145 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre in Siders und 180 in Sitten den tiefsten Anteil an Pflegeheimbetten. 2015 ist dieser Anteil auf 132 bzw. 163 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre gefallen (siehe Tabelle 17 in Kapitel 4.3.1).

Gemäss den in Kapitel 4.3.1 formulierten Vorschlägen sollte der Anteil Pflegeheimbetten im Wallis von 190 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre im Jahr 2013 auf 186 Betten im Jahr 2020 und 161

Betten im Jahr 2025 sinken (Tabelle 17). Als Konsequenz muss das Mindestziel von einer Stunde pro Einwohner für die Pflege zu Hause in der Planung 2016-2020 unbedingt erreicht werden und zwar in allen Regionen.

Dazu kommt der Bedarf aus der Spitalplanung, die bis 2020 eine Reduktion der Spitalaufenthaltsdauer und eine Verlagerung in den ambulanten Bereich vorsieht. Für die Bedarfsermittlung wurde von der Hypothese ausgegangen, dass ein Aufenthaltstag weniger durchschnittlich eine zusätzliche Stunde Pflege zu Hause nach sich zieht. Auf dieser Grundlage wird geschätzt, dass pro Jahr rund 93'000 Stunden Pflege zusätzlich angeboten werden müssen, um den aus der Spitalplanung hervorgehenden Bedarf zu decken.

Für 2020 beträgt die Mindestanzahl Stunden Pflege zu Hause 446'000 Stunden, was 1.26 Stunden pro Einwohner entspricht. Dieser Anteil stellt für alle kantonalen Gesundheitsregionen ein Minimum dar. Dabei soll das Angebot nicht nur von sozialmedizinischen Zentren, sondern auch von weiteren Leistungserbringern (selbstständig tätige Pflegefachpersonen, private Spitex-Organisationen) gedeckt werden.

Tabelle 20: Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020

	Spitex	
	2013	2020
Anzahl angestrebte Stunden (1 Std. Pflege pro Einwohner)		353'000
Auswirkung Spitalplanung		93'000
Gesamtanzahl Stunden	295'380	446'000
Anzahl Einwohner	327'011	353'239
Anzahl Stunden/Einwohner	0.90	1.26

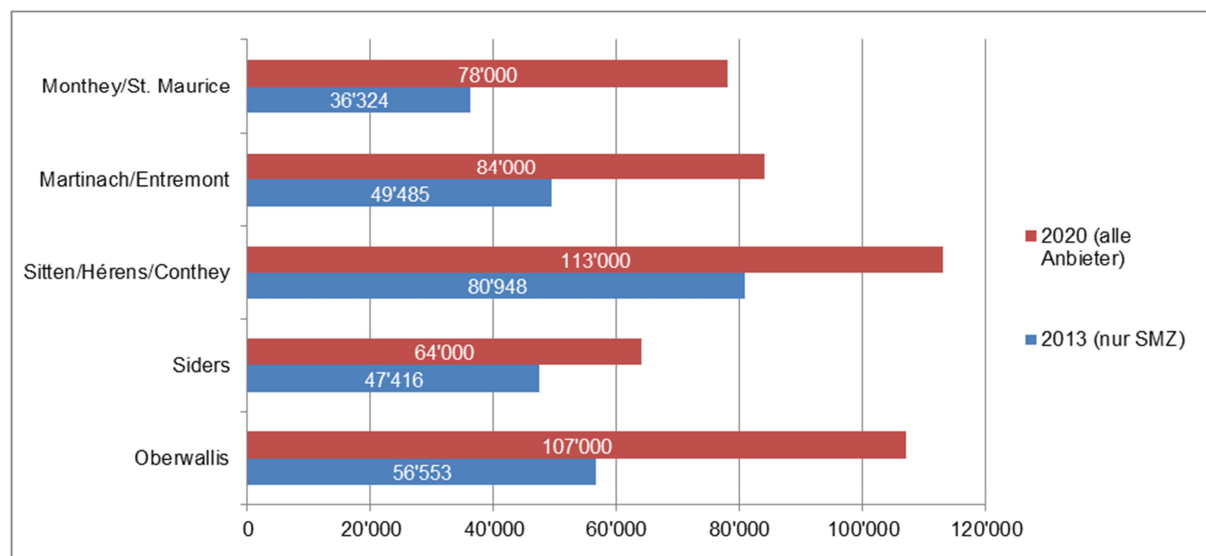
Quelle: DGW/WGO

Tabelle 21: Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen

	2013		2020 1.26 Std. pro Einw.
	SMZ	Weitere	
Oberwallis	56'553	24'654	107'000
Siders	47'416		64'000
Sitten/Hérens/Conthey	80'948		113'000
Martinach/Entremont	49'485		84'000
Monthey/St. Maurice	36'324		78'000
Wallis	295'380		446'000

Quelle: DGW/WGO

Abbildung 16: Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen



Quelle: DGW/WGO

Hilfe zu Hause

In der Planung 2010-2015 wurde ein Ziel von mindestens einer Stunde Hilfe zu Hause pro Einwohner festgelegt. Dieses Ziel liegt über dem schweizerischen Durchschnitts von 0.6 Stunden pro Bewohner für das Jahr 2008. 2013 ist der schweizerische Durchschnitt auf 0.7 Stunden pro Einwohner gestiegen – im Kanton Wallis hingegen ist er auf 0.6 Stunden pro Einwohner gesunken. Im Bezirk Siders ist das Angebot mit 0.8 Stunden pro Einwohner im Jahr 2013 am weitesten ausgebaut. Aufgrund des Vergleichs mit anderen Kantonen kann das Ziel auf 0.8 Stunden Hilfe zu Hause pro Einwohner angepasst werden.

Wie für die Pflege zu Hause, muss auch hier der zusätzliche Bedarf berücksichtigt werden, der aufgrund der verkürzten Spitalaufenthaltsdauer und der Verlagerung in den ambulanten Bereich entsteht. Um diesen Bedarf zu ermitteln, wird von der Hypothese ausgegangen, dass ein Spitalaufenthaltstag weniger durchschnittlich zu einer zusätzlichen Stunde Pflege zu Hause führt. Nur die Spitaltätigkeiten im Bereich der chronischen Erkrankungen (Psychiatrie, Rehabilitation inklusive geriatrische Rehabilitation) werden berücksichtigt, da besonders in solchen Situationen Haushaltshilfen benötigt werden. Auf dieser Grundlage wird geschätzt, dass bis 2020 wegen den kürzeren Spitalaufenthalten und der Verlagerung in den ambulanten Bereich zusätzlich 32'000 Stunden Hilfe zu Hause angeboten werden müssen.

Für 2020 beläuft sich die Mindestanzahl Stunden für die Hilfe zu Hause auf 315'000 Stunden, dies entspricht 0.89 Stunden pro Einwohner (gemäss demografischen Prognosen) für sämtliche kantonalen Gesundheitsregionen.

Tabelle 22: Stunden Hilfe zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020

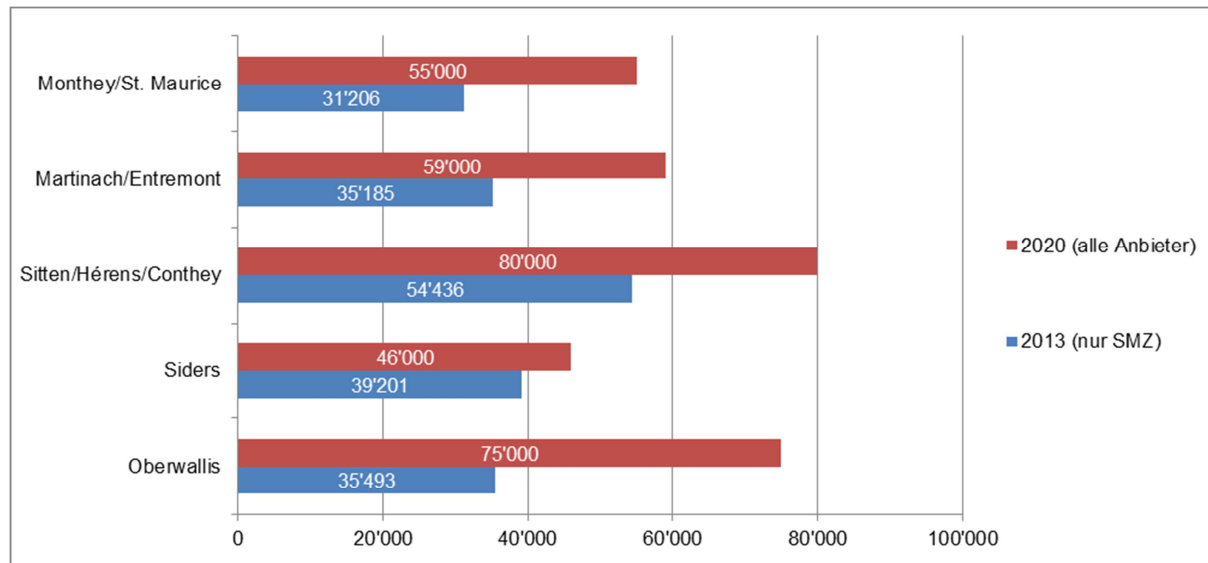
	Aide à domicile	
	2013	2020
Anzahl angestrebte Stunden (0.8 Std. Hilfe pro Einwohner)		283'000
Auswirkung Spitalplanung		32'000
Gesamtanzahl Stunden	195'564	315'000
Anzahl Einwohner	327'011	353'239
Anzahl Stunden/Einwohner	0.60	0.89

Quelle: DGW/WGO

Tabelle 23: Stunden Hilfe zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen

	2013		2020 0.89 h. par hab.
	SMZ	Weitere	
Oberwallis	35'493	43	75'000
Siders	39'201		46'000
Sitten/Hérens/Conthey	54'436		80'000
Martinach/Entremont	35'185		59'000
Monthey/St. Maurice	31'206		55'000
Wallis	195'564		315'000

Quelle: DGW/WGO

Abbildung 17: Stunden Hilfe zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen

Quelle: DGW/WGO

Weitere Leistungen

Auch wenn das Spitex-Angebot ausgebaut wird, kann der Bedarf nicht gedeckt werden ohne einen Ausbau der Leistungen, die es ermöglichen, länger daheim zu wohnen. Es handelt sich um Kurzaufenthaltsbetten, Tagesstrukturen und Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung. Anpassungen in diesem Bereich werden in folgendem Kapitel dargelegt. Zudem müssen die Massnahmen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen verstärkt werden. Dieser Aspekt wird weiter unten in Kapitel 5.4 erörtert.

4.3.3 Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen

Die Kurzaufenthaltsbetten wurden in die Prognosen des Modells für die Bedarfsermittlung nicht einbezogen. Hier braucht es deshalb eine eigene Evaluation. Die Planung 2010-2015 enthielt eine Vorgabe von 5 bis 10 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre. Diese basiert auf interkantonalen Vergleichen, die 2008 in der Schweiz durchschnittlich einen Anteil von 5.1 Kurzaufenthaltsbetten pro 1'000 über 80-jährige Einwohner zeigten (1.5, 7.4, 7.8 und 7.9 in den Kantonen Wallis, Waadt, Bern und Basel-Stadt).

Wie in Kapitel 3.4 dargelegt, hat sich die Lage zwischen 2008 und 2013 verändert. Die Anzahl Kurzaufenthaltsbetten stieg im Kanton Wallis auf 4 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre, während sie im schweizerischen Durchschnitt auf 3.6 Betten gesunken ist.

Das Kurzaufenthaltsangebot im Kanton Wallis wird weiter ausgebaut. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Projekte, die abgeschlossen sind oder noch realisiert werden, wird es insgesamt 127 Kurzaufenthaltsbetten geben, dies entspricht – gemäss den Prognosen für das Bevölkerungswachstum 2020 – 6.7 Betten pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre.

Das Angebot an Kurzaufenthaltsbetten scheint hiermit im Hinblick auf das Jahr 2020 ausreichend. Damit das Angebot in allen Regionen genügt, muss die Planung 2010-2015 vollständig umgesetzt werden. Dies bedeutet, dass 6 bis 19 zusätzliche Betten in der Region Siders, maximal 20 Betten in der Region Sitten und 4 in der Region Martinach zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle 24: Anzahl Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen, in Betrieb und geplant, in der Planung 2010-2015 anerkannt (Stand 26.05.2015)

	Betten in Betrieb 2015	Betten geplant	Total	Total gemäss Planung		Rest	
				Min.	Max.	Min.	Max.
Oberwallis	41	6	47	23	46	-	-
Siders	4	4	8	14	27	6	19
Sitten/Hérens/Conthey	5	17	22	21	42	-	20
Martinach/Entremont	23	2	25	15	29	-	4
Monthey/St. Maurice	11	14	25	13	25	-	-
Total Wallis	84	43	127	85	169	6	43

Quelle: DGW

Die Auslastung der Kurzaufenthaltsbetten muss ebenfalls verbessert werden. Es ist vorgesehen, dass sie wesentlich dazu beitragen, das Wohnen zu Hause im Alter zu begünstigen (siehe Empfehlung Nr. 3 in Kapitel 5.1.5).

4.3.4 Tagesstrukturen

Die Langzeitpflegeplanung 2010-2015 strebte ein Angebot von mindestens 280 Tagesstrukturplätzen an. Diese Plätze dienen dazu, die Angehörigen an einem Tag pro Woche zu entlasten, die die rund 1'400 Personen mit einer mittleren oder fortgeschrittenen Demenzerkrankung zu Hause pflegen (Stand 2008).

Die Prognosen in diesem Bereich (siehe Kapitel 4.1.4) sagen einen Anstieg der Anzahl Personen mit einer Demenzerkrankung von 29 auf 36% zwischen 2011 und 2020 voraus. Um das angestrebte Ziel zu erreichen, muss die Anzahl Tagesstrukturplätze deshalb bis 2020 um mindestens 30% gesteigert werden.

Tabelle 25: Tagesstrukturen, neu zu schaffende Plätze

	Plätze in Betrieb	Plätze geplant	Total	Minimum gemäss Planung 2010-2015	Minimum gemäss Planung 2016-2020	Neu zu schaffende Plätze
Oberwallis	24	39	63	78	101	38
Siders	15	10	25	45	59	34
Sitten/Hérens/Conthey	38	38	76	67	87	11
Martinach/Entremont	76	10	86	49	64	-
Monthey/St. Maurice	30	15	45	41	53	8
Total Wallis	183	112	295	280	364	91

Quelle: DGW

Das Angebot muss nicht nur ausgebaut, sondern auch verbessert werden, insbesondere im Bereich der Koordination der Betreuung und bei den von den Begünstigten getragenen Kosten (siehe Empfehlung Nr. 3 in Kapitel 5.1.5).

4.3.5 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Da der Anteil selbstständiger Personen (0-40 Minuten Pflege pro Tag), die in einem Alters- und Pflegeheim wohnen, um 5 % reduziert werden soll, wird die Nachfrage nach neuen Plätzen in Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung steigen. Die Differenz zwischen dem heutigen Anteil und dem Ziel von 5% gibt einen Richtwert für die Anzahl Betten, die in den Alters- und Pflegeheimen nicht mehr für selbstständige Personen zur Verfügung stehen wird (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Anzahl Alters- und Pflegeheimbetten, die 2020 nicht mehr für selbstständige Personen zur Verfügung stehen

	Anteil selbstständige Personen Alters- und Pflegeheim			fehlende Betten (Differenz x Betten 2020)
	2013	2020	Differenz	
Oberwallis	12%	5%	7%	65
Siders	14%	5%	9%	47
Sitten/Hérens/Conthey	8%	5%	3%	24
Martinach/Entremont	5%	5%	0%	2
Monthey/St. Maurice	8%	5%	3%	18
Total Wallis				157

Quelle: DGW

In dieser Tabelle werden nur die Auswirkungen der Reduktion des Anteils selbstständiger Personen in den Alters- und Pflegeheimen berücksichtigt. Hinzu kommt der Bedarf, der aufgrund der Alterung der Bevölkerung entsteht. Die erforderliche Anzahl Plätze in Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung hängt ausserdem von weiteren Faktoren ab, z.B.: der Anteil der Unterstützung durch die Angehörigen und das Umfeld; die Tatsache, ob die betagte Person bereit ist, ihr zu Hause zu verlassen; persönliche Einstellungen; Wohneigentumsrate; etc. Aufgrund der grossen Anzahl und Diversität der Einflussfaktoren ist es nicht möglich, den Bedarf an Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung in Zahlen darzustellen. Bevor Projekte realisiert werden, braucht es in Zusammenarbeit mit den SMZ eine vertiefte Analyse auf lokaler Ebene.

