



Altersleitbild 2006

Überprüfung und Überarbeitung des Altersleitbildes 1995 im Auftrag des Regierungsrates

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser

Ich freue mich, Ihnen im Namen des Regierungsrates das neue Altersleitbild des Kantons Schwyz vorlegen zu dürfen. Es enthält sowohl Gedanken zum Alter wie auch wegweisende Überlegungen für eine zukünftige Alterspolitik im Kanton und richtet sich an eine breite Leserschaft.

Dank medizinischen Fortschritten, dem allgemein gestiegenen Lebensstandard und der verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen dürfen heute viele Menschen im Alter ein selbständiges, unabhängiges und reichhaltiges Leben bei guter Gesundheit führen. Dies ist sicher ein grosser gesellschaftlicher Gewinn, vor allem aber auch ein Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen selbst.

Daraus erwachsen uns aber auch neue Herausforderungen.

Das Älterwerden ist mit einem zwar langsamen, aber deutlichen Abnehmen der eigenen Kräfte und vor allem im hohen Alter häufig mit Abhängigkeit verbunden. Um der älteren Generation diesen Weg zu erleichtern und ein würdiges Altern zu ermöglichen, wurde in den letzten Jahrzehnten ein vielfältiges Angebot an ambulanten und stationären Hilfsangeboten geschaffen. Die Geriatrie – die Wissenschaft des Lebens im Alter – ist ein eigenständiges und anerkanntes Fachgebiet geworden, das sowohl in der Medizin wie auch in Bezug auf soziale Unterstützungsangebote interessante Entwicklungen aufzeigt.

Fast die Hälfte der heute durch die öffentliche Hand geleisteten Beiträge an Sozialleistungen kommt in irgendeiner Weise den Generationen in der dritten Lebensphase, dem Alter also, zugute. Es ist uns allen wichtig, dass unsere betagten Eltern, Verwandten, Mitbürgerinnen und Mitbürger - und damit zuletzt auch wir selber - ein Alter in gesellschaftlicher Anerkennung und ohne drückende Armut, aber auch in Geborgenheit, mit liebevoller Pflege, sofern sie nötig wird, und mit sehr guter medizinischer Versorgung erleben dürfen.

Gerade darum müssen wir mit den vorhandenen öffentlichen Mitteln sorgfältig umgehen und genau überlegen, wie wir sie gezielt und wirkungsvoll einsetzen können. Dies ist eine gemeinsame Aufgabe, die uns alle angeht und zu der dieses Leitbild einen Beitrag leisten soll.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Armin Hüppin,
Regierungsrat



Inhalt

1 Einleitung	5
1.1 Auftrag	5
1.2 Zweck des Altersleitbildes	5
2 Bevölkerungsentwicklung	7
3 Grundsätzliches im Alterswesen	9
3.1 Situation der Betagten	9
3.1.1 Bedürfnisse betagter Menschen	9
3.1.2 Altersbilder	12
3.2 Politische Folgerungen und Grundsätze	15
3.3 Empfehlung	16
4 Prävention, Aktivierung und Beratung	17
4.1 Prävention	17
4.2 Aktivierung	18
4.3 Beratung	19
4.4 Empfehlungen	19
5 Wohnformen im Alter	20
5.1 Wohnen zu Hause	20
5.2 Generationenwohnungen	20
5.3 Betreutes Wohnen	21
5.4 Alterswohnungen	21
5.5 Alterswohngemeinschaften	21
5.6 Tagesheime	22
5.7 Pflegewohngruppen	22
5.8 Pflegeheime	22
5.9 Seniorenresidenzen	23
5.10 Empfehlung	23
6 Ambulante Pflege und Betreuung	24
6.1 Spitex-Dienste	24
6.2 Weitere ambulante Dienste	27
6.3 Angehörigenpflege und freiwillige Dienste	28
6.4 Sterbebegleitung	29
6.5 Empfehlungen	30

7 Stationäre Pflege und Betreuung	31
7.1 Angebot und Nachfrage	31
7.2 Bedarfsplanung	35
7.2.1 Rahmenbedingungen	35
7.2.2 Auslastung und Planungsrichtwert	36
7.2.3 Ausserkantonale Herkunft	37
7.2.4 Aktualisierte Planung	38
7.2.5 Empfehlungen	39
7.3 Betreuung von Dementen	40
7.3.1 Momentane Situation	40
7.3.2 Empfehlungen	41
7.4 Geriatrische Rehabilitation und Übergangspflege	41
7.4.1 Begriffsdefinition	41
7.4.2 Angebote der Übergangspflege	42
7.4.3 Finanzierung des Angebotes Übergangspflege	43
7.4.4 Empfehlungen	43
7.5 Qualitätssicherung	43
7.5.1 Aufsicht und Bewilligung	44
7.5.2 Mindestanforderungen	44
7.5.3 Pflegeheimliste	45
7.5.4 Empfehlungen	46
8 Finanzierung	46
8.1 Subjekt- versus Objektfinanzierung	47
8.2 Optimale Betriebsgrössen	47
8.3 Empfehlungen	49
9 Empfehlungen im Überblick	50
Anhang I: Tabellen	54
Anhang II: Planungsregionen	59
Anhang III: Details Bevölkerungsperspektive	60
Anhang IV: Pflegeheimliste	64
Anhang V: Begriffsverzeichnis	65
Literaturverzeichnis	72

Impressum

Auftraggeber:

Regierungsrat des Kantons Schwyz

Auftragnehmer:

Departement des Innern

Mitglieder der verwaltungsinternen Projektgruppe:

- RR Armin Hüppin, Vorsteher Departement des Innern
- Evelyne Reich, Vorsteherin Amt für Gesundheit und Soziales
- Peter Schmid, Abteilungsleiter Soziales (Projektleiter)
- Roland Buchli, Mitarbeiter Abteilung Soziales
- Kurt Huber, Mitarbeiter Abteilung Soziales
- Adrian Schmalz, temp. Mitarbeiter Abteilung Soziales

Mitglieder der Begleitgruppe des Projekts:

- Bernadette Bachmann, Präsidentin Curaviva Sektion Schwyz, Freienbach
- Silvia Exer, Geschäftsleiterin Spitex Kantonalverband Schwyz
- Karl Grau, Graue Panther Schwyz, Ibach
- Franz Merlé, Gemeinderat, Freienbach
- Irene Ott, Bezirksrätin, Küssnacht
- Dr. Ursula Rimpau, Sozialpsychiatrischer Dienst, Lachen
- Dr. Christian Sacher, Kantonsarzt
- Josef Steiner, Geschäftsleiter Pro Senectute, Kanton Schwyz
- Roman Spirig, Heimleiter Acherhof, Schwyz

Beigezogener Experte:

Dr. Guido Bartelt,
Bartelt, Bapst & Partner, Berater im Gesundheits- und Heimwesen, Pfyn / St. Gallen

Datenmaterial:

Erhebung bei den Gemeinden, Alters- und Pflegeheimen und Spitex-Diensten mit Stichtag per 30. September 2003

1 Einleitung

1.1 Auftrag

Ende 1995 veröffentlichte das Departement des Innern das erste Altersleitbild für den Kanton Schwyz¹. Es enthält neben allgemeinen Zielsetzungen auch Berechnungsgrundlagen für den regionalen und kantonalen Bedarf an Pflegeheimplätzen.

Das Altersleitbild 95 ist nun elf Jahre alt und teilweise nicht mehr aktuell. In Anbetracht der in den letzten Jahren wesentlich veränderten Bedingungen hat der Regierungsrat im Mai 2003 den Auftrag erteilt, eine Überarbeitung vorzunehmen, insbesondere die Bedarfsplanung zu aktualisieren und diese periodisch den jeweils veränderten Verhältnissen anzupassen.

1.2 Zweck des Altersleitbildes

Das überarbeitete Altersleitbild umfasst aktualisierte Grundlagen sowie Empfehlungen als Richtlinien für die Gestaltung der künftigen Alterspolitik im Kanton Schwyz. Diese dienen dem Kanton, der seine Massnahmen im Altersbereich an den im Leitbild formulierten Empfehlungen zu messen hat. Sie richten sich aber auch an die Gemeinden, an die verschiedenen Organisationen im ambulanten und stationären Bereich und vor allem an die Betagten selbst. Sie alle werden durch das Leitbild aufgefordert, sich aktiv an der Gestaltung und Umsetzung der künftigen Alterspolitik zu beteiligen.

Das Altersleitbild wendet sich hauptsächlich an die Bevölkerungsgruppe der 65-jährigen und älteren Menschen, die im Folgenden auch als Betagte bezeichnet werden.

Innerhalb der Gruppe der Betagten bestehen beträchtliche Unterschiede. Bedürfnisse, eigene Möglichkeiten sowie Notwendigkeit und Art von allfälligen Hilfen sind verschieden. Die Betagten bilden insofern eine heterogene Gruppe. Dabei ist zu beachten, dass im Kanton Schwyz rund drei Viertel der Betagten zu Hause in der eigenen Wohnung leben und weder stationäre noch ambulante Hilfe beanspruchen.

¹ RRB Nr. 1834/1995; Bartelt, G., Gebert, A. & Latzel, G. (Brains).(1995). *Altersleitbild Kanton Schwyz - Expertenbericht im Auftrage des Regierungsrates*. Schwyz: Kanton Schwyz

Das in der Öffentlichkeit vorherrschende Bild des hilfs- und pflegebedürftigen Betagten braucht eine konsequente Korrektur. Auch wenn sich das Altersleitbild vielfach auf die Hilfs- und Pflegebedürftigen ausrichtet, ist immer im Auge zu behalten, dass die Mehrheit der Betagten nicht auf Hilfe angewiesen ist. Eine differenzierte Betrachtung der Gruppe der 65-jährigen und älteren schärft auch den Blick für das Potenzial der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung unter den Betagten selbst.

In diesem Sinne spricht das Leitbild unter anderem auch die jüngeren Generationen an und will diese anregen, sich frühzeitig mit den Fragen des eigenen Alterns auseinander zu setzen.

Im Bedarfsfall sollen die notwendigen Hilfen verfügbar sein. Die dazu erforderlichen Mittel sollen auf Dauer sichergestellt werden können. Das Leitbild formuliert in diesem Sinne Ziele, die schrittweise und unter Berücksichtigung der finanziellen und personellen Möglichkeiten erreicht werden sollen.

Das überarbeitete Altersleitbild eröffnet die Chance, Situationen, Probleme und Perspektiven der Betagten im Kanton Schwyz bewusst zu machen und zu klären. Die Empfehlungen des Altersleitbildes sollen deshalb einem breiteren Publikum bekannt gemacht werden.

2 Bevölkerungsentwicklung

Gemäss den Daten der Volkszählung (VZ) lebten im Jahre 2000 16'655 betagte Personen im Kanton Schwyz, 25.6% mehr als im Jahre 1990. Davon waren 4'090 80-jährig und älter; dies sind 28.8% mehr als im Jahre 1990.

Bevölkerungsentwicklung und -perspektive 1990-2020

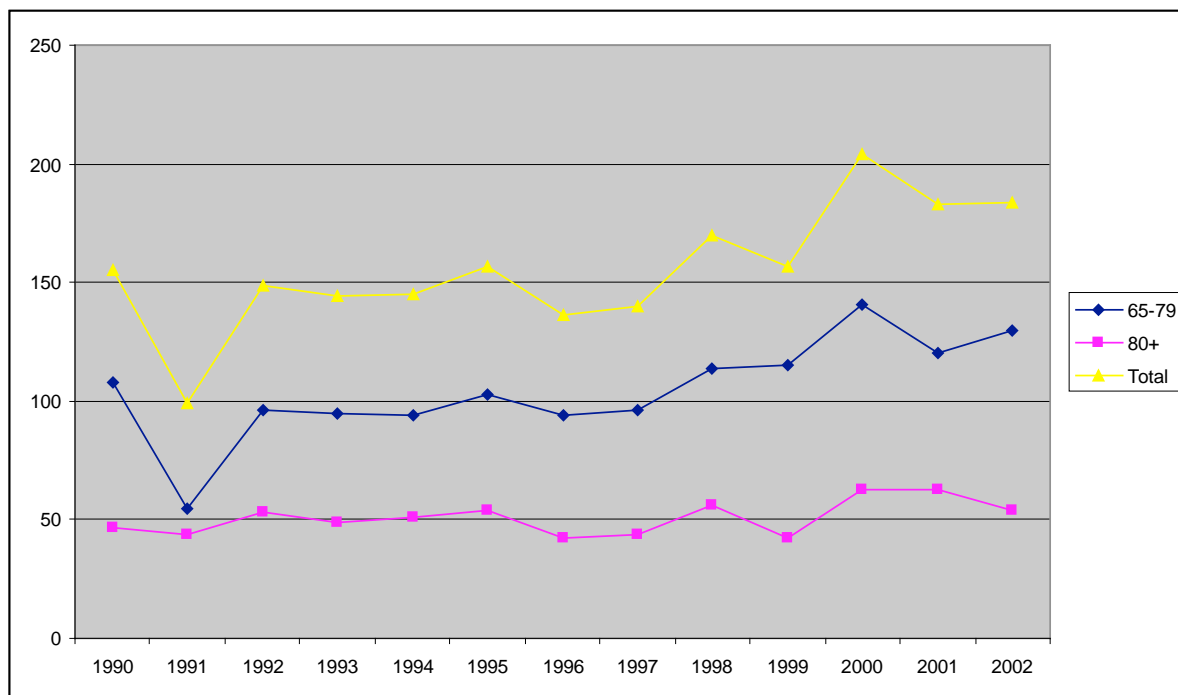
	1990	2000	2005	2010	2015	2020
65+ gem. Altersleitbild 95	13'255	15'537	16'791	18'807		
80+ gem. Altersleitbild 95	3'175	4'024	4'495	5'055		
65+ gem. VZ und aktualisierter Perspektive		16'655	17'994	19'932	22'378	24'646
80+ gem. VZ und aktualisierter Perspektive		4'090	4'514	5'065	5'679	6'030
65+ (2000=100)	79.6	100.0	108.0	119.7	134.4	148.0
80+ (2000=100)	77.6	100.0	110.4	123.9	138.8	147.4

Quelle: Altersleitbild 95, Volkszählung 1990, 2000, eigene Berechnungen

Die im Altersleitbild 95 prognostizierten Zuwachsraten (17% bei 65+ und 27% bei 80+) sind verglichen mit der effektiven Entwicklung bei den 65-jährigen und älteren erheblich und bei den 80-jährigen und älteren leicht übertroffen worden.

Dies ist vor allem auf die in der vereinfachten Perspektive nicht berücksichtigten Zu- und Abwanderungen aus dem Kanton Schwyz zurückzuführen, welche sich vor allem bei der Altersgruppe der 65- bis 79-jährigen in den letzten Jahren noch zu verstärken scheinen.

Saldo der Zu- und Abwanderungen von Betagten in den bzw. aus dem Kanton Schwyz



Quelle: Bundesamt für Statistik, Statweb, eigene Darstellung

Das Bundesamt für Statistik geht nach wie vor davon aus, dass noch ein beträchtliches Potenzial zur Ausdehnung der Lebenserwartung, vor allem im Alter über 60 Jahren, besteht. Bei den neuesten Szenarien wird für das Trendszenario (A-00-2000) bei den Männern eine Steigerung der Lebenserwartung bei Geburt von 1999 bis ins Jahr 2030 von rund 76.6 Jahren auf 80.3 Jahre und bei den Frauen von rund 82.4 Jahren auf rund 85.6 Jahre erwartet.

Hingegen hat sich gezeigt, dass in den Szenarien 1995 die obersten Alterskategorien (90+) bei Frauen und Männern, sowie die Alterskategorien ab 50 bei den Frauen generell leicht überschätzt, bei den Männern leicht unterschätzt wurden. Dementsprechend weisen die neuen Szenarien weniger 80-Jährige und Ältere aus als die Szenarien 1995: «Das Szenario A-00-2000 rechnet für das Jahr 2050 mit 608'700 Personen der Altersgruppe 80+, während das Szenario A-00-95 von 738'700 Personen ausging. Diese Differenz ist auf Unterschiede der prospektiven Sterbewahrscheinlichkeit in den beiden Szenarien zurückzuführen.»²

In unseren revidierten Perspektiven gehen wir vom „Szenario A-00-2000 Trend“ des Bundesamtes für Statistik aus und verzichten wiederum auf eine explizite Berücksichtigung von Wanderungen, was angesichts des positiven Saldos der Wanderungen von Betagten in den Kanton Schwyz tendenziell zu einer tieferen Einschätzung vor allem im unteren Altersbereich der 65- bis 79-jährigen führt.

Für die nächsten Jahre ist mit einem weiterhin deutlichen Wachstum der Betagten und der Hochbetagten im Kanton Schwyz zu rechnen.

Bis ins Jahr 2010 wird die Zahl der Betagten auf rund 20'000 (+ 19.7%) und bis ins Jahr 2020 auf rund 25'000 nochmals um 23.6% ansteigen. Ebenso wird die Zahl der Hochbetagten bis ins Jahr 2010 um weitere ca. 1'000 80-Jährige und Ältere (+ 23.9%) und im darauf folgenden Jahrzehnt nochmals um etwa 1'000 auf insgesamt rund 6'000 (+ 19.7%) ansteigen.

In regionaler Hinsicht ist das Wachstum der Betagten und der Hochbetagten in der Region Nord (ehem. Lachen) am grössten und in der Region Süd (ehem. Schwyz) am geringsten.

(für die regionalen Werte siehe Tabelle 1, Anhang I)

Zusammenfassung

Die bereits im Altersleitbild 95 aufgeführte Schlussfolgerung, dass sich die schwyzerische Alterspolitik auch in Zukunft auf ein deutliches Wachstum der Betagten und der Hochbetagten auszurichten hat, gilt in unvermindertem Ausmass.

² Wanders, A. C., Cotter, S., Kohli, R. & Vuille, A. (2002). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2000-2060 - Vollständiger Szenariensatz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik

3 Grundsätzliches im Alterswesen

3.1 Situation der Betagten

3.1.1 Bedürfnisse betagter Menschen

Das Kapitel „Bedürfnisse“ ist in der Tat vielfältig und umfangreich, wie es auch die Bedürfnisse selber sind. Es ist schwierig bzw. unmöglich, so etwas wie eine „Gesamtheit aller Bedürfnisse“ zu beschreiben, allerdings lassen sich die Wichtigsten und Grundlegendsten zusammenfassen. Die formulierten Anliegen resultieren aus einer Umfrage bei den Betagten selbst. Institutionen und Verbände, die im Betagtenbereich tätig sind, machen unabhängig davon dieselben Erfahrungen und stimmen dieser nicht gewerteten Auflistung zu. Ein Anspruch darauf, dass alle Bedürfnisse erfüllt werden können, lässt sich aber nicht ableiten.

Wahlmöglichkeiten in Bezug auf Lebensform

Wahlmöglichkeiten bestehen nur, wenn ein vielseitiges Angebot zur Verfügung gestellt wird. Damit wird den älteren Menschen ermöglicht, unter verschiedenen Angeboten das ihren Bedürfnissen am besten entsprechende auszuwählen. So kann dem Selbstbestimmungsrecht der Betagten Rechnung getragen werden und sie werden auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit als mündige Bürger akzeptiert. Die einzelnen Träger sind im Rahmen der kantonalen Richtlinien in der Gestaltung der Angebote frei und tragen auch die Verantwortung für die Bereitstellung bedürfnisgerechter Angebote.

Damit Betagte zwischen verschiedenen bedarfsgerechten Angeboten wählen können, sind Kanton und Gemeinden im Rahmen der Aufgabenteilung bestrebt, ein vielfältiges Angebot an ambulanten und stationären Betagtenhilfen zu fördern, innovative Vorhaben zu unterstützen, die ambulanten und stationären Angebote in genügendem Ausmass bereitzustellen und die Betagten in die Ausgestaltung der Angebote mit einzubeziehen.

Entscheidend ist auch die Möglichkeit für die Betagten, ihre Anliegen zu äussern und so von vornherein ihre Vorstellungen und Bedürfnisse einbringen zu können. Konkrete Möglichkeiten bieten sich hier in der Konsultation von Seniorenräten in ihren verschiedenen Formen, wenn es um Belange geht, welche für die Betagten von Bedeutung sind (z.B. im öffentlichen Verkehr, da dieser ziemlich direkt mit der Mobilität der Betagten zusammenhängt).