Zudem sollte – angesichts der vielen unterschiedlichen Angebote – ein kantonales Konzept für Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung ausgearbeitet werden. Dies sollte in Zusammenarbeit mit den betroffenen Partnern geschehen (siehe Empfehlung Nr. 9 Kapitel 5.3.4).

4.4 Auswirkungen der Planung

4.4.1 Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen der Langzeitpflegeplanung 2016-2020 werden auf der Grundlage der Richtlinien und Tarife geschätzt, die heute in Kraft sind. Berücksichtigt werden ausschliesslich die Auswirkungen der Planung 2016-2020. Die Alters- und Pflegeheimbetten, die noch in Folge der Planung 2010-2015 gebaut werden, werden nicht in die Berechnung eingeschlossen, da sie nicht Teil des Beschlusses zur Planung 2016-2020 sind. Beachtet wird hingegen die maximale Anzahl Alters- und Pflegeheimbetten aus der vorliegenden Planung.

Angesichts der eher kurzen Zeitspanne bis 2020 wird darauf verzichtet, Hypothesen über die Entwicklung der Tarife aufzustellen, insbesondere da nicht sicher ist, ob alle geplanten Alters- und Pflegeheimbetten bis dahin auch tatsächlich in Betrieb sein werden. Berücksichtigt wird für die Alters- und Pflegeheime hingegen der Anstieg der zu leistenden Pflege, die mit der Reduktion des Anteils der Langzeitpflegebetten einhergeht, die von Personen belegt werden, die keine oder nur wenig Pflege benötigen. Der erwartete Rückgang der Anzahl Wartebetten in den Spitälern wird ebenfalls berücksichtigt.

Betrieb

Die Tabelle 27 zeigt das Wachstum der Beiträge der öffentlichen Hand an die Pflege und Betriebssubventionen für das Jahr 2020. Dabei wird der neue Verteilschlüssel berücksichtigt, der 2015 mit dem Gesetz über die Langzeitpflege eingeführt wurde und der für alle Leistungen gilt: 70% zu Lasten des Kantons und 30% zu Lasten der Gemeinden.

Tabelle 27: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – Pflegebeiträge und Betriebssubventionen der öffentlichen Hand, Schätzungen für das Jahr 2020

	Kanton	Gemeinden	Total
Langzeitpflegebetten Alters- und Pflegeheim	4'231'008	1'813'289	6'044'297
Kurzaufenthaltsbetten Alters- und Pflegeheim	733'326	314'283	1'047'609
Tagesstrukturen	1'083'401	464'315	1'547'716
Pflege zu Hause	6'399'844	2'742'790	9'142'634
Hilfe zu Hause	4'071'573	1'744'960	5'816'533
Total	16'519'152	7'079'637	23'598'789

Quelle: DGW

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegebeiträge und Betriebssubventionen der öffentlichen Hand um rund 23 Millionen Franken zunehmen werden (Stand 2020). Der grösste Anstieg erfolgt mit 9.1 Millionen Franken bei den Spitex-Leistungen (Pflege zu Hause). Würde die Planung eine vermehrte Betreuung in Alters- und Pflegeheimen vorsehen, wären die finanziellen Auswirkungen noch höher – dies beweisen die Studien und Schätzung, die in den Kapiteln 3.7 und 4.1.3 beschrieben werden.

Die folgende Tabelle zeigt die Aufteilung nach Gesundheitsregionen im Kanton.

Tabelle 28: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – Pflegebeiträge und Betriebssubventionen der öffentlichen Hand, Schätzung für das Jahr 2020, nach Gesundheitsregionen

	Kanton	Gemeinden	Total
Oberwallis	3'965'993	1'699'711	5'665'705
Siders	2'974'910	1'274'961	4'249'871
Sitten / Hérens / Conthey	3'646'504	1'562'788	5'209'292
Martinach / Entremont	2'668'167	1'143'500	3'811'667
Monthey / St. Maurice	3'263'578	1'398'676	4'662'255
Total	16'519'152	7'079'637	23'598'789

Quelle: DGW

Investitionen

Das Gesetz über die Langzeitpflege sieht vor, dass der Kanton für Alters- und Pflegeheimbetten (Lang- und Kurzaufenthalt) und Tagesstrukturen Investitionssubventionen in der Höhe von 20% übernimmt. Es steht den Gemeinden frei, diese Investitionen ebenfalls finanziell zu unterstützen. Der Kantonsanteil wird den Gemeindesubventionen entsprechend erhöht, er darf 30% aber nicht übersteigen. Tabelle 29 zeigt den voraussichtlichen Anstieg der Investitionssubventionen der öffentlichen Hand, mit einer geschätzten Beteiligung von 30% für den Kanton und 10% für die Gemeinden.

Tabelle 29: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – geschätzte Investitionssubventionen der öffentlichen Hand für den Zeitraum 2016-2020

	Kanton	Gemeinden	Total
Lang- und Kurzzeitbetten Alters- und Pflegeheim	32'214'000	10'738'000	42'952'000
Tagesstrukturen	4'299'750	1'433'250	5'733'000
Total	36'513'750	12'171'250	48'685'000

Quelle: DGW

Die Subventionsbeiträge der öffentlichen Hand für den Bau von neuen Alters- und Pflegeheimbetten und von neuen Tagesstrukturen beträgt 48 Millionen Franken – verteilt auf den Zeitraum 2016-2020. Dies entspricht einem jährlichen Mittel von rund 7 Millionen Franken für den Kanton und 2 Millionen Franken für die Gemeinden. Diese Berechnungen gehen von der in der vorliegenden Planung maximal vorgesehenen Anzahl Alters- und Pflegeheimbetten aus. Es ist möglich, dass letztere nicht vollständig ausgeschöpft wird. Die finanziellen Auswirkungen werden folglich weniger hoch ausfallen.

Die folgende Tabelle zeigt die Aufteilung zwischen den verschiedenen Gesundheitsregionen im Kanton.

Tabelle 30: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – Investitionssubventionen der öffentlichen Hand, Schätzung für den Zeitraum 2016-2020, nach Gesundheitsregionen

	Kanton	Gemeinden	Total
Oberwallis	3'300'000	1'100'000	4'400'000
Siders	13'023'000	4'341'000	17'364'000
Sitten / Hérens / Conthey	9'989'250	3'329'750	13'319'000
Martinach / Entremont	4'956'000	1'652'000	6'608'000
Monthey / St. Maurice	5'245'500	1'748'500	6'994'000
Total	36'513'750	12'171'250	48'685'000

Quelle: DGW

4.4.2 Auswirkungen auf den Bedarf an Pflegefachpersonal

Der „Nationale Versorgungsbericht für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe 2009“³¹, der von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) erstellt wurde, hat den Bedarf an Ausbildungen auf nationaler Ebene ermittelt. Er stellt ein Instrument zur Verfügung, mit dem der Bedarf auf kantonaler und sogar auf institutioneller Ebene ermittelt werden kann.

Die Arbeitsgruppe „Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen“ bestehend aus Vertretern aus dem Gesundheits- und Bildungswesen sowie aus den betroffenen Berufsgruppen (Spitäler, Alters- und Pflegeheime, sozialmedizinische Zentren, SBK-VS, HES-SO Gesundheit-Soziales) nutzte das Modell (nachfolgend Modell GDK/OdASanté) als Grundlage für eine Bedarfsermittlung für den Kanton Wallis.

Mit dem Modell GDK/OdASanté kann die Anzahl Pflegefachpersonen ermittelt werden, die jedes Jahr ausgebildet werden muss, damit der Nachwuchs sichergestellt ist – dabei werden die Berufsausübungsdauer, der Beschäftigungsgrad, die Teamzusammensetzung und die Entwicklung des Pflegebedarfs berücksichtigt.

Gemäss den Vorschlägen zur Anpassung der Langzeitpflegeplanung, die in Kapitel 4.3 präsentiert werden, sieht die jährliche durchschnittliche Wachstumsrate der Leistungen für den Zeitraum 2013-2025 wie folgt aus:

- 2.6% pro Jahr für die Anzahl Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen. Diese nehmen von 2'867 im Jahr 2013 auf 3'855 im Jahr 2025 zu;
- 4.3% pro Jahr für die Anzahl Stunden Pflege zu Hause. Diese steigen von 295'380 im Jahr 2013 auf 461'000 im Jahr 2025.

Unter Berücksichtigung einer jährlichen Wachstumsrate der Leistungen von 0.17% im Spital (gemäss Modell GDK/OdASanté) und von 3% für die Langzeitpflege (gemäss vorliegender Planung), müssen im Wallis jedes Jahr rund 200 Pflegefachfrauen und -männer und 200 Fachangestellte Gesundheit (FaGe) ausgebildet werden.

2013 haben 121 Walliserinnen und Walliser ein Diplom als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann erhalten und 143 eine Ausbildung als Fachangestellte Gesundheit (FaGe) abgeschlossen – gegenüber 86 und 76 im Jahr 2011. Trotz dieser Zunahme genügt die Anzahl Personen, die jährlich ausgebildet werden, nicht, um den Nachwuchs zu sichern.

Die statistischen Daten, die für das Modell GDK/OdASanté zur Verfügung stehen, reichen nicht aus, um die neue Kategorie der Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales (EBA-AGS) zu berücksichtigen. Auf der Grundlage der oben aufgeführten Ergebnisse und den

³¹ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe 2009*. GDK und OdASanté.

Personalanforderungen, die aus den kantonalen Richtlinien für die Betriebsbewilligungen hervorgehen, kann davon ausgegangen werden, dass jedes Jahr rund 150 Personen in diesem Bereich ausgebildet werden sollten. 2015 werden 15 Walliserinnen und Walliser (8 französischsprachige und 7 deutschsprachige Personen) diese Ausbildung abschliessen, die alle zwei Jahre durchgeführt wird.

Es wird weiterhin nötig sein, auf ausländische Fachkräfte zurückzugreifen, um den steigenden Pflegebedarf decken zu können. Unsere Nachbarländer sehen sich jedoch aufgrund der demografischen Alterung mit den gleichen Problemen konfrontiert. Ausserdem verbessern sie die Arbeitsbedingungen, um ihre eigenen Fachkräfte behalten zu können.

Der vorgängig zitierte Bericht der GDK/OdASanté aus dem Jahr 2009 empfiehlt, die Profile der Fachleute dem Praxisbedarf anzupassen, das Bildungssystem durchlässiger zu gestalten und die Anwerbung von jungen Erwachsenen nach der obligatorischen Schulzeit zu fördern. Dies gilt ebenfalls für Personen, die eine berufliche Neuorientierung anstreben oder einen Wiedereintritt in die Arbeitswelt erwägen. Die Arbeitsgruppe „Bekämpfung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen“ empfiehlt ebenfalls Massnahmen, die in diese Richtung zielen.

4.4.3 Gesundheitsförderung im Alter (60+)

Um den künftigen Pflegebedarf zu senken, muss die Langzeitpflegeplanung durch Massnahmen zur Gesundheitsförderung der betroffenen Personen ergänzt werden. Studien zeigen, dass Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Personen im Jahr 2030 jährliche Einsparungen in der Höhe von rund 2 Milliarden Franken ermöglichen³².

Die kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention will die Gesundheitsförderung und Prävention für Seniorinnen und Senioren (60+) verstärken und hat das Thema in ihr Rahmenprogramm 2011-2014 aufgenommen. 2013 hat die Dienststelle für Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung Wallis eine Bestandesaufnahme zur Situation der Gesundheitsförderung im Alter im Kanton erstellt. Im Anschluss an diesen Bericht wurde 2014 das Strategiepapier „Gesundheitsförderung 60“³³ erarbeitet.

Die Ziele des Gesundheitsförderungsprogramms für Personen über 60 Jahre (60+) bestehen darin, die Lebenserwartung bei guter Gesundheit zu steigern und die individuelle Lebensqualität zu erhöhen, indem gesunde Verhaltensweisen gefördert werden. Ein gesunder Lebensstil im Alter führt dazu, dass die Gesundheit länger erhalten bleibt, und fördert eine Lebensqualität, die sich durch Autonomie und Selbstständigkeit auszeichnet. Das oberste Ziel des Kantons Wallis darin besteht, das Wohnen zu Hause im Alter so lange wie möglich zu ermöglichen, deshalb werden aus dem Programm folgende fünf Hauptziele abgeleitet:

1. „Gesund altern“ und künftige Lebensqualität sichern: Autonomie und Selbstständigkeit der 60+ fördern;
2. Soziale Kontakte aufrechterhalten und die Integration der 60+ ins soziale Leben fördern;
3. Faire und zugängliche Gesundheitsförderungsmassnahmen auf dem gesamten Kantonsgebiet unterstützen und ausbauen;
4. Misshandlungen von älteren Menschen vorbeugen und good practices begünstigen;
5. Akteure vernetzen.

Zu den 5 wichtigsten Handlungsbereichen gehören:

- Information / Orientierung / Ausbildung;
- Bewegung / Ernährung / Sturzprävention;
- Prävention von Misshandlung;
- Pflege von sozialen Kontakten;
- Suchtprävention.

³² Stuck, A. E., Born, S., und Meyer, K. (2009). *Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter nach dem „Gesundheits-Profil-Verfahren“*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

³³ Dienststelle für Gesundheitswesen (2014). *Promotion de la santé des 60+, orientation stratégique pour le canton du Valais*.

4.4.4 Versorgungsqualität und Patientensicherheit

Ältere pflegebedürftige Menschen brauchen besondere Fürsorge, da sie gegebenenfalls allein sind und häufig an Gehirnerkrankungen (Demenz) leiden, die sie daran hindern, ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Auch wenn Massnahmen im gesundheitlichen Bereich den Patientinnen und Patienten nützen sollen, können sie unter Umständen auch Schaden anrichten. Es kann für die Einrichtungen und Gesundheitsfachleute schwierig sein, die bestmögliche Behandlung abzuschätzen, einzuleiten und zu koordinieren. Es ist deshalb wichtig, über eine wirksame Aufsicht und einen präzisen Referenzrahmen zu verfügen (Normen, Konzepte, Indikatoren usw.), um unangemessene Behandlungen zu verhindern.

Die Aufsicht über die Patientensicherheit und Versorgungsqualität ist für jedes Gesundheitssystem von grundlegender Bedeutung. Im Kanton Wallis überträgt die kantonale Gesundheitsgesetzgebung dem Staatsrat die Aufsicht über die Organisation des Gesundheitswesens (Gesundheitsgesetz, Art. 5), das Gesundheitsdepartement koordiniert und vollzieht die kantonale Gesundheitspolitik (Art. 6). Alle Gesundheitseinrichtungen und Institutionen müssen über eine Bewilligung des Departements verfügen (Art. 86). Dieses kann Inspektionen durchführen, um sicherzustellen, dass die gestellten Bedingungen für die Bewilligung eingehalten werden (Art. 91).

Die Leistungserbringer sind verantwortlich für die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit (Gesundheitsgesetz, Art. 40ff.). Sie müssen die vom Departement herausgegebenen Richtlinien bezüglich Personaldotation, Umgang mit Arzneimitteln, Qualitätssicherung und einzuhaltende Bestimmungen im Falle von Zwangsmassnahmen befolgen. Die Gesetzgebung verlangt, dass sie sich aktiv für eine bestmögliche Versorgungsqualität und für die Förderung der Patientensicherheit einsetzen. Sie müssen Qualitätssicherungsmassnahmen umsetzen, die gewährleisten, dass sie die Anforderungen in ihrem Tätigkeitsbereich erfüllen und eine angemessene und qualitativ hochwertige Versorgung anbieten. Die neuen Richtlinien des Departements verlangen, dass Alters- und Pflegeheime bis Ende 2016 über ein zertifiziertes Qualitätssicherungssystem verfügen.

Mit dem neuen Gesundheitsgesetz aus dem Jahr 2008 umfasst die Aufsicht über die Versorgungsqualität und Patientensicherheit neu auch den Umgang mit und die Verhütung von unerwünschten Zwischenfällen. Es müssen Bedingungen für eine bestmögliche Versorgungsqualität und Patientensicherheit im kantonalen Gesundheitssystem geschaffen werden. Alle Gesundheitseinrichtungen und Institutionen sind verpflichtet, ein eigenes Qualitätssicherungssystem auszuarbeiten und eine für die Qualitätssicherung verantwortliche Person zu ernennen – ausserdem müssen sie Indikatoren erarbeiten und ein Meldesystem für etwaige Zwischenfälle einführen.

Es braucht ausserdem Instrumente, die die Versorgungsqualität und Patientensicherheit messen. Unter der Federführung der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und dem Verband Heime und Institutionen Schweiz (Curaviva) werden zurzeit nationale Indikatoren ausgearbeitet. Parallel dazu wurde das Kompetenzzentrum für Versorgungsqualität des Walliser Gesundheitsobservatoriums beauftragt, Qualitätsindikatoren auf kantonaler Ebene zu erarbeiten. Die ständige Verbesserung der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit ist unerlässlich, um der Bevölkerung im Alter ein bedarfsgerechtes Angebot zur Verfügung zu stellen.

5 Planung und Umsetzung: Empfehlungen

5.1 Koordination des Angebots

Das Gesetz über die Langzeitpflege, das am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, sieht die Schaffung eines vollständigen und koordinierten Leistungsangebots für die Langzeitpflege vor – das Angebot soll bedarfsgerecht und auf dem gesamten Kantonsgebiet für alle zugänglich sein. Es legt die Aufgaben des Kantons, der Gemeinden und der verschiedenen Akteure fest, die an der Koordination der Leistungen beteiligt sind.

5.1.1 Aufgabenverteilung

Kanton

Der Staatsrat verabschiedet die Langzeitpflegeplanung und legt die Gesundheitsregionen fest (Art. 12). Der Staatsrat erstellt die Liste der Pflegeheime, so dass die Bedarfsdeckung gewährleistet ist, und er legt ihren Leistungsauftrag fest. Er kann Organisationen der Pflege und Hilfe zu Hause (Spitex-Organisationen) Leistungsaufträge erteilen. Dies gilt insbesondere für die SMZ, damit die Abdeckung des gesamten Kantonsgebiets sichergestellt ist. Leistungsaufträge können ebenfalls an Tages- oder Nachtstrukturen sowie an andere Anstalten oder Institutionen der Langzeitpflege erteilt werden (Art. 13).

Das Gesundheitsdepartement vergibt neue Betten an verschiedene Neu- und Ausbauprojekte für Alters- und Pflegeheime. Es bestimmt mittels Richtlinien die Kriterien für den Zugang aller Patienten zu angemessenen Pflegeleistungen von hoher Qualität sowie den Anteil an Betten für Kurzaufenthalte, die in jedem Pflegeheim oder gemeinsam von mehreren Pflegeheimen, welche geographisch nahe beieinander liegen, zur Verfügung gestellt werden müssen. (Art. 12).

Gemeinden

Die Gemeinden haben den Auftrag, die vom Staatsrat festgelegte Planung umzusetzen. Sie müssen dafür sorgen, dass ihre Bevölkerung Zugang zu sämtlichen Leistungen der Langzeitpflege hat. Dazu muss sich jede Gemeinde einem oder mehreren Alters- und Pflegeheimen sowie einer oder mehreren Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause anschliessen (Art. 17).

Regionale Langzeitpflegeorganisationen

Die Regionalen Langzeitpflegekommissionen (früher regionale Gesundheitskommissionen) umfassen die wichtigsten Partner im Gesundheitswesen. Sie wurden ab 1996 nach Beschluss des Staatsrats in allen Gesundheitsregionen für den Planungsvollzug im Bereich der Langzeitpflege geschaffen. Sie sind die beratenden Organe für das Gesundheitsdepartement im Bereich der Umsetzung der Planung der Langzeitpflege. Die Kommissionen haben die Aufgabe, die Koordination zwischen dem Kanton und den Gemeinden sowie zwischen den Gemeinden zu fördern. Sie sorgen für die Bereitstellung der Infrastruktur und für das Angebot an sozialmedizinischen Leistungen, die den spezifischen Bedürfnissen der Bevölkerung in jeder Gesundheitsregion angepasst sind (Art. 14bis).

Dachorganisationen

Die Dachorganisation der Pflegeheime und der Pflege und Hilfe zu Hause sind Partner des Gesundheitsdepartements. Letzteres kann ihnen Aufträge erteilen, insbesondere im Bereich der Harmonisierung der Platzierungs- und Aufnahmepraxis in die Pflegeheime (Art. 37).

5.1.2 Kantonale Koordinationsstelle (SOMEKO)

Das Gesetz über die Krankenanstalten und -institutionen (Art. 23) und das Gesetz über die Langzeitpflege (Art. 36) sehen die Schaffung einer kantonalen Koordinationsstelle vor, die mit der Information und der Begleitung der Patientinnen und Patienten zwischen den Pflegeeinrichtungen beauftragt ist, und so die Kontinuität der Betreuung sicherstellt. In der Koordinationsstelle vertreten sind die Spitäler, der Walliser Ärzteverband sowie die Dachorganisationen der öffentlich anerkannten

Alters- und Pflegeheime und der sozialmedizinischen Zentren. Weitere Institutionen können sich anschliessen.

Historisch gesehen hat sich die Koordination des Patientenflusses im Rahmen der regionalen Gesundheitsnetze – mit der Gründen von regionalen Einrichtungen für die Information und Patientenplatzierung – ab 1997 schrittweise entwickelt. 2009 wurden diese Einrichtungen (Corif) in der „Kantonalen Verbindungsstruktur zwischen den Institutionen“ (KVSZI) zusammengeschlossen. Anfangs 2014 wurde die KVSZI umbenannt in „Sozialmedizinische Koordinationsstelle“ (SOMEKO).

Die SOMEKO wird von einem Direktionskomitee geleitet, das wiederum vom Gesundheitsdepartement ernannt wird. In diesem Komitee sind alle betroffenen Gesundheitseinrichtungen vertreten. Es vereinigt alle Koordinationspflegefachfrauen unter der Co-Leitung von zwei Koordinatorinnen (je eine pro Sprachregion). Die Stelle ist administrativ an das Zentralinstitut der Walliser Spitäler (ZIWS) angegliedert, das die Personalverwaltung und die Buchhaltung der SOMEKO übernimmt.

Die Hauptaufgabe der SOMEKO ist es die Information und die Begleitung der Patienten zwischen den Pflegeinstitutionen zu sichern, indem sie die Kontinuität der Betreuung gewährleistet. Jeder Patient und jede Patientin soll situationsgerecht optimal betreut werden – gemäss dem Prinzip „jeder Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort“. Die SOMEKO hat die Aufgabe, einheitliche Kriterien für Platzierungen in einer Gesundheitseinrichtung nach einem Spitalaufenthalt festzulegen, davon ausgenommen sind Verlegungen in und zwischen Spitälern. Sie koordiniert ebenfalls die endgültigen Eintritte in ein Pflegeheim. Sie arbeitet gemäss festgelegten Interventionskriterien (siehe Anhang) und auf Gesuch einer Gesundheitseinrichtung oder des Patienten oder der Patientin. Sie ist aber nicht dafür verantwortlich alle Spitalaustritte zu koordinieren.

5.1.3 Kantonale Warteliste für Alters- und Pflegeheime

Aktuell führt jedes Alters- und Pflegeheim eine eigene Warteliste. Es kommt deshalb häufig vor, dass sich eine Person auf mehreren Listen einschreibt. Einige Einträge erfolgen präventiv, wenn sich eine Person vorsorglich einen Platz im Alters- und Pflegeheim sichern will, ohne sofort eintreten zu wollen. Hinzu kommt die Problematik der Aktualisierung dieser Listen, da die Alters- und Pflegeheime nicht immer über den allfälligen Tod einer eingeschriebenen Person informiert werden. Die Vielzahl der Listen führt dazu, dass weder ein klares Bild darüber besteht, wie viele Personen auf einen Eintritt warten, noch wie viele davon dringlich sind.

In der Region Siders wurde eine koordinierte Warteliste für den Bezirk geschaffen. Auf dieser Liste ist die Anzahl der eingeschriebenen Personen ersichtlich, ohne Doppelzählungen zwischen den verschiedenen Alters- und Pflegeheimen im Bezirk. Sie führt ebenfalls auf, ob ein Eintritt dringend ist oder nicht.

Empfehlung Nr. 1 **Schaffung einer kantonalen Pflegeheimwarteliste**

Die Schaffung einer Warteliste auf kantonaler Ebene wird im Moment überprüft. Sie würde wertvolle Angaben liefern über den tatsächlichen Bedarf an Heimplätzen und darüber, ob die Planung dem Bedarf entspricht. Sie wäre ein wichtiges Instrument, um zu überprüfen, ob die Aufnahmekriterien für die Alters- und Pflegeheime eingehalten werden, die das Gesundheitsdepartement herausgeben muss (siehe Empfehlung Nr. 2).

5.1.4 Eintrittskriterien für Alters- und Pflegeheime

Das Langzeitpflegegesetz will gewährleisten, dass alle Patientinnen und Patienten Zugang zu angemessenen Pflegeleistungen von hoher Qualität haben – ausserdem soll die Gleichbehandlung aller Einwohnerinnen und Einwohner unabhängig von ihrer Wohngemeinde gewährleistet sein. Zu diesem Zweck sind zwei besondere Bestimmungen vorgesehen.

Erstens erteilt das Gesetz dem Gesundheitsdepartement den Auftrag, mittels Richtlinien die Kriterien für den Zugang aller Patienten zu angemessenen Pflegeleistungen von hoher Qualität festzulegen (Art. 12, Abs. 3). Ziel dieser Bestimmung ist es, eine Gleichbehandlung aller Einwohnerinnen und Einwohner zu gewährleisten. In der Botschaft zum Gesetzesentwurf wurde festgehalten, dass

Entscheide für einen Heimeintritt bedarfsgeleitet sein sollen, und dass sie die Unterstützungsmöglichkeiten aus dem Umfeld berücksichtigen sollen.

Zweitens muss jede Gemeinde dafür sorgen, dass ihre Bevölkerung zu allen Arten von Leistungen der Langzeitpflege Zugang hat, so dass jede Person jederzeit die Betreuung erhält, die ihren Bedürfnissen am besten entspricht (Art. 15). Dazu muss sich jede Gemeinde insbesondere einem oder mehreren Pflegeheimen anschliessen (Art. 17).

Empfehlung Nr. 2 **Kriterien für den Eintritt ins Alters- und Pflegeheim festlegen**

Die Festlegung von Kriterien für den Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim ist notwendig, da die vorliegende Planung sich in geringerem Masse auf die Betreuung in Alters- und Pflegeheimen stützt. Die Pflegebedürftigkeit und die Unterstützungsmöglichkeiten durch pflegende Angehörige gehören zu den wichtigsten Kriterien, um einen allfälligen Eintritt abzuschätzen. Das Gesundheitsdepartement wird solche Kriterien, in Absprache mit den verschiedenen Anbietern von Langzeitpflegeleistungen, in Bälde festlegen müssen.

5.1.5 Nutzung von Kurzaufenthaltsbetten und Tagesstrukturen

Wie in den Kapiteln 4.3.3 und 4.3.4 angegeben, werden weitere Kurzaufenthaltsbetten und Tagesstrukturen geschaffen. Gleichzeitig muss die Auslastung verbessert werden.

Gemäss den Richtlinien des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur betreffend die Bewilligung und den Betrieb von Pflegeheimen vom März 2014, ermöglicht ein Kurzaufenthaltsbett die vorübergehende Aufnahme einer zu Hause lebenden Person, damit die pflegenden Angehörigen entlastet werden. Weiter können Personen aufgenommen werden, die das Spital verlassen (beispielsweise nach einem Sturz/einer Verschlechterung des Gesundheitszustands), damit sie sich soweit erholen können, dass sie, gegebenenfalls mit Spitex-Unterstützung, wieder zu Hause wohnen können. Der Aufenthalt in einem Kurzaufenthaltsbett ist grundsätzlich auf höchstens 5 Wochen beschränkt. Solche Betten werden jedoch häufig für Langzeitaufenthalte besetzt, oder als Überbrückung, bis ein Langzeitbett frei wird. Das Angebot ist bei möglichen Interessierten noch zu wenig bekannt.

Die Tagesstrukturen (Tagesheim) sind zurzeit noch nicht voll ausgelastet, obwohl eine Nachfrage besteht. Dadurch entsteht eine Mehrbelastung der anderen Leistungsanbieter in der Langzeitpflege und der pflegenden Angehörigen. Der Ausbau dieses Angebots muss von weiteren Verbesserungsmassnahmen begleitet werden, insbesondere bei der Koordination der Betreuung.

Empfehlung Nr. 3 **Bessere Auslastung der Kurzaufenthaltsbetten und Tagesstrukturen**

Gemeinsam mit den betroffenen Kreisen (Alters- und Pflegeheime, sozialmedizinische Zentren, SOMEKO) sollten Arbeiten durchgeführt werden, um die Auslastung der Kurzaufenthaltsbetten und der Tagesstrukturen zu verbessern. Das Kurzaufenthaltsbett soll dazu beitragen, dass die Personen länger zu Hause wohnen können. Die Aufgabe der Tagesstrukturen, die Organisation und die Koordination der Betreuung muss klarer festgelegt und gestärkt werden. Dabei müssen auch die Kosten für die Kundinnen und Kunden – sowohl für die Kurzaufenthaltsbetten wie auch die Tagesstrukturen – diskutiert werden.

5.1.6 Koordination: elektronisches Patientendossier

Die Fragmentierung und Komplexität des schweizerischen Gesundheitssystems führt dazu, dass es manchmal schwierig ist, die Betreuung zwischen den verschiedenen Pflegeanbietern zu koordinieren. Ausserdem steigt dadurch das Risiko für Behandlungsfehler bei den Patientinnen und Patienten. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat der Bundesrat im Juni 2007 eine E-Health Strategie verabschiedet, die

vorsieht, dass bis Ende 2015 alle Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz es den Gesundheitsversorger ihrer Wahl ermöglichen können, die für die Behandlung relevanten Unterlagen online einzusehen³⁴.

Im Wallis ist die Schaffung des Gesundheitsinformationssystems ein wichtiger und prioritärer Schritt in der kantonalen E-Health Strategie. Diese hat im Frühling 2000 begonnen und besteht aus 3 Etappen (Informatisierung der Walliser Spitäler, Informatisierung der SMZ und APH, Integration des ambulanten Sektors: Projekt Infomed).

Infomed ist ein Projekt, mit dem behandlungsrelevante Patientendaten elektronisch zur Verfügung gestellt werden (elektronisches Patientendossier). Es handelt sich nicht darum, die Patientendossiers der Spitäler oder Arztpraxen zu ersetzen, sondern gewisse Informationen zu teilen. Die relevanten Unterlagen werden elektronisch an eine Plattform gesandt und anschliessend den betreffenden Einrichtungen zugänglich gemacht. Gemeinsam mit dem Kanton Genf nimmt der Kanton Wallis bei der Schaffung des elektronischen Patientendossiers eine Vorreiterrolle ein.

5.1.7 Regionale Integration der Leistungsanbieter

Die Frage nach der Koordination der Leistungsanbieter steht seit vielen Jahren im Raum. Sie bildet den Mittelpunkt des Langzeitpflegegesetzes. Die verschiedenen Massnahmen, die zur Zeit ausgearbeitet werden, um die Koordination zu verbessern, drohen nicht auszureichen, um zu gewährleisten, dass die Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort betreut und behandelt werden.

Es braucht deshalb eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern. Heute weisen die verschiedenen Anbieter im Wallis ein mittleres Kooperationsniveau aus – die Einrichtungen verfügen weiterhin über eine grosse Unabhängigkeit und viel Handlungsspielraum und arbeiten nur in bestimmten Bereichen zusammen. Künftig sollte ein höheres Kooperationsniveau erreicht werden, indem verschiedene Leistungsanbieter unter dem Dach einer neuen Organisation vereint werden (Fusion oder anderes Modell).