Integration und Wohnen

Ein beträchtlicher Teil der älteren Menschen lebt alleine in einem Privathaushalt. Im Kanton Schwyz sind es 29% der Betagten. Mit zunehmendem Alter und verminderter Mobilität nimmt die Zahl der Kontakte ab, und es besteht die Gefahr einer Vereinsamung. Gemäss einer Umfrage bei 380 Seniorinnen und Senioren der Seniorenuniversität Zürich fühlen sich 2.8% oft und 21.4% manchmal einsam. 27.8% sind durchschnittlich 21 bis 24 Stunden pro Tag allein und 18.4% wurden im vergangenen Monat von keinem Verwandten besucht³.

³ Brem, H. (1995). *Einsamkeit bei Seniorinnen und Senioren*. Zürich: Lizentiatsarbeit der Universität Zürich

Auch die Ergebnisse der Nationalen Armutsstudie zeigen, dass Ältere sich häufiger einsam fühlen (23% der 75-jährigen und älteren gegenüber 12% der 40- bis 59-jährigen) und über deutlich weniger soziale Kontakte verfügen.⁴ Allerdings ist es nicht das Alter an sich, welches zu einer erhöhten Einsamkeit führt, sondern das „alleine Leben“ als Folge von Verwitwung oder Tod von Freundinnen und Freunden.

Neuere Forschungen haben ergeben, dass sich die sozialen Kontakte der Betagten im Zeitvergleich eher verbessert haben. Die These vom Verfall familiärer Beziehungen kann nicht gestützt werden.⁵

Die Einbettung in ein familiäres Netz und gute Kontakte zu Freunden und Bekannten sind zentrale Elemente der Lebensqualität aller Menschen, nicht nur der Betagten.

Es ist ein berechtigter Wunsch älterer Menschen, auch im Alter in dem ihnen vertrauten Umfeld verbleiben zu können. Häufig wohnen sie schon seit Jahrzehnten in der gleichen Nachbarschaft und verfügen hier am ehesten über ein soziales Beziehungsnetz. Integration der Betagten bedeutet auch, dass ein stationäres Wohnangebot so nah wie möglich am Wohnort erbracht werden kann. Spezifische Angebote für Betagte (Alterswohnungen, Alters- und Pflegeheime) sollen in zentraler Lage und soweit als möglich in einer altersgemischten Wohnumgebung platziert werden. Integration kann aber nicht nur bedeuten, die gewohnte Lebensumgebung zu erhalten. Vielmehr muss auch der Aufbau neuer Kontaktmöglichkeiten gefördert werden. Zu denken ist dabei an Wohnformen, welche neue soziale Beziehungsstrukturen fördern oder schaffen (Wohngemeinschaften, betreute Alterswohnungen etc.), aber auch an Besuchsdienste.

Gesundheit

Der Gesundheit wird ein hoher Stellenwert für eine gute Lebensqualität beigemessen. Dieses kostbare Gut gilt es eigenverantwortlich und präventiv zu pflegen. Damit ergeben sich klar formulierte Erwartungen an alle, die begleiten, betreuen und pflegen. Die Betagten wünschen sich Respekt vor dem Alter und legen auch Wert auf einen weniger hektischen Alltag. Zum Beispiel wünschen sie sich mehr Zeit, um mit dem Pflegepersonal persönliche Kontakte zu pflegen.

Selbstständigkeit

Die meisten Betagten sind für die Bewältigung ihres Alltags nicht auf Hilfe angewiesen. Lediglich ein Teil benötigt infolge Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen oder aufgrund von kognitiven Behinderungen Hilfe. Rund 8% der über 65-jährigen benötigen die Struktur eines Alters- und Pflegeheims und weitere ca. 7%, die zu Hause leben, sind auf Hilfe angewiesen. Für diese Betagten ist es wichtig, dass die erforderlichen Hilfen – sei es durch das Umfeld, die ambulanten oder die stationären Dienste – rechtzeitig in der erforderlichen Qualität und in genügendem Ausmass angeboten werden.

⁴ Leu, R. E., Burri, S. & Priester, T. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Verlag Paul Haupt, S.250

⁵ Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Alter Anziani Vieillesse - Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32*. Bern

Mobilität

Mobilität ist an sich Grundlage für die Erfüllung vieler der hier genannten Bedürfnisse und zentraler Bestandteil der Selbstständigkeit. Damit die Mobilität der Betagten gewährleistet werden kann, sind ein gut ausgebauter öffentlicher Verkehr und ergänzende bezahlbare Fahrdienst-Angebote wichtige Voraussetzungen. Bei der Schaffung von neuen Angeboten soll auch darauf geachtet werden, dass diese alters- und behindertengerecht (hindernisfrei) sind, was sich zum Beispiel in vermeintlichen „Kleinigkeiten“ wie Biletautomaten oder der Höhen der Türen ab Boden ausdrückt.

Finanzielle Sicherheit

Niemand soll im Alter aus finanziellen Gründen von benötigten Hilfen ausgeschlossen werden. Die Inanspruchnahme der erforderlichen Hilfe muss deshalb für die Betagten bezahlbar bleiben. Entstehende Kosten sollen mit den eigenen Mitteln und den AHV-Renten, den Beiträgen der Versicherer, den Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung finanziert werden können. Sozialhilfeabhängigkeit als Folge von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sollte möglichst vermieden werden können.

Sicherheit allgemein

Allgemein wird diesem Sicherheitsbedürfnis sehr viel Bedeutung beigemessen und dementsprechend ist ihm Rechnung zu tragen. In vielen Gesprächen hat sich gezeigt, dass z.B. mehr Polizeipräsenz geschätzt würde.

Werthaltungen

Die Wahrung der Menschenwürde in jeder Situation, ob gesund oder krank, ist ein grundlegender Wert. Das bedeutet im einzelnen, Individualität zu erhalten und ernst genommen zu werden, auch wenn die Wünsche ungewöhnlich sind. Integration in die Gesellschaft und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – also nicht ausgegrenzt oder abgeschoben zu werden – sind ebenfalls Voraussetzungen für ein gutes Lebensgefühl im Alter.

Aktivitäten und Bildung

Körperliche und geistige Aktivität gehört zu einem gesunden Alltag. Die in diesem Bereich bestehenden Angebote werden geschätzt und genutzt. Die meisten Betagten wollen aktiv bleiben und im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch Eigenleistungen erbringen. Teilweise besteht ein Wunsch nach vermehrter Koordination der Angebote.

Information und Kommunikation

Primär sollen den älteren Menschen jene Angebote an Informationen, Beratungen und Dienstleistungen dienen, die der gesamten Bevölkerung zur Verfügung stehen. Den oftmals besonderen Bedürfnissen bei der Inanspruchnahme von Infrastrukturen und Dienstleistungen vor allem von Betagten mit Behinderungen soll durch eine entsprechende Rücksichtnahme bei der Ausgestaltung dieser Dienste Rechnung getragen werden. Zu den verschiedenen Informationsplattformen, welche heute von den Betagten genutzt werden, gehören unter anderem Anschlagbretter, Regionalzeitungen und Gemeinde-Informationsblätter. Auch das Internet findet mehr und mehr Verbreitung.

3.1.2 Altersbilder

In der Studie 32 des Nationalen Forschungsprogramms⁶ werden aufgrund einer detaillierten Analyse von Bildern zum Alter sechs Klischees beschrieben:

1. Einsamkeit, Isolation und Abhängigkeit alter Menschen (Defizitmodell)
2. Mangelnde Anpassungsfähigkeit und kognitive Einbussen
3. Betonung der Aktivitäten im Alter
4. Geruhames Alter
5. Gleichstellung «alt = krank»
6. Wunschbild «weise Alte»

Auffallend ist die widersprüchliche Kombination positiver und negativer Vorstellungen zum Alter. Darin widerspiegelt sich die existenzielle Zweideutigkeit einer Lebensphase, die neben Entwicklungschancen erhöhte gesundheitliche Risiken und das kontinuierliche Schwinden der Kräfte und der gesellschaftlichen Einflussmöglichkeiten mit sich bringt. Tendenziell werden jedoch negative Vorstellungen des Alters vermehrt in Frage gestellt und durch positive Modelle erfolgreichen Alterns zumindest ergänzt.

Altersforschung

Die Altersforschung zeigt auf, dass die Ausgestaltung der nachberuflichen Phase heute sehr vielfältig ist. Alte Menschen sind ein bedeutender Teil der Gesellschaft, der nach der aktiven beruflichen Phase nicht einfach ein isoliertes Dasein führt. Alte Menschen brauchen den Kontakt und die Auseinandersetzung mit anderen Menschen und Generationen genauso wie jüngere. Eine Gesellschaft, in der die Zahl der alten Menschen stetig wächst und die Menschen dank der medizinischen Entwicklung immer älter werden, kann die Alterstugenden und die Kultur des Alters pflegen:

- die Altersweisheit nach einem bewegten Leben
- die Altersironie, die den aufgeregten Alltag distanziert wahrnimmt
- den Altersstolz, mit dem man sich nach einem anstrengenden Arbeitsleben mit Freude erinnern und Genuss zurücklehnen kann.

⁶ NFP32: Das Nationale Forschungsprogramm NFP 32 «Alter» setzte sich mit den Folgen der demographischen Verschiebung auseinander, hatte zum Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen über die Auswirkungen der demographischen Alterung auf Wirtschaft, Gesellschaft und Kultur und es sollte auch abgeklärt werden, wie Altershilfe, Alterspflege und Gesundheitswesen den neuen demographischen Entwicklungen angepasst werden könnten bzw. wie sich die Autonomie und Lebensqualität im Alter erhalten liesse.