In der Schweiz existieren solche Formen einer engeren Zusammenarbeit bereits, beispielsweise in Rapperswil-Jona im Kanton St. Gallen. 2008 haben sich hier sechs bis dahin unabhängige Einrichtungen (Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen, Tagesstrukturen) unter dem gemeinsamen Dach der Stiftung RaJoVita³⁵ zusammengeschlossen. Diese hat zum Ziel, eine persönliche, bedarfsgerechte Beratung, Betreuung und Pflege von betagten Menschen im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.

Ein entsprechender Zusammenschluss von mehreren Leistungsanbietern des Langzeitpflegebereichs einer Region würde die Organisation der Betreuung vereinfachen. Der Patient oder die Patientin könnte sich an eine einzige Stelle wenden, die alle verschiedenen Leistungen anbietet. Die Betreuung könnte so auch einfacher an die sich verändernde Pflegebedürftigkeit einer Person und an die Unterstützungsmöglichkeiten der pflegenden Angehörigen angepasst werden. Weitere Vorteile sind die Vereinfachung der Personalführung in Zeiten des Fachkräftemangels sowie grössenbedingte Einsparungen durch Skaleneffekte.

Empfehlung Nr. 4

Erarbeitung eines Modells für die regionale Zusammenarbeit der Leistungsanbieter, um eine bessere Koordination zu gewährleisten

Entsprechende Reflexionen auf kantonaler Ebene sollen insbesondere zeigen, mit welchem Modell den pflegebedürftigen Menschen eine umfassende, abgestimmte und gut organisierte Betreuung angeboten werden kann (jeder Patient zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort). Es braucht dazu eine vertiefte Analyse, um die Erfolgs- und Risikofaktoren für ein entsprechendes Projekt zu definieren. Danach könnte in einer der Regionen ein Pilotprojekt durchgeführt werden.

³⁴ Bundesamt für Gesundheit (2007). *Die Strategie „eHealth“ Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit, 4.

³⁵ www.rajovita.ch

5.2 Demenzerkrankungen

Die Prävalenz von Demenzerkrankungen wurde in Kapitel 4.1.4 dargelegt. Die steigende Anzahl Fälle und die Besonderheiten der Krankheitsbilder verlangen nach einem entsprechend ausgerichtetem Angebot – und darauf geht dieses Kapitel näher ein.

5.2.1 Definition

Unter Demenz werden verschiedene Funktionsstörungen des Hirns verstanden, die unterschiedliche Ursachen haben können. Es handelt sich um Erkrankungen, die geprägt sind vom langsamen Verlust der Hirnleistung. Sie führen zu einer chronisch fortschreitenden Gedächtnisstörung, kombiniert mit mindestens einer weiteren Störung wie: Sprachstörung (Aphasie), Bewegungsstörung (Apraxie), Erkennungsstörung (Agnosie) oder eingeschränkter Planungs- und Handlungsfähigkeit (Störung der Exekutivfunktionen)^{36, 37}.

Die häufigste Demenzerkrankung ist die Alzheimer-Krankheit (rund 60% der Demenzerkrankungen). Danach folgt die vaskuläre Demenz oder sekundäre Demenzformen, bei denen die Demenz Folge von mehreren Schlaganfällen ist (20 bis 30%). Es gibt zahlreiche weitere Formen der Demenz (Lewy-Körper-Demenz, Pick-Krankheit, Demenz aufgrund einer Parkinson- oder Huntington-erkrankung, alkoholbedingte Demenz usw.).

Die Demenz führt nach und nach dazu, dass Erinnerungen, Orientierungssinn und Kommunikationsfähigkeiten verloren gehen. Diese kognitiven Störungen mindern die Selbstständigkeit der erkrankten Person und sind dafür verantwortlich, dass sie für alltägliche Tätigkeiten auf Hilfe von aussen angewiesen ist. Die Erkrankung führt schlussendlich zu einer vollständigen Pflegebedürftigkeit. Viele Demenzbetroffene werden zu Hause von Familienangehörigen und Personen aus dem nahen Umfeld betreut und gepflegt. Die Demenzerkrankung stellt somit hohe Ansprüche an das familiäre Umfeld und belastet dieses stark. Wenn der Pflegebedarf einer Person steigt, wird der Heimeintritt in vielen Fällen unumgänglich.

Im Kanton Wallis^{38, 39} leben rund 2'200 Demenzbetroffene zu Hause und werden im Allgemeinen von Angehörigen unterstützt. Dies entspricht der Hälfte der Demenzpatienten im Wallis.

Es bestehen drei Grade von Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit:

- leicht: die Person weist kognitive Störungen auf und im Alltag tauchen kleinere Schwierigkeiten auf (Umgang mit Finanzen, Benützung von Transportmitteln, etc.). Sie kann unabhängig zu Hause wohnen;
- mittelschwer: kognitive Störungen sowie Schwierigkeiten im Umgang mit Tätigkeiten des täglichen Lebens führen dazu, dass die Person sporadisch/regelmässig Hilfe in Anspruch nehmen muss (Medikamenteneinnahme, Termine, Wäsche, Mahlzeiten). Sie kann mit Unterstützung zu Hause wohnen;
- schwer: die Hirnmechanismen und der Umgang mit alltäglichen Situationen sind so gestört, dass eine durchgehende Betreuung nötig wird (Ernährung, Körperpflege).

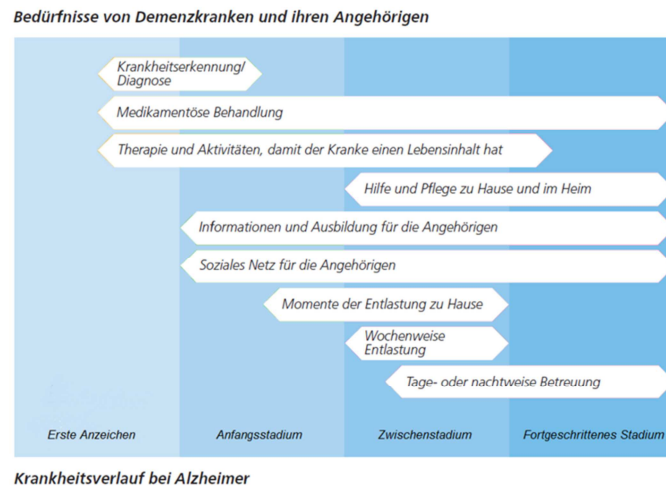
³⁶ Monsch, A. U., et al. (2013). *Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement de personnes atteintes de démence en Suisse*. *Revue médicale suisse*, (9), 838–847.

³⁷ Bassetti, C. L., Calabrese, P., und Gutzwiller, F. (2011). *Demenz. Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Eine Schweizer Perspektive*.

³⁸ Schweizerische Alzheimervereinigung (2013). *Angehörigenbefragung*.

³⁹ Kesselring, A. (2004). *Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit*. *Schweizerische Ärztezeitung*. 85(10), 504-506.

Abbildung 18 : Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen im Krankheitsverlauf



5.2.2 Kantonale Gesamtstrategie

Im Auftrag des Gesundheitsdepartements hat eine Expertengruppe mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen (Kanton Wallis, Spital Wallis, Alters- und Pflegeheime, Verbände, Walliser Ärztesgesellschaft) das im Wallis bestehende Angebot und die Strukturen für Menschen, die an Alzheimer oder einer anderen Demenzform erkrankt sind, analysiert. Der Bericht mit dem Titel „Menschen mit Demenz. Eine Standortbestimmung im Wallis. Empfehlungen“⁴⁰ enthält zehn Empfehlungen um die Hilfe bei Krankheitsbeginn auszubauen, die Tätigkeiten der verschiedenen Kreise besser zu koordinieren und das Betreuungsangebot auszubauen:

1. Bevölkerung informieren und Pflegende sensibilisieren;
2. Früherkennung und Prävention verbessern;
3. Demenzkranke und ihr Umfeld unterstützen und informieren;
4. Ganzheitliche und evolutive Betreuung von Demenzkranken begünstigen;
5. Kommunikation und Koordination zwischen den Partnern verbessern;
6. Kompetenzzentren schaffen und die Forschung verstärken;
7. Ausbildung und Betreuung des Pflegepersonals fördern;
8. Spitex- Leistungen ausbauen;
9. Angebot an Zwischenstrukturen erhöhen;
10. Betreuung in Alters- und Pflegeheimen anpassen.

Als Antwort auf die Empfehlungen der Expertengruppe hat Spital Wallis mit Unterstützung des Kantons die verschiedenen Memory-Angebote (Memory-Kliniken) vernetzt und im Spital Sidiers ein Kompetenzzentrum eingerichtet. Die Memory-Kliniken spielen eine wichtige Rolle bei der Früherkennung, bei der Verbreitung von klinischen good practices und im Ausbildungsbereich. Das Netzwerk stellt den Patientinnen und Patienten und den Pflegenden die Kompetenzen eines interdisziplinären Teams aus Fachärzten für Altersmedizin, Alterspsychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie zur Verfügung. Untersuchungen haben ausserdem gezeigt, dass eine frühzeitige Erkennung von Demenzerkrankungen einem Bedürfnis der Bevölkerung entspricht⁴¹, und dass sie Einsparungen bei der Betreuung ermöglicht⁴².

Am 17. April 2013 hat der Staatsrat die Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren beauftragt, in Zusammenarbeit mit der Alzheimer-Vereinigung Wallis für den gesamten Kanton ein

⁴⁰ Dienststelle für Gesundheitswesen (2011). *Menschen mit Demenz. Eine Standortbestimmung im Wallis. Empfehlungen.*

⁴¹ Moor, C., Peng, A., und Schelling, H. R. (2013). *Demenzbarometer 2012. Wissen, Einstellungen und Erfahrungen in der Schweiz.* Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich.

⁴² All-Party Parliamentary Group on Dementia. (2011). *The £20 billion question, -An inquiry into proving lives trough cost-effective dementia services.* Alzheimer's Society.

Angebot für Personen mit Demenzerkrankungen auszuarbeiten. Dabei sollen folgende Ziele verfolgt werden:

1. Information;
2. Leitung von Selbsthilfegruppen – Beratung und Unterstützung für Angehörige und Familien;
3. Organisation von Alzheimer Ferien;
4. Suche und Ausbildung von Freiwilligen;
5. Evaluierung des Angebots.

Das Gesundheitsdepartement hat am 26. Juni 2013 eine Kommission beauftragt, eine kantonale Demenzstrategie auszuarbeiten. Diese sollte die Empfehlungen vom September 2011 umsetzen und gleichzeitig die Einhaltung der schweizerischen Demenzstrategie gewährleisten.

Folgende Projekte werden näher analysiert:

- Vernetzung sämtlicher Ansprechpartner (ALZ-VS, Pro Senectute Wallis, Rotes Kreuz Wallis und SMZ), gemeinsam mit den Memory-Kliniken in den Spitälern;
- Klärung der Modalitäten der Zusammenarbeit und Vernetzung der Ansprechpartner in drei kantonalen Kompetenzzentren (Oberwallis, Mittelwallis, Chablais);
- Festlegung der Modalitäten für die Schaffung eines mobilen Demenzteams;
- Einbindung der Alters- und Pflegeheime und der geriatrischen Kompetenzzentren in die Memory-Kliniken.

Auch die Präventionsmassnahmen (körperliche Bewegung, Hirntraining, Ernährung, Freizeitaktivitäten) gelten als Teil der Information, die an die Bevölkerung weitergeleitet werden soll – insbesondere im Rahmen des Programms zur Gesundheitsförderung von Seniorinnen und Senioren (60+).

5.2.3 Anpassung der Betreuung im Alters- und Pflegeheim

2009 ist die Walliser Vereinigung der Alters- und Pflegeheime (AVALEMS)⁴³ der Frage nach dem Umgang mit Demenz in Alters- und Pflegeheimen nachgegangen. Eine Kommission aus Direktoren und Pflegeleitungen aus Walliser Alters- und Pflegeheimen hat eine Untersuchung durchgeführt, die unter anderem auf einem Fragebogen basierte, der an alle Walliser Alters- und Pflegeheime versandt wurde. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

- 48.7% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sind von Demenz betroffen, dies sind 1'052 Personen – wobei grosse Unterschiede bestehen zwischen den Regionen (43.3% Oberwallis, 45.8% Mittelwallis und 61.2% Unterwallis) und zwischen den Alters- und Pflegeheimen (von 24.6% bis 81.6%). Diese Unterschiede lassen sich dadurch erklären, dass keine einheitlichen Kriterien zur Definition einer Demenzerkrankung bestehen. Eine im Jahr 2012 durchgeführte Studie in 386 Alters- und Pflegeheimen in 15 Kantonen kam zum Schluss, dass bei 64.5% der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner eine Demenzerkrankung diagnostiziert oder vermutet wurde⁴⁴.
- Die Mehrheit der Walliser Alters- und Pflegeheime zeichnen sich durch eine gemischte Betreuung aus: die Bewohnerinnen und Bewohner werden unabhängig davon, ob sie an Demenz erkrankt sind oder nicht, in den gleichen Abteilungen betreut und gepflegt. Nur einige Heime haben eine Abteilung oder ein Stockwerk für demenzkranke Personen reserviert. Die von der Kommission durchgeführte Literaturstudie, lässt kein Urteil darüber zu, ob nun die eine oder die andere Betreuungsform besser ist. Jede Betreuungsform hat ihre Vor- und Nachteile. Gemischte Abteilungen haben den Vorteil, dass kein Gefühl des Ausschlusses entsteht. Sie haben eine positive Wirkung auf die demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner und der Arbeitsaufwand wird besser aufgeteilt. Eine spezialisierte Struktur hat den Vorteil, dass sie baulich angepasst und gesichert ist. Spezialisierte Fachleute bieten hier Unterstützung und es wohnen Personen zusammen, die die gleichen Symptome aufweisen.

⁴³ Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (2009.) *Psychogeriatric in Institutionen der Langzeitpflege*. Bericht der Arbeitskommission.

⁴⁴ Bartelt, G. (2012). *Auswertung von RAI-Daten (Resident Assessment Instrument) im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*. Technischer Bericht, Q-Sys AG.

- Die Kommission empfiehlt, Weiterbildungen für das Heimpersonal auszubauen, das mit den Heimbewohnerinnen und -bewohnern in Kontakt ist. Dies soll mit Unterstützung des Psychiatriezentrums Oberwallis und den *Institutions psychiatriques du Valais Romand (IPVR)* geschehen. Das Personal soll ausserdem auf die Unterstützung von Fachleuten zählen können.
- Die Kommission hebt hervor, dass zusätzliche finanzielle Mittel für Umbauten, für die erforderlichen Sicherheitssysteme, für die Ausbildung des Personals und für eine Aufstockung der Arbeitskräfte gefunden werden müssen.
- Das Instrument, das im Wallis benutzt wird, um den Pflegebedarf zu messen (Bedarfsklärungs- und Abrechnungs-System BESA), unterschätzt den Aufwand für die Betreuung von Personen mit einer Demenzerkrankung sowie für die Betreuung bei psychischen Problemen.

Empfehlung Nr. 5

Spezialisierte Betreuung von Pflegeheimbewohner/-innen begünstigen, die an einer Demenzerkrankung leiden

Auf der Grundlage der bisherigen Arbeiten und Erfahrungen sollte untersucht werden, ob spezialisierte Abteilungen geschaffen werden sollen – und gegebenenfalls sollten der Personalbedarf, eine passende Finanzierung und Eintrittskriterien für entsprechende Abteilungen untersucht werden. Dazu gehören auch Überlegungen zur Ausbildung der Mitarbeitenden und zu baulichen Anpassungen.

5.2.4 Bauliche Aspekte und Betreuungsmodelle

Demenzpatientinnen und Demenzpatienten sind in besonderem Masse auf ein gutes Umfeld angewiesen, da es ihnen aufgrund des krankheitsbedingten Verlusts von kognitiven Kompetenzen schwerfällt, ihre Umwelt zu erfassen. Deshalb muss der Wohn- und Lebensbereich in den Privatwohnungen⁴⁵ und Heimen möglichst einladend, einfach und verständlich eingerichtet werden. Möblierung und Lichtverhältnisse müssen so gestaltet werden, dass die Orientierung erleichtert wird. Werden die besonderen Bedürfnisse dieser Bewohnerinnen und Bewohner bei der Einrichtung berücksichtigt, haben diese den Eindruck, den Alltag besser zu meistern und fühlen sich sicherer und ruhiger.

Es ist schwierig, Vorgaben zu finden, die in allen Fälle gelten – aber es lohnt sich, gewisse bauliche Aspekte für die Einrichtung der Wohnbereiche von demenzkranken Personen zu berücksichtigen. Gemäss Expertenmeinungen werden künftige Heimbewohnerinnen und -bewohner folgende Charakteristika aufweisen:

- die Bewohner/innen stammen aus einer ehe- und familienorientierten Generation
- es werden wesentlich mehr Frauen als Männer in stationären Einrichtungen betreut
- der Anteil der Alleinstehenden (verwitwete, ledige, geschiedene Personen) überwiegt deutlich
- Personen mit fachlich qualifizierter Ausbildung leben weniger oft in Alters- und Pflegeheimen als Ungelernte
- der Anteil an Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen ist vergleichsweise hoch
- der Anteil der über 90-jährigen überwiegt, das Durchschnittsalter zeigt steigende Tendenz
- die Bewohner/innen sind zu einem hohen Anteil gebrechlich, multimorbid, chronisch krank und kognitiv beeinträchtigt

Die Stadt und der Kanton Bern haben Ratschläge und Empfehlungen für Bau- und Umbauvorhaben von Pflegeheimen⁴⁶ sowie zwei Broschüren mit einfachen Ideen und Ratschlägen für die Heime und die zuständigen Architekten veröffentlicht. Die Broschüren basieren einerseits auf den Empfehlungen für die Beherbergung von demenzkranken Personen im Kanton Bern und andererseits auf

⁴⁵ Bohn, F., und Perle, I. (2011). *Die Wohnung anpassen. Nützliche Hinweise*. Dossier für die Schweizerische Alzheimervereinigung.

⁴⁶ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2013). *Bau- und Umbauvorhaben in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Bern: Vorgaben und Empfehlungen für Planung und Ausführung. Richtprogramm*.

Erfahrungswerten aus Heimen, die bereits einen Innen- oder Aussenbereich für Demenzpatienten eingerichtet haben. Sie berücksichtigen ebenfalls die Ratschläge des Bauamts der Stadt Bern.

Félix Bohn, Architekt und Spezialist für Altersfragen, hat 2010 für Zürich⁴⁷ und 2012 für Bern⁴⁸ (CURAVIVA) zwei massgebende, kostenlose Broschüren für Bauprojekte veröffentlicht. Diese müssen von den verantwortlichen Organisationen und von den Leitungen der Alters- und Pflegeheime berücksichtigt werden.

Auch verschiedene Modelle für eine integrierte Betreuung verdienen es, hier erwähnt zu werden:

- Sonnweid in Wetzikon (Tages- und Nachtstruktur, Kurzaufenthalte, nicht ärztliche Beratungen);
- Alzheimerdorf im Oberaargau in der Gemeinde Wiedlisbach⁴⁹ im Kanton Bern (kleine Häuser mit jeweils rund 10 Alzheimerpatienten), das von der Siedlung „Hogeweyk“ in Amsterdam⁵⁰ inspiriert ist.
- Snoezelen⁵¹ (multifunktionales Konzept, durch das Sinnesempfindungen ausgelöst werden, die in verschiedenen Wahrnehmungsbereichen wirken (sehen, hören, riechen usw.) und eine entspannende oder auch aktivierende Wirkung haben und Erinnerungen wecken);
- Cantous (*Centres d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles*)⁵² (kleine Einheiten von rund 10 Personen, die zeitweise oder ständig einen pflegebedürftigen Angehörigen betreuen, der Alzheimer-Symptome oder einer anderen Demenzform aufweist).

Mehrere Länder haben rund um das Thema Demenzerkrankungen (Dänemark, Frankreich, England, Schottland) nationale Strategien ausgearbeitet. Für die Betreuung von Demenzpatienten gibt es besondere institutionelle Angebote. In Belgien sind beispielsweise Kompetenzzentren für die Betreuung geschaffen worden (Information und Pflege). Frankreich hat sogenannte *maisons pour l'autonomie et l'intégration des patients atteints d'Alzheimer* (MAIA) geschaffen. Sie dienen als einheitliche Ansprechstelle für die Patienten und ihre Familien betreffend die Information und die Koordination der Pflege. Für die Betreuung von Demenzpatienten braucht es vor allem eine ruhige und sichere Umgebung, die die Selbstständigkeit und die gesellschaftliche Integration begünstigt.

Die verschiedenen Einrichtungen in Europa weisen Gemeinsamkeiten auf. Sie erlauben es den Patienten, in einer Gemeinschaft zu leben, in einem vertrauten Umfeld, das ihnen Sicherheit gibt.

Empfehlung Nr. 6

Angebot unter Berücksichtigung von baulichen Aspekten und demenzspezifischen Betreuungsmodellen ausbauen

Die verschiedenen Angebote im Langzeitpflegebereich müssen weiter ausgebaut werden – unter Berücksichtigung von baulichen Aspekten und betreuungsbezogenen Modellen, die spezifisch an die Bedürfnisse von Demenzpatienten angepasst werden. Der wissenschaftliche Kenntnisstand entwickelt sich weiter und muss regelmässig aktualisiert werden. Die oben erwähnten Beispiele dienen als Illustration. Sie dienen als Inspirationsquelle, wobei die lokalen Gegebenheiten im Kanton Wallis berücksichtigt werden müssen.

⁴⁷ Bohn, F. (2010). *Altersgerechte Wohnbauten: Planungsrichtlinien*. Schweizerische Fachstelle für Behindertengerechtes Bauen.

⁴⁸ Bohn, F. (2012). *Von der Vision zum Projekt: Neubau, Erweiterung oder Sanierung eines Alters- und Pflegeheimes*. CURAVIVA.

⁴⁹ Lecomte, C. (2013, 6 mars). *Le «village Alzheimer» s'importe en Suisse*. Journal le temps. Repéré à http://www.letemps.ch/Page/Uuid/332b5a6c-85b2-11e2-9e8d-954ea575c5a9/Le_village_Alzheimer_s'importe_en_Suisse

⁵⁰ <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/>

⁵¹ Verheul, A. (2011). *Le développement de Snoezelen*. International Snoezelen Association.

⁵² Agevillage (2013). *Les Cantous ou Unités spécialisés Alzheimer*. Association des Cantous 69.

5.3 Alters- und Pflegeheime

5.3.1 Grösse

Eine Studie von Crivelli et. al.⁵³, die 2011 im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) durchgeführt wurde, kam zum Schluss, dass die optimale Grösse eines Alters- und Pflegeheims aus wirtschaftlichen Gründen bei rund 70 bis 80 Betten liegt. Später wurde im Rahmen einer Aktualisierung der Studie⁵⁴⁻⁵⁵ und in weiteren Untersuchungen⁵⁶ festgehalten, dass die optimale Grösse zwischen 80 und 120 Betten liegt, je nach Grad des Pflegebedarfs der betreuten Bewohnerinnen und Bewohnern.

Damit die Erwartungen der älteren Bevölkerung, die in der Nähe der gewohnten Umgebung wohnen möchte, erfüllt werden können – und ohne dabei wirtschaftliche Aspekte ausser Acht zu lassen – hat die Langzeitpflegeplanung 2010-2015 vorgesehen, dezentralisierte Alters- und Pflegeheime zu schaffen. Diese Einheiten bestehen aus 18 bis 22 Betten und sind einem Alters- und Pflegeheim angegliedert, das die Leitung und die Administration übernimmt (Verwaltung, Personal, Logistik usw.). Auf diese Weise entsteht ein Unternehmen mit mehreren Standorten. Die Planung 2010-2015 hat ausserdem allgemein empfohlen, dass sich kleine Alters- und Pflegeheime grösseren Einrichtungen anschliessen und so Heime mit mehreren Standorten entstehen, was Kosten sparen würde.

Einige Alters- und Pflegeheime haben sich schon vorher zusammengeschlossen, beispielsweise die Fondation la Résidence (Visp, Unterems, Sitten), St. Josef (Susten und Leuk) und Beaulieu (Siders, Chalais und Projekt Venthône). Andere wurden durch einen neuen Standort ergänzt. Dies war der Fall bei der Stiftung St. Jacques (St. Maurice und Vernayaz) und der Stiftung la Providence (Montagnier und Orsières). 2012 wurde die Aktiengesellschaft Les Fleurs du Temps als gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Organisation gegründet. Sie hat den Betrieb der Alters- und Pflegeheime von Fully (55 Betten) und Saillon (19 Betten) übernommen. 2015 wird sie zwei neue Standorte eröffnen, einen in Charrat (24 Betten) und einen in Leytron (32 Betten).

Gemäss den Empfehlungen der Planung 2010-2015 wurden die Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung in Mörel, Visperterminen und Leukerbad in dezentralisierte APH-Einheiten umgewandelt und dem Seniorenzentrum Naters, dem Alters- und Pflegeheim St. Nikolaus beziehungsweise dem Josefsheim angegliedert.

Empfehlung Nr. 7

Auf eine optimale Grösse der Alters- und Pflegeheime achten

Der Prozess des Zusammenschlusses von Alters- und Pflegeheimen muss weitergeführt werden. Die Schaffung von kleinen Einheiten mit weniger als 60 Betten sollte in Zukunft nur noch in Gebieten möglich sein, die weit entfernt von einem bestehenden Alters- und Pflegeheim liegen. Trotz den Synergien, die bei einer Angliederung an ein anderes Alters- und Pflegeheim entstehen, können kleine Einheiten nicht die gleiche Wirtschaftlichkeit erreichen wie eine Einrichtung mit 70 bis 80 Betten. Zudem muss sich ein konkreter Bedarf abzeichnen, insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Tendenz eher dahin geht, dass ältere Personen einen Platz in der Talebene bevorzugen, da dieser näher am Arbeits- und Wohnort der Angehörigen liegt.

5.3.2 Künftige Bauten

Die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung zeigen, dass die Alterung der Bevölkerung im Wallis weitergeht. Die Anzahl über 80-jähriger Personen wird sich bis 2035 verdoppeln, von 16'355 im Jahr

⁵³ Crivelli, L., Filippini, M., et Lunati, D. (2001). *Efficienza nel settore delle case per anziani svizzere*. SECO, Strukturberichterstattung, (6).

⁵⁴ Farsi, M., Filippini, M., et Lunati, D. (2008). *Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's Nursing homes*. Swiss Journal of Economics and Statistics.

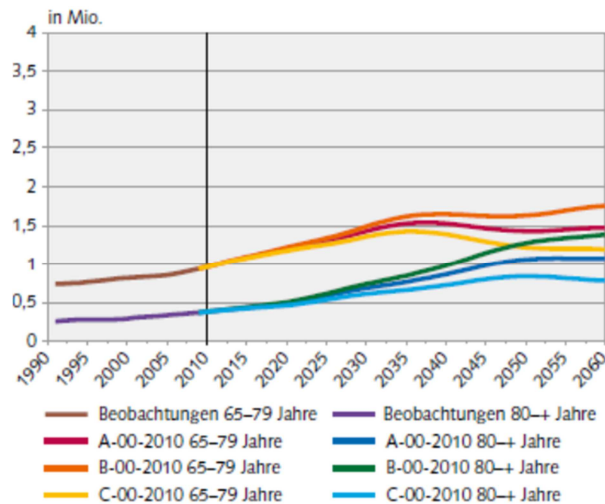
⁵⁵ Di Giorgio, L., Filippini, M., et Masiero, G. (2012). *The impact of the institutional form on the cost efficiency of nursing homes*. USI Università della Svizzera italiana.

⁵⁶ Farsi, M., et Filippini, M. (2004). *An Empirical Analysis of Cost Efficiency in Non-profit and Public Nursing Homes*. Annals of Public and Cooperative Economics.

2015 auf 34'543 im Jahr 2035. Die Prognosen, die auf kantonalen Ebene erstellt wurden, gehen nicht über diesen Zeitpunkt hinaus.

Wie folgende Grafik zeigt, stabilisiert sich die Zahl der Personen über 80 Jahre bis ins Jahr 2050 gemäss den Prognosen des Bundesamts für Statistik (BFS)⁵⁷.

Abbildung 19: Entwicklung der Anzahl Personen zwischen 65-79 Jahre und der Anzahl Personen über 80 Jahre gemäss den drei Grundscenarien zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesamts für Statistik



Quelle: BFS/SZENARIEN © BFS

Empfehlung Nr. 8 **Modulare Bauweise fördern**

Die zukünftigen Bauten sollten berücksichtigen, dass sich die Anzahl Personen, die 80-jährig und älter sind, stabilisieren wird. Die Gebäude sollten so geplant werden, dass sie ohne grossen Aufwand als Wohnungen oder ähnliches umgenutzt werden können.

5.3.3 RIchtraumprogramm

Das RIchtraumprogramm für Alters- und Pflegeheime wurde vom Gesundheitsdepartement im Jahr 2005 herausgegeben. Dabei wurde nicht verlangt, dass Heime, die vorher gebaut wurden, an diese angepasst werden. Dahingegen hat ein Grossteil der Alters- und Pflegeheime ihre Wohnfläche bei Renovierungs- oder Umbauarbeiten angepasst. Häufig werden Zweibettzimmer in Einzelzimmer umgewandelt, damit die im RIchtraumprogramm enthaltenen Mindestwohnflächen eingehalten werden können.

Für das Wohlbefinden der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner – und aus Gründen der Gleichbehandlung – müssen diese Anpassungen weitergeführt werden.

5.3.4 Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und bauliche Anpassungen im eigenen Zuhause

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

Das Angebot an Wohnung mit sozialmedizinischer Betreuung muss weiter ausgebaut werden, insbesondere da es in Alters- und Pflegeheimen weniger Plätze für Personen geben wird, die keine oder nur wenig Pflege brauchen.

⁵⁷ Bundesamt für Statistik (2010). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060.

Es müsste auch abgeklärt werden, ob zusätzliches zum Spitex-Personal weiteres Personal angestellt werden soll. Beispielsweise ein Hauswart, der auch vor Ort anwesend ist, um den Bewohnerinnen und Bewohnern zusätzlich Sicherheit zu vermitteln, eine Nachtwache, Animatoren oder ähnliches.

In der Schweiz und im Ausland sind verschiedene Wohnformen entstanden. Sie können der Inspiration dienen. Darunter unter anderem:

- Wohnüberbauungen⁵⁸ (selbstverwaltete individuelle Wohnungen mit privaten und gemeinschaftlichen Räumlichkeiten);
- „Känguru“-Wohnform⁵⁹ (betagte Person nimmt eine andere Person oder jemanden aus der Familie gegen eine kleine Miete bei sich auf);
- Mehrgenerationenmodell⁶⁰ (betagte Person nimmt einen Studenten gegen eine kleine Miete bei sich auf).

Es gilt anzumerken, dass Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung noch zu den Angeboten für die Versorgung zu Hause gehören. Wenn der Pflegebedarf ansteigt, muss ein Heimeintritt ins Auge gefasst werden. Gewisse Alterswohnungen mussten in ein Alters- und Pflegeheim umgewandelt werden, da der Grad der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner ständig zugenommen hat (siehe Kapitel 3.6). Solche Situationen müssen künftig vermieden werden.

In den letzten Jahren sind bei den regionalen Langzeitpflegekommissionen mehrere Projekte für die Kombination von Pflegeheimbetten und Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung eingegangen. Einige Alters- und Pflegeheime bieten schon beide Wohnformen an. Dabei ist es wichtig, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner der sozialmedizinisch betreuten Wohnungen der Tatsache bewusst sind, dass sie nicht die gleiche Betreuung beanspruchen können wie die Pflegeheimbewohner. Zudem muss die Pflege und Hilfe zu Hause von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Spitex-Organisation erfolgen und nicht vom Personal des Alters- und Pflegeheims. Es sind trotzdem gewisse Synergien möglich, insbesondere im Bereich der Mahlzeiten und der Animation.