Im Bericht zum Internationalen Jahr des älteren Menschen (1999) werden die Ergebnisse der Altersforschung in fünf Kernsätzen zusammengefasst⁷ (Zitat):

- «Das Alter» gibt es nicht - und vor allem: dieser Lebensabschnitt ist gewaltigen Veränderungen unterworfen. Beobachtungen, die über heutige ältere und betagte Menschen gemacht werden, sagen wenig über die künftige Gestaltung des Alterns der gegenwärtigen mittleren und jüngeren Generationen aus.
- «Das Alter» gibt es nicht. Gleichaltrige Frauen und Männer zeigen in allen Bereichen enorme Unterschiede - der typische Rentner, die typische Rentnerin sind Kunstfiguren, die in der Wirklichkeit nicht anzutreffen sind.
- Die Formel «alt = arm» trifft nicht zu. Die Lage und das Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten nicht nur in materieller Hinsicht verbessert. Das künftige Armutsrisiko der älteren Menschen hängt allerdings stark davon ab, ob die jetzt erreichte Altersvorsorge weiterbesteht oder abgebaut wird.
- Die Vorstellung, Alter bedeute bloss Stillstand und Abbau, trifft ebenfalls nicht zu. Menschliches Altern ist in hohem Mass gestaltbar. Selbst bei betagten und hochbetagten Menschen zeigen sich Lebenschancen, die oft noch unausgeschöpft bleiben.
- Als grösstes Hindernis zur Nutzung dieser Chancen und Ressourcen erweisen sich die unzutreffenden und falschen Bilder über das Alter. Solche Bilder beeinflussen die Lebenssituation und das Lebensgefühl älterer Menschen in negativer Weise. Sie tragen auch dazu bei, dass ältere Menschen in unserer Gesellschaft einen geringen Stellenwert geniessen.

Phasen des Alters

Die blosser Unterscheidung in Erwerbstätige und Rentner wird den heutigen Möglichkeiten der Betagten nicht mehr gerecht.

Eine Expertengruppe hat diese Fragestellung aufgenommen und teilt den Lebenslauf älterer Erwachsener wie folgt ein⁸:

1. Letzte Berufsphase und nahende Pensionierung.
2. Autonomes Rentenalter: Diese Lebensphase zeichnet sich durch wachsende wirtschaftliche Ressourcen und soziale Kompetenzen sowie durch eine klare kulturelle Verjüngung aus. Gesellschaftlich gesehen ist das autonome Rentenalter weitgehend unbestimmt und konturlos.

⁷ Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Alter Anziani Vieillesse - Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32*. Bern

⁸ Fuchs, E.; Lalive d'Épinay, Chr.; Michel, J.-P., Scherer, K.; Stettler, M. (1997)

3. Verstärkte Gebrechlichkeit: Behinderungen und Einschränkungen verunmöglichen ein eigenständiges Leben zwar nicht, erschweren es jedoch. Funktionale Einschränkungen wie Gehschwierigkeiten und Hörprobleme zwingen zu Anpassungen der Aktivitäten. Vielfach sind die Betagten dann in einigen Tätigkeiten des Alltags auf externe Hilfe angewiesen. Das psychische Wohlbefinden wird stark durch die «mentale Kraft» bestimmt.
4. Abhängiges Rentenalter: Gesundheitlich bedingte Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit charakterisieren diese Phase. Es treten auch häufig kognitive Einschränkungen oder dementielle Erkrankungen hinzu. Selbst bei einfachen Alltagsaktivitäten sind diese Menschen auf Hilfe angewiesen.

Definition des Alters

In diesem Zusammenhang lohnt es sich, auch die Definition des Alters zu überprüfen und evt. anzupassen. Das weit verbreitete Bild einer rasch alternden Gesellschaft muss relativiert werden⁹. Zwar stützt die allgemein verbreitete, statische Definition diese Prognose, die dynamische Definition unterstützt hingegen eher die Prognose einer mässig alternden Gesellschaft. Wird beispielsweise zwischen der klassischen Definition von Betagten, die sich am unterschiedlichen Alter orientiert, und einer solchen, die von der Restlebenszeit ausgeht und die Altersgrenze bei 10 Jahren vor dem Tod festsetzt, dann ergibt sich folgendes Bild:

Demographische Alterung nach statischer und dynamischer Betrachtungsweise¹⁰

Jahr	Klassische Altersdefinition: 65 Jahre und älter	Dynamische Altersdefinition: Restlebenszeit von weniger als 10 Jahren
1900	6%	5%
1950	10%	6%
2000	15%	7%
2020	20%	9%

Die These der dynamischen Betrachtungsweise geht davon aus, dass der grösste Teil der Kosten, die ein Mensch im Gesundheitssektor verursacht, in der letzten Lebensphase vor dem Tod anfällt. Diese Kosten sind für alle Altersgruppen in etwa gleich gross. Damit ist ein Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitskosten nur insofern gegeben, als „das Zusammenwirken der mit dem Alter zunehmenden Sterberate und hohen altersunabhängigen Kosten der letzten Lebensphase“ unbestritten ist.¹¹

Unter dem Strich muss das gängige Altersbild in vielen Belangen revidiert werden.

⁹ Kneubühler (2000)

¹⁰ Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Alter Anziani Vieillesse - Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32*. Bern

¹¹ Ebenda

3.2 Politische Folgerungen und Grundsätze

Prinzipiell muss sich die Alterspolitik so gut und weitgehend wie möglich den Bedürfnissen der Betagten anpassen.

Subsidiarität

Staatliche Angebote der Altershilfe werden grundsätzlich als subsidiär betrachtet. Das bedeutet, dass Kanton und Gemeinden erst dann tätig werden, wenn die Selbst-, Familien- und Nachbarschaftshilfe nicht mehr genügt, entlastet oder unterstützt werden muss und keine anderen Trägerschaften eine qualitativ ausreichende, allen zugängliche Versorgung garantieren können.

Das Prinzip der Subsidiarität gilt auch zwischen Kanton und Gemeinden. Entsprechend dem lokalen Charakter der Aufgaben der Betagtenhilfe liegt die Hauptverantwortung bei den Gemeinden. Die übergeordnete Gesamtverantwortung für ein funktionierendes, qualitativ gutes und den Bedürfnissen entsprechendes Angebot für die Betagten bleibt bei der öffentlichen Hand.

Nutzung eigener Ressourcen

Vom einzelnen Betagten selbst wird erwartet, dass er die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpft. Von den Betagten als Gruppe wird erwartet, dass sie sich gegenseitig Hilfe zukommen lassen. Von den Angehörigen wird erwartet, dass sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für ihre betagten Angehörigen einsetzen.

Die Erhaltung der Leistungsbereitschaft von Angehörigen und Nachbarn bedarf aber einer aktiven Förderung, indem geeignete Entlastungsmöglichkeiten angeboten werden und bei intensiver Pflege und Betreuung auch Entschädigungen möglich sind.

Solidarität

Die Anliegen der Betagten müssen fair gegenüber den Bedürfnissen und Anliegen anderer gesellschaftlicher Gruppen abgewogen werden.

Eine überwiegende Mehrheit von betagten Personen kann heute den dritten Lebensabschnitt in ausreichendem Wohlstand und bei guter Gesundheit verbringen. Das Armutsrisiko hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich reduziert und ist nicht mehr überdurchschnittlich. Je nach Definition sind 3.6 bis 9.5% der Betagten arm, während die entsprechenden Werte bei der Gesamtbevölkerung bei 5.6 bis 9.8% liegen.¹²

¹² Leu, R. E., Burri, S. & Priester, T. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Verlag Paul Haupt, S.250

Das relativ geringe Armutsrisiko bei den Älteren ergibt sich allerdings nur, weil mit dem System der Ergänzungsleistungen eine bedarfsgerechte Existenzsicherung besteht. Gesamtschweizerisch wird davon ausgegangen, dass rund ein Viertel der AHV-Rentner und -Rentnerinnen zwar nicht arm ist, aber über keine grossen Einkommensreserven verfügt.¹³ Zudem ist auch darauf hinzuweisen, dass das Armutsrisiko in den oberen Altersklassen (ab dem 70. Altersjahr) – wahrscheinlich als Folge von hohen Kosten der Pflegebedürftigkeit – erhöht ist.

Es ist nicht zu übersehen, dass die Vorstellung eines Generationenvertrages, verstanden als «die stillschweigende Übereinkunft zwischen der Generation der Jungen und der Alten, wonach die Jungen dafür zu sorgen haben, dass die Alten ein menschenwürdiges Leben führen können»¹⁴, auf Dauer keine tragfähige Basis sein kann.

Die Anliegen der Betagten müssen fair gegen die Bedürfnisse anderer gesellschaftlicher Gruppen abgewogen werden. Gefordert wird eine aktive Generationenpolitik und ein neues Verständnis von Solidarität zwischen «Leistungsfähigen und Leistungsschwachen, zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Vermögenden und Armen, gleichgültig welchen Alters»¹⁵, zum Tragen kommt.

3.3 Empfehlung

Empfehlung 1 **an alle**

Grundsätze

Der Situation und den Bedürfnissen der Betagten sowie den verschiedenen Altersbildern soll bei der Umsetzung von Projekten und Angeboten die nötige Beachtung geschenkt werden. Die staatlichen Leistungen von Gemeinden und Kanton erfolgen subsidiär zu den Eigenleistungen der Betagten.

¹³ Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Alter Anziani Vieillesse - Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32*. Bern S.26

¹⁴ Referat von Dr. Peter Binswanger an der Stiftungsversammlung der Schweizerischen Stiftung Pro Senectute vom 22. Juni 1993, S. 1.

¹⁵ Ebenda, S. 5.

4 Prävention, Aktivierung und Beratung

4.1 Prävention

Soziale Integration und Gesundheit sind wichtige Aspekte der Lebensqualität. Doch nicht nur aus persönlicher Sicht, sondern ebenso aus Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber ist eine aktive Erhaltung der Gesundheit, die Körper, Geist und Seele umfasst, gefordert.

Anstrengungen zur Prävention von Behinderungen und der Pflegebedürftigkeit im Alter – und somit zur Förderung der Gesundheit – sind bei einer steigenden Zahl hochbetagter Menschen von grosser sozial- und gesundheitspolitischer Bedeutung.

Drei Präventionsstufen lassen sich unterscheiden¹⁶:

- **Primäre Prävention** soll das Auftreten gesundheitlicher Probleme verhindern. Beispielsweise kann mit Grippeimpfungen Infektionskrankheiten mit teilweise schweren Folgen vorgebeugt werden oder Wohnanpassungen können etwa das Sturzrisiko betagter Menschen reduzieren.
- **Sekundäre Prävention** heisst frühzeitige Diagnose und Behandlung von Beschwerden im Alter. Die rechtzeitige Behandlung von Bluthochdruck reduziert zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit eines Schlaganfalls.
- **Tertiäre Prävention** ist auf die Erhaltung oder die Wiederherstellung von funktionellen Fähigkeiten beim Vorliegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen ausgerichtet. Eine stationäre Rehabilitation nach einem Hirnschlag kann beispielsweise funktionale Behinderungen im Alltagsleben vermindern.