Die verschiedenen zur Verfügung stehenden Angebote müssen besser bekannt gemacht werden. Die verschiedenen Wohnmöglichkeiten sind beim Zielpublikum noch zu wenig bekannt. Die Spitex-Organisationen sind am besten in der Lage, mögliche interessierte Personen zu informieren.

Altersgerechtes Wohnen

Die altersgerechte Einrichtung der Wohnung⁶¹ wird häufig nötig, damit die betroffene Person weiterhin in den eigenen vier Wänden wohnen kann. Für viele Personen ist im Alter ein Sturz der entscheidende Auslöser für die Verschlechterung des Gesundheitszustands und den definitiven Übertritt in ein Pflegeheim. Solche Unfälle können einen grossen Einfluss auf die Psyche haben und das Selbstständigkeitsgefühl stark vermindern. Stürze ziehen oftmals einen Spitalaufenthalt nach sich und in nicht wenigen Fällen einen Heimeintritt.⁶²

Ungünstig eingerichtete Wohnungen sind der häufigste Grund für Stürze im Alter. Um dieses Risiko zu senken und die Sicherheit und das Wohlbefinden der Seniorinnen und Senioren in der eigenen Wohnung zu verbessern, müssen diese Gefahrenquellen entfernt werden. Manchmal reichen einfache Massnahmen aus, beispielsweise hellere und indirekte Beleuchtung, ein Pflegebett oder der Einbau von Haltegriffen und rutschfesten Böden in Duschen und Badewannen. Während des gesamten Prozesses der Anpassungen muss die ältere Person beraten und begleitet werden. Die sozialmedizinischen Zentren bieten einen entsprechenden ergotherapeutischen Service an, der die Wohnung und die Umgebung einer Person, die an Selbstständigkeit verliert, begutachtet und anpasst

⁵⁸ Gaiffe, B. (2010). *L'Habitat Groupé de Personnes Âgées : Les ressources et le rôle de la réciprocité*. Université Catholique de Louvain, Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale.

⁵⁹ Charlot, V., et Guffens, C. (2006). *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*. Presses universitaires de Namur.

⁶⁰ Brichaux, F. (2010). *Quels lieux de vie pour nos aînés ? Le maintien à domicile des aînés*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation.

⁶¹ Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Groupe de Boeck. 355-364.

⁶² Kaeser, M., et al. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09*. Bundesamt für Statistik.

und schlussendlich Behandlungen für die Bewahrung oder Wiederherstellung der Selbstständigkeit vorschlägt.

Auch technische Neuerungen können helfen, eine Wohnung altersgerecht zu gestalten. In den letzten Jahren konnten technische Geräte das Angebot für die Pflege und Hilfe zu Hause ergänzen. Die Anwendung von neuen Technologien im Alter und insbesondere für Personen, die ihre Selbstständigkeit verlieren, hat eine neue Disziplin hervorgebracht, die „Gerontechnologie“^{63,64}. Diese untersucht die Beziehung zwischen der Gerontologie (Altersforschung) und den Technologien, die die Selbstständigkeit fördern. Sie umfasst verschiedene technische Systeme⁶⁵ und Unterstützungslösungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens^{66,67} (beispielsweise Gebäudetechnik, Hausnotruf, Telemedizin, Sturzmelder, soziale Roboter usw.).

Empfehlung Nr. 9

Kantonales Konzept für Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und für die Förderung von baulichen Anpassungen erstellen

Die Diversität der Betreuungsformen, unterschiedliche Ansätze in den einzelnen Regionen und die aktuelle Entwicklung des Bedarfs sprechen dafür, ein kantonales Konzept für Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung auszuarbeiten. Dieses muss – unter Federführung des Gesundheitsdepartements, das für die Herausgabe von Richtlinien zuständig ist, und in Anwendung des Langzeitpflegegesetzes – zusammen mit den betroffenen Partnern erstellt werden. Das Konzept soll auch die Förderung von baulichen Anpassungen in Privatwohnungen berücksichtigen.

5.4 Pflegende Angehörige und Freiwillige

Ob man im Alter daheim wohnen kann, hängt stark davon ab, wie viel Unterstützung und Hilfe aus dem Umfeld vorhanden ist. Diese informelle Hilfe bildet zu Beginn der Pflegebedürftigkeit oft die erste Form der Betreuung. Auf diese Weise kann der Rückgriff auf formelle Strukturen (Alters- und Pflegeheim, Spitex usw.) verzögert werden, was beträchtliche Einsparungen für das Gesundheitssystem erlaubt. Ohne diese Unterstützung wäre das Gesundheitswesen längerfristig nicht finanzierbar.

5.4.1 Aktuelle Lage

Als pflegende Angehörige gelten Personen, die regelmässig Hilfe oder Dienste für eine pflegebedürftige Person leisten, ohne dies beruflich auszuüben⁶⁸. In der Schweiz gibt es nur wenige Untersuchungen über die Besonderheiten dieser Rolle, über die Faktoren, die dazu führen einen Angehörigen zu pflegen, oder über die Lebensbedingungen von pflegenden Angehörigen.

Gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) aus dem Jahr 2012 pflegen und betreuen 6% der befragten Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren regelmässig eine Angehörige bzw. einen Angehörigen (kranke, behinderte, ältere Verwandte oder Bekannte ab 15 Jahren). Hochgerechnet auf die gesamte Bevölkerung im Erwerbsalter sind dies rund 330 000 Personen.⁶⁹

⁶³ Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

⁶⁴ Pouplin, S., und Biard, N. (2009). *Les Gérontechnologies*. Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques, 345-354.

⁶⁵ Piou, O., und Bucher, K. (2012). *Les technologies d'aide à l'autonomie pour les personnes en perte d'autonomie*. CLEIRPPA.

⁶⁶ Rigaud, A. S., et al. (2011). *L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies*. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 9(1), 91-100.

⁶⁷ Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

⁶⁸ Canton de Genève, Département de l'économie et de la santé (2007). *Livre blanc: Proches aidant-e-s de personnes âgées: quelle reconnaissance?* Synthèse des travaux effectués lors du symposium du lundi 23 avril 2007 à l'Auditoire de la Fondation Louis-Jeantet.

⁶⁹ Schweizerische Eidgenossenschaft (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige – Situationsanalyse und Handlungsbedarf in der Schweiz*. Bericht des Bundesrates.

Die Erhöhung der Lebenserwartung bei den Männern könnte dazu führen, dass diese mehr informelle Hilfe leisten können. Der Anteil, den die weibliche Bevölkerung leistet, könnte hingegen aus folgenden Gründen zurückgehen:

- Weniger Kinder pro Familie;
- Mehr Scheidungen;
- Grössere Entfernung zwischen Wohnort der Kinder und der Eltern;
- Frauen sind vermehrt erwerbstätig.

5.4.2 Unterstützungsmassnahmen

Die Entwicklung des Familienmodells zeigt auf, wie wichtig es ist, Lösungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und der Pflege eines Angehörigen im Alter zu finden. Bis heute wurde den pflegenden Angehörigen nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet, ihre Arbeit wurde nur wenig anerkannt und auch Unterstützungsmassnahmen waren rar.

Im Kanton Wallis unterstützen die sozialmedizinischen Zentren die pflegenden Angehörigen. Diese Aufgabe gehört zur ihrem Leistungsauftrag. Weitere Organisationen bieten in ihrem Tätigkeitsgebiet ebenfalls Hilfe für Angehörige. Die SMZ und weiteren Organisationen bieten verschiedene Dienste für die Unterstützung zu Hause an. Es handelt sich dabei um freiwillige Personen, die bei Transporten, Mahlzeitenlieferungen und Animation helfen und Gesellschaft leisten können. Diese unentgeltliche Unterstützungsform basiert auf Gegenseitigkeit, Solidarität und Austausch.

Bezüglich der finanziellen Unterstützung wird pflegenden Angehörigen ein Steuerabzug gewährt. Weitere Massnahmen müssen geschaffen werden, damit diese Art der Unterstützung durch pflegende Angehörige weiterhin gewährleistet werden kann. Der Bundesrat hat deshalb am 5. Dezember 2014 den nachfolgend dargestellten «Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung betreuender und pflegender Angehöriger» mit vier Handlungsfeldern verabschiedet (im Anhang). Die Ausrichtung von Betreuungszulagen ist nicht Gegenstand dieses Aktionsplans, da diese Massnahmen in den Zuständigkeitsbereich der Kantone und Gemeinden fällt. Der Bund kann jedoch im Rahmen seiner Möglichkeiten interessierte Kantone und Gemeinden bei der Ausgestaltung einer klaren rechtlichen Regelung unterstützen.

Es existieren verschiedene Anreizmodelle, um die Pflege durch Angehörige zu fördern. Die drei folgenden Beispiele sollen der Anschauung dienen:

- **Das „Zeitgutschriften-System“** besteht darin, eine Zeittauschbörse für Unterstützungsleistungen, Begleitung und/oder Pflege⁷⁰ zu schaffen. Dies bedeutet, dass rüstige Rentner freiwillig betagten pflegebedürftigen Personen Hilfe im Alltag anbieten (Einkäufe, Kochen, Spaziergänge usw.). Im Gegenzug erhalten sie Zeitgutschriften, die sie später gegen ähnliche Leistungen eintauschen können. Die Ergebnisse einer zu diesem Thema durchgeführten Studie⁷¹ empfehlen die Einführung eines gemischten Systems, bei dem für die Leistungen entweder Zeitgutschriften und/oder ein Entgelt geboten werden (Einführung unter anderem in Deutschland und Japan).

In der Schweiz hat die Stadt St. Gallen kürzlich ein Programm zur „Zeitvorsorge“ eingeführt. Weitere Städte in den Kantonen Luzern und Obwalden haben das Modell „KISS“ (keep it small and simple) entwickelt, das ebenfalls mit Zeitguthaben funktioniert.

- Das Konzept **Familienmithilfe** bietet eine Versorgung an, bei der sich die Angehörigen eines Heimbewohners, wenn sie dies wünschen, an den Haushaltsarbeiten und den täglichen Besorgungen beteiligen können – nicht aber an der medizinischen Pflege. Entlohnt werden diese Leistungen durch eine Preisreduktion in der Form eines Guthabens auf der Rechnung⁷².

⁷⁰ Wenger, S. (2012). *Zeit statt Geld sparen für die Altersvorsorge: Rüstige Rentner unterstützen Betagte*, um später selber betreut zu werden, CURAVIVA, (3), 18-20.

⁷¹ Oesch, T., Künzi, K. (2008). *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen - Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.

⁷² Nicole, A. M. (2012). *Im Pflegeheim Le Pacific dürfen die Angehörigen mitarbeiten: Der Vertrauensvertrag*. CURAVIVA, (12), 14-16.

In der Schweiz wurde dieses Konzept in der Residenz „Le Pacific“⁷³ im Kanton Waadt umgesetzt.

- **Das Prinzip „pflegende Angehörige als Mitarbeitende“** besteht darin, dass das Kind einer betagten Person (oder jemand aus ihrer Familie) während einem halben Tag (oder mehr) pro Woche bei der Betreuung aller Pflegeheimbewohner mithilft. Dieses Konzept wurde in einigen europäischen Ländern umgesetzt.

Empfehlung Nr. 10

Unterstützung für pflegende Angehörige und Freiwillige ausbauen

Um passende Massnahmen für den Ausbau der Unterstützung von pflegenden Angehörigen und Freiwilligen im Kanton Wallis vorschlagen zu können, sind breit angelegte Abklärungen und Reflexionen nötig. Diese müssen in Zusammenarbeit mit den verschiedenen betroffenen Akteuren geschehen.

⁷³ http://www.boas.ch/pages/eta_privée_etoy.asp?mnActiv=

6 Schlussfolgerung

Der in die Vernehmlassung gegebene Entwurf für die Planung der Langzeitpflege 2016-2020 zielt darauf ab, den Bedürfnissen und Erwartungen älterer pflegebedürftiger Menschen bestmöglich gerecht zu werden. Dabei soll jene Politik weitergeführt werden, die das Wohnen im Alter zu Hause begünstigt und die im Kanton Wallis schon seit einigen Jahren verfolgt wird.

Von den Leistungserbringer im Spitexbereich wird diesbezüglich ein besonderer Effort erwartet. Auch der Ausbau von Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen, von Tagesstrukturen und von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung muss weiter vorangetrieben werden. Diese Massnahmen sind unumgänglich, da der Entwurf nur einen moderaten Ausbau von Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen vorsieht.

Der Staatsrat wird den Planungsbeschluss für die Langzeitpflege 2016-2020 auf der Grundlage des Berichts zur Planung, den Vernehmlassungsergebnissen und der Vormeinung der Gesundheitsplanungskommission fassen. Das Gesundheitsdepartement wird anschliessend die Gemeinden und Leistungserbringer auffordern, die Planung im Rahmen des neuen Langzeitpflegegesetzes umzusetzen.

Das Gesundheitsdepartement wird ebenfalls die Arbeiten und Überlegungen im Zusammenhang mit den 10 Empfehlungen, die im Bericht ausgearbeitet werden, beginnen für den Vollzug der Langzeitpflegeplanung 2016-2020 in Zusammenarbeit mit den betroffenen Partnern.

Die Planung wird von einem Monitoring begleitet, um zu sehen ob sie bedarfsgerecht ist und die Qualitätskriterien und Wirtschaftlichkeitskriterien eingehalten werden. Es handelt sich auch darum zu überprüfen, ob die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung und die Hypothesen die für das Planungsmodell verwendet wurden sich konkretisieren, um gegebenenfalls eingreifen zu können.

Nach Ende des Zeitraums 2016-2020 wird eine neue Planung erstellt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungskette im Langzeitpflegebereich	10
Abbildung 2: Sozialmedizinische Zentren im Oberwallis: Standorte und Einsatzgebiete	11
Abbildung 3: Tages- oder Nachstrukturen.....	12
Abbildung 4: Alters- und Pflegeheime im Wallis.....	13
Abbildung 5: Anzahl Langzeitbetten in Pflegeheimen nach Kanton pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre, 2008 und 2013.....	14
Abbildung 6: Anzahl Stunden für die Pflege zu Hause pro Einwohner und Kanton – 2008 und 2013 .	16
Abbildung 7: Anzahl Stunden für die Hilfe zu Hause pro Einwohner und Kanton – 2008 und 2013	17
Abbildung 8: Anzahl Stunden für die Pflege zu Hause, die von den SMZ geleistet wurde, und Rate pro Einwohner – 2007 bis 2013.....	18
Abbildung 9: Anzahl Stunden für die Hilfe zu Hause, die von den SMZ geleistet wurde, und Rate pro Einwohner – 2007-2013	18
Abbildung 10: Anzahl Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre – 2008 und 2013.....	19
Abbildung 11: Schätzung Anzahl von Demenz betroffene Personen nach Altersklasse und Geschlecht, Wallis, 2011.	28
Abbildung 12: Prognose für die geschätzte Anzahl Personen mit einer Demenzerkrankung (gemäss 2 Bevölkerungsszenarien WGO), 2011-2025, Wallis.....	28
Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung, Prognose 2000-2035, nach Gesundheitsregion.....	31
Abbildung 14: Prognosen für den zukünftigen Pflegebedarf – 3 Szenarien zur zukünftigen Zahl pflegebedürftiger Menschen.....	34
Abbildung 15: Selbstständige Personen über 65 Jahre, die ein Langzeitpflegebett in einem Walliser Alters- und Pflegeheim in Anspruch nehmen, nach Gesundheitsregion, 2013, in %.....	36
Abbildung 16: Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen	40
Abbildung 17: Stunden Hilfe zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen	42
Abbildung 18 : Bedürfnisse von Demenzkranken und ihren Angehörigen im Krankheitsverlauf.....	54
Abbildung 19: Entwicklung der Anzahl Personen zwischen 65-79 Jahr und der Anzahl Personen über 80 Jahre gemäss den drei Grundszenarien zur Bevölkerungsentwicklung des Bundesamts für Statistik	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsregionen im Kanton Wallis.....	13
Tabelle 2: Anzahl Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen (Stand 30.06.2015).....	15
Tabelle 3: Anzahl Tage in Wartebetten im Spital und Anzahl belegte Betten (Anzahl Tage / 365 / 0.95) 2012, 2013 und 2014, nach Gesundheitsregion	15
Tabelle 4: Anzahl Kurzaufenthaltsbetten im Alters- und Pflegeheim, in Betrieb und geplant, von der Planung 2010-2015 vorgesehen (Stand 26.05.2015)	20
Tabelle 5: Anzahl Plätze in Tagesstrukturen, in Betrieb und geplant, von der Planung 2010-2015 vorgesehen (Stand 17.03.2015).....	20
Tabelle 6: Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, die von oder in Zusammenarbeit mit einem SMZ betrieben werden (Stand Juni 2015).....	21
Tabelle 7: Langzeitpflege, Gesamtkosten 2013 in Franken.....	22
Tabelle 8: Langzeitpflege, Gesamtkosten 2013 in Franken, pro Einwohner über 65 Jahre	22
Tabelle 9: Langzeitpflege, Finanzierung nach Zahlstellen 2013 in Franken.....	23
Tabelle 10: Langzeitpflege, Finanzierung nach Zahlstellen 2013 in Franken, Einwohner über 65 Jahre	23
Tabelle 11: Schweiz im Vergleich mit sechs weiteren Ländern	30
Tabelle 12: Ständige Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Gesundheitsregion, seit 2010.....	32
Tabelle 13: Ständige Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Gesundheitsregion, seit 2010, in %.	32
Tabelle 14: Wachstumsrate ständige Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Gesundheitsregion, seit 2010	33
Tabelle 15: Pflegequote für Alters- und Pflegeheime, pflegebedürftige Personen über 65 Jahre, Wallis, 2013.....	34
Tabelle 16: Unter 65-jährige Pflegeheimbewohner, Stand 31.12. (Langzeitaufenthalt), nach Gesundheitsregion, seit 2009.....	37
Tabelle 17: Auslastung Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen, nach Gesundheitsregion, 2009-2013.....	37
Tabelle 18: Anzahl Langzeitbetten im Alters- und Pflegeheim, Ergebnisse der Bedarfsermittlung für die Jahre 2020 und 2025, in absoluten Zahlen und pro 1'000 Einwohner über 80 Jahre	38
Tabelle 19: Langzeitbetten in Alters- und Pflegeheimen, Stand 2015 und angestrebtes Ziel 2020	39
Tabelle 20: Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020	40
Tabelle 21: Stunden Pflege zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen	40
Tabelle 22: Stunden Hilfe zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020	41
Tabelle 23: Stunden Hilfe zu Hause, Stand 2013 und angestrebtes Ziel 2020, nach Gesundheitsregionen	41