Projekt EIGER

Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Alter»¹⁷ wurde in der Region Bern das EIGER-Projekt (Erforschung innovativer Hausbesuche) durchgeführt. Zuhause lebende Frauen und Männer im Alter von 75 Jahren und mehr (791 Frauen und Männer) hatten drei Fragekreise zu beantworten:

1. Es sollte kontrolliert werden, ob das Verfahren mit präventiven Hausbesuchen - wie es in den USA getestet wurde - auch in der Schweiz mit einem andern Gesundheitssystem wirksam ist.
2. Profitieren alle oder nur ein Teil der älteren Menschen von solchen Hausbesuchen?
3. Die Vorgehensweise der Intervention und deren Einfluss auf die Wirksamkeit sollte untersucht werden.

¹⁶ Beck, Stuck, Güntert-Dubach

¹⁷ Siehe Endnote Nr. 5

Die Studie lässt die folgenden zentralen Ergebnisse erkennen:

Für eine wirksame Prävention sind eine umfassende Abklärung und Erkennung der individuellen Probleme, Risikofaktoren, aber auch der sozialen Ressourcen betagter Menschen notwendig. Zudem ist die Entwicklung eines passenden persönlichen Empfehlungsplans erforderlich, und die älteren Menschen müssen bei der Umsetzung des Plans kompetent begleitet werden.

Präventive Hausbesuche sind nur bei Betagten sinnvoll, bei denen keine hohen gesundheitlichen Risiken bestehen und sie können auch nur wirksam sein, wenn sie rechtzeitig durchgeführt werden, d.h. bevor die Betagten an sichtbaren Beschwerden und Behinderungen leiden.

Laut der Studie lassen sich mittels präventiven Hausbesuchen durch Gesundheitsdienste bei älteren gesunden Menschen die Selbständigkeit und die Gang- / Gleichgewichtsfunktion markant verbessern. Diese Besuche haben zu einer Reduktion der Pflegeheimweisungen geführt. Dies nicht, weil ältere Menschen länger zuhause betreut wurden, sondern weil sie länger selbständig alleine zuhause leben konnten.

Die Verantwortlichen des EIGER-Projektes folgern insgesamt, dass präventive Hausbesuche erfolgreich (und längerfristig Kosten sparend) sein können, allerdings nur unter der Bedingung einer umfassend qualifizierten, vielseitigen geriatrischen Abklärung, mit kompetenten Hausbesucherinnen und Hausbesuchern und einer relativ hohen Anzahl von Besuchen.

4.2 Aktivierung

Unter Aktivierung versteht man hauptsächlich Angebote, welche die Betagten zu selbstständigen und auch gemeinschaftlichen Betätigungen und Aktivitäten anregen. Wer bis spät nach der Pensionierung noch aktiv und leistungsfähig sein kann, hat auch das Bedürfnis, noch nach Kräften seinen Interessen nachzugehen. Und auch wer nicht mehr alles selbstständig besorgen kann, hat ein Interesse, seinen Alltag zu gestalten.

Grundsätzlich stehen den Betagten alle Möglichkeiten offen, welche auch jüngere Menschen haben, seien dies Vereine, Sportclubs oder auch alle Weiterbildungsmöglichkeiten wie Kurse an Schulen. Allerdings gibt es diverse Angebote, die sich speziell an Betagte und ihre Bedürfnisse richten.

Vor allem die Pro Senectute ist in diesem Bereich sehr aktiv und bietet eine Fülle von Aktivitäten und Angeboten an.

Diese können sehr unterschiedlich sein und reichen von Altersturnen und Sportangeboten, Bildungsangeboten, verschiedenen Gesundheitstrainings über Kreativkurse bis zur so genannten Interessenpflege. Insgesamt besteht das Angebot der Pro Senectute Schwyz aus rund 100 Kursen jährlich. Daneben gibt es viele Institutionen und Senioren-, Frauen- oder Samaritervereine, die Ausflüge, Spielnachmittage und dergleichen organisieren. Nicht zu vergessen sind auch viele Private, die selber solche Initiativen ergreifen.

4.3 Beratung

Neben den verschiedenen Altersvereinen und Seniorenverbänden (Kantonale Verbände, örtliche Vereine, Vereine von Pensionierten grosser Firmen) spielt auch in der Beratung auch die Pro Senectute eine wichtige Rolle.

Das Angebot der Pro Senectute umfasst hier die Beratung von Betagten sowie Angehörigen in den Themen „Finanzielle Schwierigkeiten“, „Wohn- und Beziehungsfragen“ sowie „Bewältigung von Lebenskrisen“. Des Weiteren existiert eine Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige und eine Beratung für Private, Organisationen wie auch Gemeinden, welche die Gemeinwesenarbeit ausbauen wollen.

Die meisten dieser Beratungen werden am Telefon, in einer Beratungsstelle (Schwyz und Lachen) oder auch zu Hause erbracht.

4.4 Empfehlungen

Empfehlung 2
an die Gemeinden und
Dienstleistungsanbieter

Prävention

Hausbesuche als sinnvolle Präventionsmassnahme sollen geprüft und allenfalls flächendeckend eingeführt werden.

Empfehlung 3
an die Gemeinden

Aktivierung/Beratung

*Aktivierungsangebote sind mit den Anbietern (Veranstaltern) zu koordinieren.
Beratungsangebote für Betagte sind sicherzustellen.*

5 Wohnformen im Alter

Die Zufriedenheit der zu Hause lebenden Betagten mit ihrer Wohnsituation ist relativ hoch. Allerdings ist die Eignung der Wohnung im Falle von Behinderungen gemäss der Einschätzung der Betagten vielfach nur noch teilweise oder gar nicht mehr gegeben. Am häufigsten werden Probleme wegen ungeeigneten Treppen (bzw. dem Fehlen eines Liftes), wegen zu weit entfernten Einkaufsmöglichkeiten und wegen Gartenarbeiten gesehen. In Bezug auf die Wohnungswünsche der Betagten zeigt sich ein relativ klares Bild. Solange man nicht auf Hilfe angewiesen ist, wird das Verbleiben in der eigenen Wohnung klar bevorzugt. Alters- und Pflegeheime und Pflegewohngruppen oder ähnliche Angebote werden von den Betagten nur beansprucht, wenn keine anderen Möglichkeiten mehr bestehen.

Eher zugänglich sind die Betagten für Formen des Wohnens, welche den bedarfsgerechten Bezug von Hotellerie-, Betreuungs- und Pflegeleistungen mit dem Angebot einer eigenen (Alters-)Wohnung kombinieren. Allerdings wird mit solchen Angeboten die Erwartung verbunden, dass man auch bei Pflegebedürftigkeit dort bleiben kann.

Die Auflistung zeigt verschiedene im Kanton Schwyz existierende und heute – mehr oder weniger – gebräuchliche Wohnformen.

5.1 Wohnen zu Hause

Wohnen zu Hause ist die sowohl häufigste als auch beliebteste Wohnform. Es besteht die Bestrebung bei den allermeisten Betagten, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, und diesen Zustand erst zu ändern, wenn es unumgänglich wird. Private Wohnformen garantieren viel Individualität und Privatsphäre, können aber auch ein Einsamkeitsrisiko mit sich bringen und erfordern eine hohe Selbstständigkeit. In der Regel kann auch auf öffentlich zugängliche Dienstleistungen wie z.B. einen Mahlzeitendienst zurückgegriffen werden.

5.2 Generationenwohnungen

Es gibt zwei Arten von Generationenwohnungen. Zum einen die Wohnung oder das Haus, worin mehrere Generationen einer Familie unter einem Dach leben und sich gegenseitig mit ihren Möglichkeiten unterstützen. Der stete Kontakt zur eigenen Familie macht diese Wohnform sehr beliebt. Allerdings ist Rücksichtnahme wichtig und Konflikte sind nicht auszuschliessen. Die andere Variante ist ausserfamiliär. Eine betagte Person

vermietet ein Zimmer oder einen Teil des Hauses. Unter Umständen kann ein Teil der Miete aus gewissen Dienstleistungen besteht. Das Prinzip ist das gleiche: Man bleibt in Kontakt mit anderen, auch jüngeren Menschen, hat eine gewohnte Umgebung und kann sich seine Mitbewohner selber aussuchen, muss aber auch ein gutes Mass an Toleranz mitbringen. Die innerfamiliäre Generationenwohnung ist im Kanton Schwyz weit verbreitet.

5.3 Betreutes Wohnen

Unter betreutem Wohnen sind hindernisfreie (behindertengerechte) kleinere Wohnungen zu verstehen, deren Bewohnerinnen und Bewohner ihren Haushalt soweit als möglich selbst besorgen und verschiedene Dienstleistungen fest als Teil des Pflege- und Betreuungsvertrages (normalerweise mindestens einen Notruf) bzw. nach Bedarf (Reinigung, Verpflegung, Pflege- und Betreuung etc.) beanspruchen können. Das betreute Wohnen verbindet die Annehmlichkeit einer eigenen Wohnung mit einer erhöhten Sicherheit eines verfügbaren Dienstleistungsangebotes im Bedarfsfall. Günstig ist die Verbindung zu einem Alters- und Pflegeheim, dessen Dienstleistungen beansprucht werden können, ideal natürlich die geografische Nähe zu einer solchen Einrichtung. Bei schwerer Pflegebedürftigkeit muss allerdings eine andere Unterbringung gefunden werden.

5.4 Alterswohnungen

Alterswohnungen sind Wohnungen, die auf die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sind. Sie umfassen ein bis höchstens drei Zimmer und sind hindernisfrei (rollstuhlgängig). Eine gute demographische Durchmischung fördert Aktivitäten und den Kontakt zwischen den Generationen. Mehrere Alterswohnungen zusammengefasst mit Gemeinschaftsräumen und gemeinschaftlichen Einrichtungen werden als Alterssiedlung bezeichnet. Häufig liegen die Alterswohnungen direkt neben einem Alters- und Pflegeheim. Für das Wohnen in einer Alterswohnung braucht es eine weitgehende Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.

Gegenüber der Erhebung 1993, die ca. 200 Alterswohnungen auswies, hat sich das Angebot an Alterswohnungen auf über 550 Wohnungen beinahe verdreifacht und besteht in vielen der Gemeinden des Kantons.¹⁸ Die vorhandenen Alterswohnungen sind praktisch vollständig besetzt.