Tabelle 24: Anzahl Kurzaufenthaltsbetten in Alters- und Pflegeheimen, in Betrieb und geplant, in der Planung 2010-2015 anerkannt (Stand 26.05.2015)	43
Tabelle 25: Tagesstrukturen, neu zu schaffende Plätze	43
Tabelle 26: Anzahl Alters- und Pflegeheimbetten, die 2020 nicht mehr für selbstständige Personen zur Verfügung stehen	44
Tabelle 27: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – Pflegebeiträge und Betriebssubventionen der öffentlichen Hand, Schätzungen für das Jahr 2020	45
Tabelle 28: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – Pflegebeiträge und Betriebssubventionen der öffentlichen Hand, Schätzung für das Jahr 2020, nach Gesundheitsregionen	45
Tabelle 29: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – geschätzte Investitionssubventionen der öffentlichen Hand für den Zeitraum 2016-2020	45
Tabelle 30: Finanzielle Auswirkungen (in Franken) der Planung 2016-2020 – Investitionssubventionen der öffentlichen Hand, Schätzung für den Zeitraum 2016-2020, nach Gesundheitsregionen	46

Anhang

I. Ergebnisse der Bedarfsermittlung: Bedarf an Langzeitpflegebetten im Jahr 2025
(Bettenauslastung 100%)

		Szenarien		
		I Referenz <i>Pflegebedürftigkeit tritt später auf und dauert gleich lang</i>	II Pessimistisch <i>Pflegebedürftigkeit tritt früher auf und dauert länger</i>	III Optimistisch <i>Pflegebedürftigkeit tritt viel später auf und dauert weniger lang</i>
Oberwallis	Variante 1: BESA 3 bis 12 ohne Verlagerung auf weitere Angebote	898	1'018	874
	Variante 2: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf weitere Angebote um 5%	853	967	830
	<i>Variante 2.1: Variante 2, inklusive BESA 1 und 2</i>	934	1'059	908
	Variante 2.2: Variante 2 inklusive BESA 0 bis 2	941	1'068	915
	Variante 3: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf Alters- und Pflegeheime um 5%	943	1'069	917
Siders	Variante 1: BESA 3 bis 12 ohne Verlagerung auf weitere Angebote	615	693	599
	Variante 2: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf weitere Angebote um 5%	585	659	569
	<i>Variante 2.1: Variante 2, inklusive BESA 1 und 2</i>	640	722	623
	Variante 2.2: Variante 2 y compris BESA 0 à 2	645	728	628
	Variante 3: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf Alters- und Pflegeheime um 5%	646	728	629
Sitten/Hérens/Conthey	Variante 1: BESA 3 bis 12 ohne Verlagerung auf weitere Angebote	944	1'065	921
	Variante 2: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf weitere Angebote um 5%	897	1'011	875
	<i>Variante 2.1: Variante 2, inklusive BESA 1 und 2</i>	981	1'107	957
	Variante 2.2: Variante 2 inklusive BESA 0 bis 2	989	1'116	964
	Variante 3: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf Alters- und Pflegeheime um 5%	991	1'118	967
Martinach/Entremont	Variante 1: BESA 3 bis 12 ohne Verlagerung auf weitere Angebote	600	678	585
	Variante 2: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf weitere Angebote um 5%	570	644	555
	<i>Variante 2.1: Variante 2, inklusive BESA 1 und 2</i>	624	706	608
	Variante 2.2: Variante 2 inklusive BESA 0 bis 2	629	711	613
	Variante 3: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf Alters- und Pflegeheime um 5%	630	712	614
Monthey/St. Maurice	Variante 1: BESA 3 bis 12 ohne Verlagerung auf weitere Angebote	561	633	546
	Variante 2: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf weitere Angebote um 5%	533	601	519
	<i>Variante 2.1: Variante 2, inklusive BESA 1 und 2</i>	584	659	568
	Variante 2.2: Variante 2 inklusive BESA 0 bis 2	589	664	573
	Variante 3: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf Alters- und Pflegeheime um 5%	589	664	573
Wallis Total	Variante 1: BESA 3 bis 12 ohne Verlagerung auf weitere Angebote	3'619	4'086	3'524
	Variante 2: BESA 3 à 12 avec tr.Jahrefert de 5% sur les Weitere prestations	3'438	3'882	3'348
	<i>Variante 2.1: Variante 2, inklusive BESA 1 und 2</i>	3'762	4'253	3'663
	Variante 2.2: Variante 2 inklusive BESA 0 bis 2	3'793	4'288	3'693
	Variante 3: BESA 3 bis 12 mit Verlagerung auf Alters- und Pflegeheime um 5%	3'800	4'291	3'701

Quelle : Obsan 2015

II. Interventionskriterien SOMEKO

Entscheidungskriterien	Systematische Übernahme
1. Der Patient wird durch das SMZ betreut und letzteres hat die Situation als komplex eingestuft	▶ SOMEKO
2. Der weitere Verlauf des Patienten könnte die Rückkehr nach Hause sein mit Unterstützung des SMZ im Rahmen einer komplexen Situation.	▶ SOMEKO
3. Die Situation des Patienten ist komplex (Pathologie, weitreichende Veränderungen seiner Lebensgewohnheiten, komplexe familiäre Situation, schwieriges Umfeld, Alter, etc.) verlangt mindestens eine pluridisziplinäre Gesamtevaluation.	▶ SOMEKO
4. Das soziale Umfeld zu Hause ist in Betracht des Gesundheitszustands des Patienten unzureichend.	▶ SOMEKO
5. Die soziale Situation des Patienten (Finanzen, Lücken in Zahlungsleistungen, etc.) ist prekär	▶ SOMEKO
6. Die Verlegung des Patienten sieht eine Platzierung in eine Institution vor (Langzeitpflege oder Kurzzeitpflege)	▶ SOMEKO
7. Der Patient wird durch das SMZ betreut und letzteres hat ihn bei der letzten Abklärung als einfache Situation eingestuft (Familienhilfe, Hilfe beim Haushalt oder bei der Zubereitung von Mahlzeiten, einfacher Verbandswechsel, usw.).	▶ Liegt im Verantwortungsbereich der Bezugspflegefachfrau/-mann des Spitals. Die Koordinationspflegefachfrau verfolgt den Ablauf.
8. Andere Situation, z.B. Ehepartner zu Hause verlangt bzw. benötigt Auskünfte, etc.	▶ SOMEKO

III. Aktionsplan des Bundes zur Unterstützung und Entlastung betreuender und pflegender Angehörigen

Beschreibung der Massnahmen	Zuständigkeit
<i>Handlungsfeld 1: «Information und Daten»</i>	
<p>Massnahme 1A: Bereitstellen von allgemeinen Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellen von leicht zugänglichen und aktuellen Informationen zu den rechtlichen Bestimmungen mit Relevanz für betreuende und pflegende Angehörige (OR, ARG, ALV, AHV, IV, EL, KVG) sowie über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten. - Erarbeiten und Verbreiten von Checklisten für betreuende und pflegende Angehörige. - Erarbeiten und Verbreiten von Empfehlungen für erwerbstätige, betreuende und pflegende Angehörige und berufliche Wiedereinstiegsmöglichkeiten. 	Bund, Kantone, Gemeinden, private Organisationen
<p>Massnahme 1B: Bereitstellen von praktischen Informationen</p> <p>Eine nationale, leicht zugängliche Datenbank mit Beratungs- und Entlastungsangeboten auf Ebene der Kantone und Gemeinden aufbauen und regelmässig aktualisieren.</p>	Bund, Kantone, Gemeinden, private Organisationen
<p>Massnahme 1C: Sensibilisieren der Unternehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unternehmen sensibilisieren, vermehrt spezifische Massnahmen für Mitarbeitende, die kranke oder pflegebedürftige Angehörige betreuen oder pflegen, zu entwickeln (z.B. flexible Arbeitszeitmodelle, Regelungen für Bezug von Freitagen und unbezahltem Urlaub). - Der Austausch zwischen Unternehmen zu erprobten Lösungsansätze wird gefördert. 	Bund, Kantone, Gemeinden, Unternehmen
<p>Massnahme 1D: Verbessern der Datengrundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> - In bestehenden Datenerhebungen werden Angehörige, die in der Betreuung und Pflege engagiert sind, besser erfasst. - Es wird geprüft, ob ein Monitoring aufgebaut werden soll, das eine regelmässige Berichterstattung zur Situation betreuender und pflegender Angehörigen ermöglicht. 	Bund
<p>Massnahme 1E: Wissensbasierte Erkenntnisse erweitern</p> <p>Die betroffenen Bundesstellen unterstützen im Rahmen ihrer Möglichkeiten der Ressortforschung, die Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen über die Situation von betreuenden und pflegenden Angehörigen.</p>	Bund
<i>Handlungsfeld 2: «Entlastungsangebote – Qualität und Zugang»</i>	
<p>Massnahme 2A: Entwickeln von Qualitätsstandards für die Pflege zu Hause sowie für die Entlastungsangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfassungsinstrumente für die Pflege zu Hause vereinheitlichen und Bedürfnisse der Angehörigen besser erfassen. - Aufgaben, Rollen und Schnittstellen zwischen der professionellen Pflege und den betreuenden und pflegenden sind zu klären. - Anbieter dabei unterstützen, dass die Passgenauigkeit und Flexibilität von Entlastungsangeboten für betreuende und pflegende Angehörige sowie die Sicherheit der erkrankten Person gewährleistet sind. - Unabhängige Beratung von Angehörigen und pflegebedürftigen Personen zum Vorgehen bei der Einstellung von Hausangestellten für Betreuungsaufgaben (z. B. Informationen über Anstellungsbedingungen und Sozialversicherungsleistungen). 	Bund, Kantone, Gemeinden, private Organisationen

<p>Massnahme 2B: Zeitlich befristete Entlastungsangebote finanziell unterstützen Für kostenintensive Entlastungsangebote (z.B. Tageskliniken, Ferienbetten, etc.) sind für pflegebedürftige Personen mit tiefem Einkommen oder tiefer Altersrente finanzielle Entlastungsmöglichkeiten zu prüfen.</p>	Bund, Kantone, Gemeinden
<i>Handlungsfeld 3: «Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung und -pflege»</i>	
<p>Massnahme 3A: Bessere Rechtssicherheit bei kurzen Arbeitsabwesenheiten prüfen Es wird geprüft, wie die Dauer von kurzen Arbeitsabwesenheiten für betreuende und pflegende Angehörige von minderjährigen und erwachsenen kranken und pflegebedürftigen Personen zu definieren ist und wie eine Lohnfortzahlung für diese Abwesenheiten gesetzlich einheitlich zu regeln wäre.</p>	Bund
<p>Massnahme 3B: Ausweiten der Betreuungsgutschriften der AHV prüfen Es wird geprüft, inwieweit die Bezugsberechtigung einer Betreuungsgutschrift nach Artikel 29^{septies} AHVG auch auf nahestehende Personen wie Stiefeltern und Lebenspartnerinnen und -partner, etc. sowie auf einen Anspruch ab leichter Hilflosigkeit ausgeweitet werden kann.</p>	Bund
<i>Handlungsfeld 4: «Betreuungsurlaub oder alternative Unterstützungsmöglichkeiten»</i>	
<p>Massnahme 4A: Erlass einer rechtlichen Grundlage für einen Betreuungsurlaub - mit oder ohne Lohnfortzahlung- oder alternative Unterstützungsmöglichkeiten für längere pflegebedingte Abwesenheiten prüfen Zu prüfen sind Dauer, Modalitäten, Anspruchsrechte sowie Finanzierungsmodelle für einen Betreuungsurlaub bzw. für alternative Unterstützungsmöglichkeiten für betreuende und pflegende Angehörige</p>	Bund
<p>Massnahme 4B: Möglichkeiten zur Sicherstellung des Kündigungsschutzes während des Betreuungsurlaubs prüfen</p>	Bund

IV. Alters- und Pflegeheime und Tagesstrukturen: Anzahl betriebene und geplante Betten (Stand 30.06.2015)

Einrichtung	Ort	in Betrieb			geplant		
		Langzeit- aufenthalt	Kurzzeit- aufenthalt	Tages- strukturen	Langzeit- aufenthalt	Kurzzeit- aufenthalt	Tages- strukturen
St. Theodul	Fiesch	73					2
Seniorenzentrum (inkl. De Sepibus)	Naters (Mörel)	147	5			4	30
Englischgruss	Brig-Glis	115	6	2			
Santa Rita	Ried-Brig	55	3	3			
Martinsheim	Visp	95	7	7			
St. Paul	Visp	50		2			
St. Mauritius	Zermatt	62	3				
St. Nikolaus	St. Niklaus	51	2				
St. Antonius	Saas-Grund	47	3				3
Emserberg	Unterems	22		2			
St. Anna	Steg	54	1	7	1		
St. Barbara	Kippel	24	1			2	2
St. Josefheim (inkl. Alterswohnung Leukerbad)	Susten (Leukerbad)	70	5				
Ringacker	Leuk-Stadt	22	2				
Hengert	Visperterminen	16					2
Sunnuschii	Guttet	12	3	1			
St-Joseph	Siders	138					
Beaulieu	Siders	45		15			
Les Jasmins	Chalais	35	4				
Association Beaulieu	Venthône				34	4	10
Christ-Roi	Lens	80					
Le Carillon (partie Sierre)	St-Léonard	50			8		
Le Carillon (partie Sion)	St-Léonard	2					
St-Sylve	Vex	60					
Les Crêtes	Grimisuat	65		2		2	8
Le Glarier	Sitten	59	4	1	14		
St-François	Sitten	123					
St-Pierre	Sitten	88		2			
Gravelone	Sitten	72					
Le Temps Présent	Sitten			15			
Zambotte	Savièse	59		8			
Ma Vallée	Nendaz	39	1	2			
Haut-de-Cry	Vétroz	75			27	10	15
Pierre-Olivier	Chamoson	59		8			
EMS	St-Martin				20	2	
EMS Aproz	Aproz				72	3	15
Les Collombeyres (Les Fleurs du Temps AG)	Saillon	19					
Les Sources (Groupe BOAS)	Saxon	60	6				
Fleurs de Line GmbH	Saxon			15			
Jean-Paul	Riddes	45					
Soeur Louise Bron (Les Fleurs du Temps AG)	Fully	55	5	15			
L'Adonis (Les Fleurs du Temps SA)	Charrat	22	2				
Les Fleurs de Vigne (Les Fleurs du Temps AG)	Leytron				30	2	10
Castel Notre-Dame	Martinach	126					
Les Marronniers (Groupe BOAS)	Martinach	42					
Les Tourelles (Groupe BOAS)	Martinach	43	3				
Les Acacias	Martinach			12			
Chantouvert	Martinach			32			
La Providence	Montagnier	103	2	2			
La Providence	Orsières	33	5				
Foyer Ottanel	Vemayaz	56	4				
St-Jacques	St-Maurice	61	2	2			
Les Tilleuls	Monthey	130		3	15	7	
Les 3 Sapins	Troistorrents	48		5	14	2	
Résidence La Charmaie	Collombey	55	5				15
Riond-Vert	Vouvry	96		20		3	
Groupe BOAS	Bouveret				22	2	
Total		2'958	84	183	257	43	112

V. Mitglieder der Arbeitsgruppe

Der vorliegende Bericht wurde von einer Arbeitsgruppe mit Vertretern der Dienststelle für Gesundheitswesen, dem Walliser Gesundheitsobservatorium und der Dienststelle für Sozialwesen erarbeitet.