¹⁸ Vgl. Tabelle 3, Tabellenanhang S.48

5.5 Alterswohngemeinschaften

Wohngemeinschaften (WG) scheinen der heutigen Betagtengeneration eher fremd zu sein. Sie hat diese Form nie gelebt. Es ist möglich, dass kommende Generationen diese Wohnform in Zukunft aber vermehrt wählen werden. Andererseits ist es auch nicht auszuschliessen, dass viele eine verminderte Privatsphäre fürchten und deshalb von dieser Möglichkeit eher Abstand nehmen. Diese Wohnform fördert die Gemeinschaftlichkeit, ermöglicht gegenseitige Hilfe und spart Kosten. Sie setzt aber eine gute Verträglichkeit und eher hohe Toleranz voraus.

5.6 Tagesheime

Tagesheime sind in erster Linie für Tagesgäste vorgesehen. Diese Heime dienen der Aktivierung und der Betreuung. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Entlastung von Angehörigen. Dazu existieren unter anderem Tages- und Ferienplätze, also zeitlich begrenzte Pflege- und Betreuungsangebote. Weiter kann dadurch der vorgesehene Eintritt in ein Pflegeheim verschoben werden, etwa bei dementen Betagten. Weiterentwickelte Tagesheime oder spezielle Tageskliniken können auch für Patientinnen und Patienten dienlich sein, die ein Betreuungsangebot nach einem Spitalaufenthalt im Sinne der Übergangspflege suchen. Solche Angebote werden vor allem von Alters- und Pflegeheimen bereitgestellt.

5.7 Pflegewohngruppen

Pflegewohngruppen sind Wohngemeinschaften von kleinen Gruppen von pflegebedürftigen Betagten, die rund um die Uhr in einer gemeinsamen Wohnung betreut und gepflegt werden. Verschiedene Evaluationen dieser Wohnform haben gezeigt, dass in dezentralen Wohngruppen eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität erreicht werden kann. Die Pflegenden schätzen es, dass sie über längere Zeit Bezugspersonen einer kleinen Gruppe von Betagten sind. Pflegewohngruppen verursachen hohe betriebliche Kosten, da bei der 24h-Betreuung teilweise eine Person des Pflegepersonals nur für wenige Bewohner aufkommt.

5.8 Pflegeheime

Die wohl bekannteste Wohnform stellt das Alters- und Pflegeheim dar. Nach wie vor werden sie am meisten von Betagten genutzt, wenn intensivere Pflege benötigt wird. Die ursprüngliche Unterscheidung nach Altersheimen und Pflegeheimen erübrigt sich heute, da praktisch alle Altersheime heute auch Pflege anbieten und auch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) keine Unterscheidung vornimmt. Eigentliche Altersheime existieren nicht mehr und wurden durch Alterswohnungen abgelöst.

Das meist hohe Eintrittsalter und die oft damit verbundene Pflegebedürftigkeit lassen eine adäquate Betreuung meist nur noch in einem Pflegeheim zu.

Gegenüber anderen Wohnformen hat das Heim eine gute Balance zwischen individuellen und kollektiven Dimensionen. Das Angebot umfasst einen eigenen Wohnbereich, und je nach Wunsch und Möglichkeit kann an gesellschaftlichen Aktivitäten im Heim teilgenommen werden. Die Alters- und Pflegeheime bieten den Vorteil einer umfassenden 24-Stunden-Betreuung und garantieren so eine grosse Versorgungssicherheit. Auch bei hoher Pflegebedürftigkeit müssen die Bewohner im Normalfall den Wohnort nicht wechseln und können meist bis ans Ende ihres Lebens im Alters- und Pflegeheim bleiben.

5.9 Seniorenresidenzen

Die Seniorenresidenz stellt eine Alternative zum Alters- und Pflegeheim dar. Allerdings sind diese Residenzen private Einrichtungen mit hohem Standard und werden nach marktwirtschaftlichen Kriterien geführt.

5.10 Empfehlung

Empfehlung 4 an die Gemeinden

Wohnformen

Den Gemeinden wird empfohlen, ein kurz-, mittel- und langfristiges Alterswohnkonzept zu erarbeiten. Wo die Möglichkeiten bestehen, wird künftig vermehrt die Realisierung von Konzepten des betreuten Wohnens empfohlen. Dem Wunsch der meisten Beteiligten, auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung bleiben zu können, soll durch ein gut ausgebautes Angebot der offenen Altershilfe im Rahmen definierter Leistungsgrenzen entsprochen werden können.

6 Ambulante Pflege und Betreuung

Es entspricht dem Wunsch der meisten Betagten, möglichst lange in ihrer angestammten Wohnung bzw. in ihrem Eigenheim verbleiben zu können. Um diesem Bedürfnis nachzukommen, bedarf es eines leistungsfähigen ambulanten Angebotes sowie auch Anstrengungen im Bereich der Integration von allein lebenden Betagten in das gesellschaftliche Leben.

6.1 Spitex-Dienste

Die Spitex-Dienste sorgen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung dafür, dass Hilfs- und Pflegebedürftige die notwendige Hilfe und Betreuung zu Hause erhalten, solange sie eine Pflege und Betreuung zu Hause wünschen und es für ihre Umgebung sinnvoll, zumutbar und auch wirtschaftlich ist. Des Weiteren gewährleisten sie ein bedarfsgerechtes Dienstleistungsangebot, das alle Leistungen enthält, die für eine Pflege und Betreuung zu Hause notwendig sind, insbesondere auch hauswirtschaftliche Dienste, Mahlzeitendienst, Transportdienst, Krankenmobilitätsverleih und Entlastungsdienste.

Der Einsatz der Spitex-Dienste erfolgt aufgrund einer Bedarfsabklärung bei den Klienten. Die Spitex-Dienste sorgen für gut erreichbare Koordinations- und Vermittlungsstellen, welche die Klienten bei der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen kompetent beraten und die Koordination verschiedener Dienste (soweit erforderlich) übernehmen.

Finanzierung

Die Finanzierung der Spitex-Kosten erfolgt durch die Benutzer selbst, die Versicherer, den Bund (bis in Kraftsetzung NFA) und die Gemeinden als verantwortliche Auftraggeber. Der Kanton leistet einen Beitrag an den Spitex Kantonalverband Schwyz, welcher folgende Aufgaben wahrnimmt:

- Vertretung der gemeinsamen Interessen der Mitglied-Organisationen bei Institutionen des öffentlichen und privaten Rechts (Behörden, Berufsverbänden, Versicherungen)
- Information und Beratung der Mitglied-Organisationen
- Zusammenarbeit mit Spitex-Organisationen auf kommunaler, kantonaler und eidgenössischer Ebene

Mit dem Inkrafttreten des KVG haben sich die von den Versicherern übernommenen Tarife stark erhöht (1993 noch Fr. 6.50 bis Fr. 10.50 für Grund- und Behandlungspflege, 2004 bereits Fr. 52.20/Stunde abzüglich 10% Selbstbehalt). Die Tarife für kassenpflichtige Leistungen werden zwischen dem Spitex Kantonalverband Schwyz und santésuisse

vereinbart. Die hauswirtschaftlichen Tarife, die vom Benutzer zu tragen sind, werden von den Organisationen individuell festgelegt und liegen mehrheitlich bei ca. Fr. 22.00/Stunde.

Abdeckung

Die Übersicht über das Spitex-Angebot im Kanton Schwyz¹⁹ zeigt die bestehenden Trägerschaften sowie deren Einzugsgebiete nach Gemeinden. Die Zahl der Organisationen hat sich in den letzten Jahren weiter auf insgesamt 13 reduziert, davon weisen fünf Trägerschaften weniger als drei Vollzeitstellen aus.

Die Kerndienstleistungen Pflege und hauswirtschaftliche Dienste sind in sämtlichen Gemeinden abgedeckt. Bis auf zwei Organisationen bieten alle einen Abenddienst – zumindest bei Bedarf – und bis auf drei auch einen Nachtdienst an, wobei effektive Einsätze nachts praktisch nicht vorkommen.²⁰ Die Tabelle 4 im Anhang I gibt einen Überblick über die Abdeckung mit Diensten im weiteren Sinne.

Erbrachte Leistungen

Wie die nachstehende Übersicht zeigt, haben sich die Spitex-Dienste seit 1990 stark entwickelt. Von 1990 bis 2002 hat sich die Zahl der geleisteten Stunden mehr als verdoppelt und die Gesamtkosten haben sich fast vervierfacht. Dies ist auf die nach Einführung des KVG erfolgte Qualitätsentwicklung und Professionalisierung der Spitex-Dienstleistungen zurückzuführen.

Entwicklung der Kosten und Leistungen der Spitex Dienste 1990 bis 2002

	1990	1991	1992	1993	2002
Anzahl Stunden in 1'000	56.98	65.85	75.53	94.98	119.49
Index 1990=100	100	115.6	132.5	166.7	209.71
Gesamtkosten in Mio. Fr	2.42	2.83	3.465	4.57	9.4
Index 1990=100	100	116.9	143	188.8	388.4
Kosten pro Stunde	42.45	42.95	45.8	48	79
Index 1990=100	100	101.2	107.9	113.1	186.1
Beiträge Kanton (in 1'000 Fr.)	307.9	435.5	500	632.9	0

Quelle: Zusammenstellung SZVG; Subventionsabrechnungen Amt für Gesundheit und Soziales; BSV Spitex-Statistik 2002

¹⁹ Vgl. Tabelle 4, Tabellenanhang S.49

²⁰ Vgl. Tabelle 2, Tabellenanhang S.47

Im gesamtschweizerischen Quervergleich zeigt sich, dass die Spitex-Dienste im Kanton Schwyz unterdurchschnittlich ausgebaut sind.

Versorgung und Kosten der Spitex Kanton Schwyz im Jahre 2002

	Kanton Schwyz	Total Schweiz	Bemerkungen
Klientenstruktur: - Anteil Klient/-innen 65+/80+ in %	59.2/32.6	71.5/42.4	Die Spitex Schwyz betreut überdurchschnittlich viel Klient/-innen in der Altersgruppe 20-64, unterdurchschnittlich viele Betagte
Versorgungsdichte / -intensität: - Vollzeitstellen pro Einwohner - Vollzeitstellen pro Einwohner 65+ - Krankenpflege-Leistungsverordnungs-Klienten pro 1'000 Einwohner - Hauswirtschafts-Klienten pro 1'000 Einw. - Stunden pro Klient	0.8 6.2 14.3 8.5 51.2	1.4 9.1 19.4 15.2 56.3	Unterdurchschnittliche Versorgungsdichte, tiefste der Zentralschweiz Tiefster Wert ganze Schweiz Durchschnitt Zentralschweiz: 55.3
Kosten - Kosten pro Klient - Kosten pro Einwohner - Pro verrechnete Stunde	4'026.-- 71.-- 79.--	4'891.-- 131.7 87.--	Die Spitex im Kanton Schwyz arbeitet vergleichsweise kostengünstig.
Finanzierung - Anteil Eigenfinanzierung - Anteil Kanton/Gemeinden	68.1 13.1	49.4 33.7	Hoher Eigenfinanzierungsgrad und geringe Beiträge der öff. Hand

Quelle: BSV Spitex-Statistik 2002

Soweit die verfügbaren Daten eine Beurteilung zulassen, werden die Leistungen im Kanton Schwyz kostengünstig und bedarfsgerecht erbracht. Der Eigenfinanzierungsgrad ist hoch und der Subventionsanteil der öffentlichen Hand, im Wesentlichen der Gemeinden, ausserordentlich tief.

Verbesserungsansätze

Verschiedene Spitex-Organisationen (insgesamt 5 von 13) stellen noch Lücken im Spitex-Angebot fest. Genannt werden unter anderem die Pflege und Betreuung an Abenden und nachts, die Langzeitbetreuung von psychisch kranken Klientinnen und Klienten, die Sterbebegleitung und das Fehlen von Tagesplätzen.

Auf vorhandene nicht KVG-bedingte Leistungsgrenzen weisen 7 von 13 Organisationen hin (zu viele Klientinnen und Klienten in Spitzenzeiten, ganztägige Betreuung beim Ausfall der haushaltführenden Person, fehlende fachliche Voraussetzungen bei psychisch Erkrankten und bei Infusionstherapien sowie zeitliche Limitierungen abends und nachts).

Als gegenwärtige Hauptprobleme nennen die Spitex-Organisationen:

- Schwierigkeiten bei der Pflege und Betreuung von Dementen (fehlende fachliche Unterstützung, zu wenig spezialisierte stationäre Plätze, Verwahrlosung);
- Die zu frühe Entlassung aus den Akutspitälern, teilweise verbunden mit einer fehlenden oder zu spät angegangen Austrittsplanung;
- Die Zunahme der psychisch erkrankten Klientinnen und Klienten und die bestehenden Finanzierungsprobleme seitens der Versicherer bei der Kostenübernahme;
- Fehlende, einfach zugängliche und bezahlbare Angebote (Tages- und Nachplätze) für die Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Die Kostenvorteile der ambulanten Betreuung kommen vor allem dann zum Tragen, wenn dadurch Heimeintritte verzögert oder vermindert werden können. Inwieweit dies der Fall ist, wird in der internationalen Literatur kontrovers diskutiert.

Grundsätzlich hängt die Nachfrageentwicklung im Spitexbereich vom bestehenden Angebot ab. Konjunkturelle und gesellschaftliche Entwicklungen werden die Nachfrage nach Spitex-Dienstleistungen mehr beeinflussen als die Bevölkerungsentwicklung. Bei günstiger Wirtschaftslage werden weniger Angehörige ihre Eltern pflegen. Weitere Veränderungen in der Nachfrageentwicklung sind z.B. auch, dass künftige Betagte weniger Kinder haben, es mehr Einpersonenhaushalte geben wird oder dass die Söhne und Töchter weiter weg von ihren Eltern wohnen.

Zusammenfassung

Im Quervergleich betrachtet ist das Spitex-Angebot im Kanton Schwyz bedarfsgerecht ausgebaut und arbeitet kostengünstig. Die organisatorische Zusammenfassung der Kerndienste in lokalen und regionalen Spitex-Organisationen ist fortgeschritten und erlaubt weitgehend eine effiziente Arbeitsweise. In Teilbereichen des Leistungsangebotes bestehen allerdings noch Lücken und die durchgeführten Erhebungen deuten darauf hin, dass der Bedarf an Optimierung erkannt ist.

6.2 Weitere ambulante Dienste

Nebst und teilweise auch innerhalb der Spitex gibt es noch andere Möglichkeiten der ambulanten Pflege und Betreuung. Eine davon sind Alters- und Pflegeheime mit so genannten Stützfunktionen. Diese bieten zu Hause lebenden Betagten zum Beispiel einen Fahrdienst, Ferienbetten, Mahlzeitendienste und einen Wäschedienst an.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) bietet in Zusammenarbeit mit der Spitex ebenfalls verschiedene ambulante Dienste an, die immer häufiger benutzt werden. Das Angebot umfasst heute vor allem einen Fahrdienst, ein Notrufsystem, Entlastungsdienste für pflegende Angehörige und Ergotherapie.

Die Pro Senectute bietet als „Hilfe zu Hause“ einen Fahrdienst, Besuchsdienste und Rollstühle an.

6.3 Angehörigenpflege und freiwillige Dienste

Die tägliche Betreuung rund um die Uhr ist sehr anspruchsvoll und bringt die Angehörigen oft an die psychische und physische Belastungsgrenze. Neben der Angehörigenunterstützung ist die nachbarschaftliche und freiwillige Hilfe von grosser Bedeutung in der Altersversorgung. Grenzen finden diese beiden Unterstützungsformen, wenn längere Zeit intensive Dienstleistungen erbracht werden müssen. Sobald es um mehr als um alltägliche, kleinere Dienste geht, müssen zum Erhalt dieser wertvollen Kräfte Strukturen und Entlastungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Selbsthilfe ist ebenfalls Teil der Freiwilligenarbeit. Die älteren Menschen wollen nicht nur konsumieren und umsorgt werden, sondern ihre Kräfte sinnvoll einsetzen und zwischenmenschliche Kontakte pflegen und stärken.

Bei der Familienpflege wird mindestens eine betagte Person von einer Familie, einem Ehepaar oder auch einer Einzelperson aufgenommen und gepflegt. Für die Regelung des Kost- und Pflegegeldes sowie der fachlichen Beratung wird zumeist ein Pflegevertrag vereinbart.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, die angehörigen freiwilligen Pflegenden zu unterstützen:

- Bereitstellung von temporären Plätzen (so genannte Tages-, Ferien- oder Gastbetten) in Alters- und Pflegeheimen
- Anerkennungs-, Belohnungs- und Unterstützungsformen wie die Einführung eines Sozialzeitausweises, einer Spesenentschädigung oder Weiterbildungsangebote
- Professionelle Beratung und Begleitung für freiwillige Helfer
- Austauschmöglichkeiten zwischen Profis und Freiwilligen zur Förderung des gegenseitigen Verständnisses und zum Austausch von Wissen und Erfahrung
- Anschubhilfe beim Aufbau von Selbsthilfeorganisationen

Mit solchen Massnahmen kann die „Leistungsfähigkeit“ dieser Pflegeform gestützt werden. Da ein grosser Teil an Pflege so geleistet wird ist Unterstützung bedenkenswert. Die Angehörigen bitten in der Regel nicht von sich aus um Hilfe oder wenden sich an eine Organisation oder Beratungsstelle. Projekte haben allerdings gezeigt, dass viele die Angebote gerne annehmen, wenn man sie gut damit vertraut macht. Offen bleibt die Frage, wer diese unterstützenden Aufgaben übernehmen kann oder soll, wer sie koordiniert und finanziert.

6.4 Sterbebegleitung

Idealerweise sollte ein soziales und oder religiöses Netz von Freunden, Angehörigen und Institutionen den Sterbenden auf seinem individuellen Weg begleiten und unterstützen. Dabei ist es wichtig, die Würde des Sterbenden zu wahren und gemeinsam mit ihm und den Angehörigen nach Lösungen zu suchen, welche den Bedürfnissen des Sterbenden Rechnung tragen. Dabei ist die Entscheidungsfindung bei einem urteilsunfähigen Patienten viel schwieriger. Welche Therapien sind dabei noch hilfreich oder welche Komplikationen dürfen zugelassen werden? Wie viel Entscheidungskompetenz bei der Frage nach lebensverlängernden Massnahmen hat der Patient in dieser Situation tatsächlich noch?

Mit der palliativen Pflege kann das Sterben erleichtert werden und der Bewohner und deren Angehörige können dadurch eine hohe Lebensqualität auch im Sterben erleben. Dem Wunsch eines Patienten, zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim zu sterben, sollte Rechnung getragen werden. Dabei muss in Zukunft die Diskussion über die Art des Sterbens intensiver geführt werden (Palliative Pflege, aktive und passive Sterbehilfe, Freitod).

Bei diesem schweren und – zumindest teilweise – langwierigen Prozess soll der Sterbebegleiter auch für sich selber die nötige Hilfe zu beanspruchen können. Es geht ja nicht nur darum, das Sterben des Patienten zu akzeptieren, sondern auch seine eigene Sterblichkeit zu bedenken und annehmen zu können. Das Ende des Lebens soll niemand alleine bewältigen müssen, und das Sterben darf kein Tabu sein.

6.5 Empfehlungen

**Empfehlung 5
an die Gemeinden**

Ambulante Dienste

Die Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten auf lokaler Ebene soll durch eine enge Zusammenarbeit intensiviert werden. Die Freiwilligenarbeit ist mit Anreizen zu fördern.

**Empfehlung 6
an die Spitex**

Ambulante Dienste (Pflege)

Die Spitex schliesst allfällig vorhandene Lücken in Übereinstimmung mit dem gesetzlichen Auftrag. Sie optimiert ihr Angebot und erbringt ihre Leistungen bedarfsgerecht und kostengünstig.

**Empfehlung 7
an die Institutionen**

*Ambulante Dienste
(Betreuung)*

Für die Aufnahme von pflegebedingten Notfällen und für temporäre Aufenthalte sowie Entlastungsangebote sind die notwendigen Kapazitäten einzuplanen.