Dienststelle für Gesundheitswesen

Victor Fournier, Dienstchef

Dr. Christian Ambord, Kantonsarzt

Yves Martignoni, Sektionschef

Nathalie Moret-Ducret, Sektionschefin

Christine Stragiotti, Pflegefachfrau

Gaëtan Pannatier, wirtschaftlicher Mitarbeiter

Isabelle Gaucher-Mader, Praktikantin

Walliser Gesundheitsobservatorium

Luc Fornerod, Direktor

Dr. med. Arnaud Chiolero, Epidemiologe

Frédéric Favre, Verantwortlicher Gesundheitsindikatoren und Gesundheitserhebungen

Frédéric Clausen, wissenschaftlicher Mitarbeiter

Dienststelle für Sozialwesen

Jérôme Favez, Dienstchef

Bibliographie

- Agevillage (2013). *Les Cantous ou Unités spécialisés Alzheimer*. Association des Cantous 69.
- Akbaraly, T. N., et al. (2009). *Leisure activities and the risk of dementia in the elderly results from the Three-City Study*. *Neurology*, 73(11), 854-861.
- All-Party Parliamentary Group on Dementia. (2011). *The £20 billion question, -An inquiry into proving lives through cost-effective dementia services*. Alzheimer's Society.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, (4).
- Arpege, und AVDEMS (2014). *Questionnement sur les missions des EMS, spécificités de la population de la psychiatrie de l'âge avancé hébergée*.
- Babel, J., Gaillard, L., und Strübi, P. (2013). *Szenarien 2013 – 2022 für das Bildungssystem*. Bundesamt für Statistik.
- Barbey, V., Lambelet, C., Duc, N., Siggen, M., und Varesio, A. C. (2009). *Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel, Rapport final de synthèse*.
- Barnes, D. E., und Yaffe, K. (2011). *The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence*. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828.
- Barry, H., Douchet, A., Fourny, I., Lescieux, A., und Salingue, J. (2010). *Le logement intergénérationnel: évaluation de l'offre et de la demande potentielle, rôle des politiques publiques*. Dossier d'études. Université Catholique de Lille.
- Bartelt, G. (2012). *Auswertung von RAI-Daten (Resident Assessment Instrument) im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*. Technischer Bericht, Q-Sys AG.
- Bassetti, C. L., Calabrese, P., und Gutzwiller, F. (2011). *Demenz. Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Eine Schweizer Perspektive*.
- Bernard, N. (2008). *Le logement intergénérationnel: quand l'habitat (re)crée du lien social*. *La revue nouvelle*, 67-76.
- Bohn, F. (2010). *Altersgerechte Wohnbauten: Planungsrichtlinien*. Schweizerische Fachstelle für Behindertengerechtes Bauen.
- Bohn, F. (2012). *Von der Vision zum Projekt: Neubau, Erweiterung oder Sanierung eines Alters- und Pflegeheimes*. CURAVIVA.
- Bohn, F., und Perle, I. (2011). *Die Wohnung anpassen. Nützliche Hinweise*. Dossier für die Schweizerische Alzheimervereinigung.
- Bowman, C., Whistler, J., und Ellerby, M. (2004). *A national census of care home residents*. *Age Ageing*. 33(6), 561-566.
- Brichaux, F. (2010). *Quels lieux de vie pour nos aînés? Le maintien à domicile des aînés*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation.
- Bundesamt für Gesundheit (2007). *Die Strategie „eHealth“ Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit, 4.
- Bundesamt für Statistik (2010). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2010-2060*.
- Bundesamt für Statistik (2012). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*.

Bundesamt für Statistik (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Schlussbericht.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

Cavalli, S. (2008). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse: rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social?* Dissertation, Universität Genf.

Charlot, V., und Guffens, C. (2006). *Où vivre mieux? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*. Presses universitaires de Namur.

Crivelli, L., Filippini, M., und Lunati, D. (2001). *Efficienza nel settore delle case per anziani svizzere*. SECO, Strukturberichterstattung (6).

David, P. (2013). *Notes de la Journée « Logement des aînés » 25.11.2013*. AVIVO Vaud.

Di Giorgio, L., Filippini, M., und Masiero, G. (2012). *The impact of the institutional form on the cost efficiency of nursing homes*. USI Università della Svizzera italiana.

Dienststelle für Gesundheitswesen (2011). *Menschen mit Demenz. Eine Standortbestimmung im Wallis. Empfehlungen*.

Dienststelle für Gesundheitswesen (2014). *Bericht des Staatsrates an den Grossen Rat zur Gesundheitspolitik 2013*.

Dienststelle für Gesundheitswesen (2014). *Promotion de la santé des 60+, orientation stratégique pour le canton du Valais*.

Ecoplan (2010). *Kosten der Demenz in der Schweiz*. Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung.

Erickson, K. I., et al. (2011). *Exercise training increases size of hippocampus and improves memory*. Proceedings of the National Academy of Sciences.

Etgen, T., et al. (2010). *Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: the INVADE study*. Archives of Internal Medicine, 170(2), 186-193.

Fanovard, J. (2014). *Abbeyfield, A B quoi? Chronique d'un habitat groupé pour les aînés*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation.

Farsi, M., Filippini, M., und Lunati, D. (2008). *Economies of scale and efficiency measurement in Switzerland's Nursing homes*. Swiss Journal of Economics and Statistics.

Farsi, M., und Filippini, M. (2004). *An Empirical Analysis of Cost Efficiency in Non-profit and Public Nursing Homes*. Annals of Public and Cooperative Economics.

Franco, A. (2010). *Rapport de la mission vivre chez soi*. Ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique.

Freudiger, S., Pittet, G., und Christen-Gueissaz, E. (2007). *Convergences et décalages entre la portée institutionnelle des « démarches qualité » et le bien-être des résidents d'établissements médico-sociaux certifiés*. Ethique et santé, 4(1), 4-11.

Gaiffe, B. (2010). *L'Habitat Groupé de Personnes Âgées : Les ressources et le rôle de la réciprocité*. Université Catholique de Louvain, Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale.

Gaugler, J. E., Duval, S., Anderson, K. A., und Kane, R. L. (2007). *Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis*. BMC Geriatrics, 7(1).

Gesetz über die Krankenanstalten und –institutionen (GKAI) vom 13. März 2014

Gesetz über die Langzeitpflege vom 14. September 2011

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2013). *Bau- und Umbauvorhaben in Alters- und Pflegeheimen des Kantons Bern: Vorgaben und Empfehlungen für Planung und Ausführung. Richtprogramm.*

Gesundheitsamt Graubünden (2010). *Kantonale Rahmenplanung – Pflegeheime 2010.*

Gesundheitsgesetz (GG) vom 14. Februar 2008

Greuter, S., und Schilliger, S. (2009). *Ein Engel aus Polen: Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen.* Denknetz Jahrbuch, 151-163.

Hamer, M., und Chida, Y. (2009). *Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence.* Psychological medicine, 39(01), 3-11.

Hirsch, R. D. (2008). *Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz.* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41(2), 106-116.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., und Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter.* Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber.

Höpflinger, F., und Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert.* Hans Huber.

Höpflinger, F., und Hugentobler, V. (2006). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz.* Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Hans Huber.

Jaccard, R. H., Widmer, W., Weaver, F., und Roth, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse - Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020.* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Kaesler, M., et al. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09.* Bundesamt für Statistik.

Kanton Aargau, Departement Gesundheit und Soziales (2009). *Gesundheitswesen Aargau 2012 – Pflegeheimkonzeption.*

Kanton Freiburg, Direktion für Gesundheit und Soziales (2011). *Planung der Langzeitpflege 2011-2015.* 12.

Kanton Genf, Wirtschafts- und Gesundheitsdepartement (2007). *Livre blanc: Proches aidant-e-s de personnes âgées : quelle reconnaissance ?* Synthèse des travaux effectués lors du symposium du lundi 23 avril 2007 à l'Auditoire de la Fondation Louis-Jeantet.

Kanton Luzern, Gesundheits- und Sozialdepartement (2010). *Bericht zur Pflegeheimplanung – Kanton Luzern 2010.*

Kanton Thurgau, Departement für Finanzen und Soziales Gesundheitsamt (2012). *Alterskonzept Kanton Thurgau – überarbeitete Fassung vom 6. Dezember 2011.*

Kanton und Stadt Bern (2009). *Gestaltung von Aussenräumen für Demenzkranke.*

Kanton und Stadt Bern (2009). *Gestaltung von Innenräumen für Demenzkranke.*

Kanton Waadt (2012). *Rapport « Politique cantonale Vieillesse et Santé ».*

Kesselring, A. (2004). *Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit.* Schweizerische Ärztezeitung. 85(10), 504-506.

- Kraft, E., Marti, M., Werner, S., und Sommer, H. (2010). *Cost of dementia in Switzerland*. Swiss medical weekly, 140(3), 36.
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., et Kukull, W. (2006). *Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older*. Annals of internal medicine, 144(2), 73-81.
- Lautenschlager, N. T., Cox, K., und Cyarto, E. V. (2012). *The influence of exercise on brain aging and dementia*. Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease, 1822(3), 474-481.
- Lazzeri, F. (2014). *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013: Zahlen und Trends*. Bundesamt für Statistik.
- Lecomte, C. (6. März 2013). *Le «village Alzheimer» s'importe en Suisse*. Journal le temps. http://www.letemps.ch/Page/Uuid/332b5a6c-85b2-11e2-9e8d-954ea575c5a9/le_village_Alzheimer_simporte_en_Suisse
- Lee, D. T., Woo, J., und Mackenzie, A. E. (2002). *A review of older people's experiences with residential care placement*. Journal of advanced nursing, 37(1), 19-27.
- Masson, J. C., HAINARD, F., und Gabus, J. C. (1995). *Quand la technique facilite le maintien à domicile: réalisations et perspectives*. Médecine et hygiène, 53(2094), 2381-2384.
- Monod-Zorzi, S., Pellegrini, S., und Ruedin, H. J. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées: données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Monsch, A. U., et al. (2013). *Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement de personnes atteintes de démence en Suisse*. Revue médicale suisse, (9), 838-847.
- Moor, C., Peng, A., und Schelling, H. R. (2013). *Demenzbarometer 2012. Wissen, Einstellungen und Erfahrungen in der Schweiz*. Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich.
- Moreau-Gruet F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bulletin 4.
- Nicole, A. M. (2012). *Im Pflegeheim Le Pacific dürfen die Angehörigen mitarbeiten: der Vertrauensvertrag*. CURAVIVA, (12), 14-16.
- Oesch, T., Künzi, K. (2008). *Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen - Literaturübersicht und Einschätzungen von Experten aus der Praxis*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Olesen, P. J., Westerberg, H., und Klingberg, T. (2004). *Increased prefrontal and parietal activity after training of working memory*. Nature neuroscience, 7(1), 75-79.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., und Hutchison, S. (2011). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Suisse Latine*. Spitex Verband Schweiz.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, und F., Schnegg, B.(2010). *SwissAgeCare-2010 – Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. Bern.
- Piou, O., und Bucher, K. (2012). *Les technologies d'aide à l'autonomie pour les personnes en perte d'autonomie*. CLEIRPPA.
- Pouplin, S., und Biard, N. (2009). *Les Gérontechnologies*. Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques, 345-354.
- Rialle, V. (2007). *Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille: rapport*. Ministère de la santé et des solidarités.

Rigaud, A. S., et al. (2011). *L'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et à leurs aidants par les gérontechnologies*. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 9(1), 91-100.

Ruedin, H. J., et al. (2010). *Langzeitpflege – Kostenvergleich nach Fall im Kanton Tessin*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Saldutto, B., Becker, S., und Imhof, A. (2013). *Prise en charge des personnes atteintes de démence dans les EMS*. Nationale Erhebung. CURAVIVA.

Samaras, N., Frangos, E., Forster, A., und Samaras, D. (2013). *La prévention de la démence. Quel est le rôle de l'activité physique?* *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(75), 172-178.

Schweizerische Alzheimervereinigung (2013). *Angehörigenbefragung*.

Schweizerische Alzheimervereinigung (2014). *116 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz*.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige – Situationsanalyse und Handlungsbedarf die die Schweiz*. Bericht des Bundesrates.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2013). *Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen*.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (2009). *Nationaler Versorgungsbericht für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe 2009*. GDK und OdASanté.

Seematter-Bagnoud, L., Paccaud, F., und Robine, J. M. (2009). *Die Zukunft der Langlebigkeit in der Schweiz*. Bundesamt für Statistik.

Seifert, A., und Schelling, H. R. (2011). *Leben im Altersheim: Erwartungen und Erfahrungen: eine Studie des Zentrums für Gerontologie im Auftrag von Altersheime der Stadt Zürich (AHZ)*. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

Sofi, F., et al. (2011). *Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies*. *Journal of internal medicine*, 269(1), 107-117.

Stuck, A. E., Born, S., und Meyer, K. (2009). *Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter nach dem „Gesundheits-Profil-Verfahren“*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Theobald, H. (2009). *Pflegepolitiken, Fürsorgearrangements und Migration in Europa. Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen*. München/Mehring, Rainer Hampp Verlag, 29-40.

Trede, I., und Schweri, J. (2013). *Laufbahnentscheidungen von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit*. Zollikofen, Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung.

Trouvé, E. (2009). *Ergothérapie en gériatrie : approches cliniques*. Groupe de Boeck. 355-364.

Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (2012). *Analyse der Untersuchung über die Wohnverhältnisse der Senioren: Bedürfnisse und Wünsche älterer Personen*.

Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (2009.) *Psychogeriatric in Institutionen der Langzeitpflege*. Bericht der Arbeitskommission.

Verheul, A. (2011). *Le développement de Snoezelen*. International Snoezelen Association.

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995

Wächter, M., und Künzi, K. (2012). *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.

Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guilley, E., und Hussy, C. (2005). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Bundesamt für Statistik. 118–128.

Weaver, F., Ruedin, H. J., Pellegrini, S., und Jeanrenaud, C. (2008). *Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis zum Jahr 2030 in der Schweiz*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Weltgesundheitsorganisation (1992). *International Classification of Diseases*.

Weltgesundheitsorganisation (2012). *Dementia: a public health priority*. Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation. *Thèmes de santé: Maladies chroniques*. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, Zugriff am 19.02.2015.

Wenger, S. (2012). *Zeit statt Geld sparen für die Altersvorsorge: Rüstige Rentner unterstützen Betagte*, um später selber betreut zu werden, CURAVIVA, (3), 18-20.

Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., und Zimmermann, E. (2012). *Vergleich der Lebensqualität älterer Menschen im Privathaushalt oder in einer Institution*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.