7 Stationäre Pflege und Betreuung

7.1 Angebot und Nachfrage

Das Bettenangebot wurde vor allem in den 80-er Jahren stark erweitert. Dies ist im wesentlichen auch der Zeitraum, in dem der Bund im Rahmen des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenversicherung den Bau der Altersheime bis zu maximal einem Drittel und der Kanton je nach Finanzkraft der Standortgemeinde zwischen 20% und 40% der anrechenbaren Kosten subventionierte.²¹

Mittels eines Fragebogens wurden Angebot und Auslastung mit Stichtag 30.9.2003 erneut in allen Alters- und Pflegeheimen erhoben.

Übersicht über die Entwicklung des Angebotes an Alters- und Pflegeheimplätzen im Kanton Schwyz

	1971	1977	1981	1993	2003
Anzahl Plätze/Betten	944	910	1'182	1'540	*1'424
- Belegung	863	859		1'434	1'352
- in %	91	94	n.v.	93.1	94.9
Wohnbevölkerung 65+	9'020	10'508	11'146	13'361	16'665
Wohnbevölkerung 80+	1'267	1'527	1'638	3'258	4'090
Bettendichte in %	74.5	59.6	72.0	47.3	34.8
Heimbewohner von ausserhalb des Kantons	269	241		310	166
- in %	31.2	28.1		21.6	12.3

* Ohne die Angebote der Klöster, welche 1993 nicht miteinbezogen worden waren. Anhang I enthält das aktuelle Angebot inkl. Klöster basierend auf den Bevölkerungsangaben 2005. Wohnbevölkerung 65+ bzw. 80+ gemäss jeweils aktuellen Angaben Volkszählung (nur alle 10 Jahre verfügbar). Quelle: Departement des Innern, Gesamtplanung Kanton Schwyz, März 1971; Interne Erhebung Departement des Innern 1977; Zusammenstellung der AHV-Ausgleichskasse 1981; eigene Erhebung bei den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Schwyz 1993, 2003

Gegenüber der Erhebung 1993 zeigt sich eine Abnahme des frei verfügbaren Angebots (ohne Berücksichtigung der Angebote der Klöster, welche nur Ordensmitgliedern offen stehen). War 1993 noch ein Angebot von 1'540 Alters- und Pflegeheimplätzen vorhanden, reduzierte sich dieses Angebot auf 1'424 Plätze im Jahre 2003. Verschiedene Heime gaben den Betrieb auf, weil sich die Infrastruktur für die Betreuung von Pflegebedürftigen nicht eignete, wegen Auslastungsschwierigkeiten oder aus nicht bekannten Gründen.

²¹ Subventioniert wurden Bauten, die nach dem 1.1.1973 begonnen, vor dem 1.1.1986 angemeldet und vor dem 30.6. 1990 begonnen wurden.

Zudem reduzierten in den Regionen Mitte und Süd die Heime ihr Bettenangebot (minus 31 Plätze).

Mit Ausnahme des im Jahre 2004 eröffneten Alterszentrums der Tertianum AG in Pfäffikon entstanden keine neuen Heime. In der Region Nord wurde allerdings das Bettenangebot der bestehenden Heime um 44 Plätze erweitert.

Die Bettendichte (Anzahl Plätze in % der 80-jährigen und älteren) hat seit 1993 nochmals abgenommen und liegt mit rund 35% (ohne Klöster, Basis 2000) noch immer etwas über dem gesamtschweizerischen Schnitt von ca. 31%²². Der Hauptgrund für diese hohe Bettendichte ist in einem relativ hohen Anteil an Zuzügen von ausserhalb des Kantons zu suchen. Im Zeitvergleich zeigt sich aber klar, dass dieser Anteil rückläufig ist. Betrug der Anteil 1993 noch 21.6%, reduzierte sich dieser auf rund 12.3% im Jahre 2003.

Angebot und Auslastung nach Regionen

Planungsregion	Alters- und Pflegeheimplätze		Bettendichte (in % der 80+)	Auslastung (in %)
	1993	2003	2003	2003
Region Süd; 12 Träger, minus 2	937	822	41.6	93.3
Region Mitte; 3 Träger, unverändert	182	179	26.6	97.2
Region Nord; 9 Träger, plus 1, minus 3	421	423	25.4	98.1
Klöster (6 Träger)	n.v.	135		96.3
Total	1'540 (ohne Klöster)	1'424 (mit Klöster 1'559)	34.5	95.3

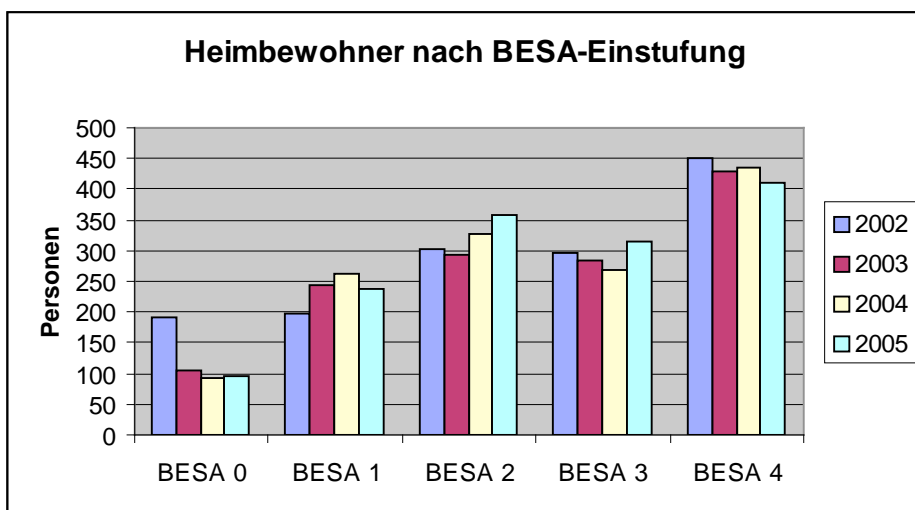
Quelle: Erhebungen Alters- und Pflegeheime 1993 und 2003

In der Region Süd ergibt sich die höchste Bettendichte und gleichzeitig auch die geringste Auslastung, während in den andern beiden Regionen niedrige Bettendichten und hohe Auslastungen zu verzeichnen sind.

²² Basis Haushaltsstatistik 1990 bei einer angenommenen durchschnittlichen Auslastung von 95%.

BESA – Einstufung der Heimbewohner

BESA steht für «**B**ewohner/innen - **E**instufungs- und **A**brechnungssystem» im Kanton Schwyz. Dieses Instrumentarium dient der Erfassung von Pflege- und Behandlungsmassnahmen bei der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen. Der Grobraster umfasst die Stufen 0 bis 4, welche das Ausmass der Pflegeleistung umschreiben.



Quelle: Santésuisse

Gegenüber der Erhebung 1993 haben die von den Heimen als Altersheimbetten deklarierten Plätze zugunsten von Plätzen, welche in einem gemischten Betrieb (Alters- oder Pflegeheimplatz je nach Pflegebedürftigkeit des Heimbewohners) liegen, stark abgenommen. 1993 wurden 42.5% der Plätze als Altersheimplätze deklariert. Gemäss der Erhebung 2003 sind es 3.8%, während die Plätze im gemischten Betrieb über 70% ausmachen.

Der Anteil der Plätze in Einerzimmern hat gegenüber 1993 von 68.3 auf 74.6% zugenommen. Die geringste Auslastung findet sich nach wie vor bei den Zweierzimmern (87.3% im Vergleich zu 97.8% bei den Einerzimmern). Gut ausgelastet sind auch mit 98% die, allerdings quantitativ aber kaum ins Gewicht fallenden, Dreier-/Viererzimmer.

Die meisten Heime führen eine Warteliste. Die Zahl der dringlichen Anmeldungen bleibt im Vergleich zum entsprechenden Bettenbestand aber gering (6.9%). Zahlenmässig gering sind auch dringlich angemeldete Personen (14 von 98), welche am Erhebungsstichtag in einem Spital auf einen Alters- und Pflegeheimplatz warteten.

Aus der Sicht der befragten Spitex-Organisationen haben sich die Wartezeiten gegenüber 1993 nicht wesentlich verändert, wobei allerdings die Möglichkeit von sofortigen Eintritten abgenommen hat.

Wie lange müssen Ihre Klienten, die dringend auf einen Heimplatz angewiesen sind, in der Regel warten?

	Eintritt sofort möglich	etwa einen Monat	einen Monat bis ein Vierteljahr	länger als ein Vierteljahr
Anzahl Antworten	3	2	5	0
in % 2003	30.0	20.0	50.0	0.0
in % 1993	41.2	11.8	35.3	11.8

Quelle: Erhebung Spitex

Deutlich abgenommen haben die Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung von freien Plätzen: Gaben 1993 noch ein Drittel der Heimleiter an, dass sie im Jahre 1993 gewisse Schwierigkeiten bei der Besetzung der Heimplätze hatten, waren es im Jahre 2003 noch 23%.

Das Dienstleistungsangebot in den einzelnen Heimen ist im Kanton Schwyz gut ausgebaut und wurde seit 1993 erweitert. Immerhin rund drei Viertel der Heime bieten zu Hause lebenden Betagten einen Mittagstisch an und ein Drittel der Heime nehmen Tagesgäste auf.

Tarife in Alters- und Pflegeheimen

Tarife pro Tag im Jahr 2005	BESA 1	BESA 2	BESA 3	BESA 4
Pflegetarife min	20.00	45.00	90.00	116.00
Pflegetarife max	38.00	76.00	124.00	196.00
Durchschnitt Pflegekosten	26.00	61.00	105.00	146.00
Beitrag KVG an Pflege	-15.00	-35.00	-62.00	-72.00
Durchschnitt ungedeckte Pflegekosten	11.00	26.00	43.00	74.00
Grundtaxe APH min	70.00	70.00	70.00	70.00
Grundtaxe APH max	146.00	146.00	146.00	146.00
Durchschnitt Grundtaxe APH	100.00	100.00	100.00	100.00
Beitrag Heimbewohner	111.00	126.00	143.00	174.00

Zusammenfassung

Gegenüber 1993 haben die frei verfügbaren Plätze abgenommen, und die Bettendichte ist gesunken. Die 1993 noch tiefe Bettenauslastung hat sich merklich erhöht und liegt nun im Durchschnitt anderer Kantone. Belegungsschwierigkeiten sind selten geworden und stehen mehr im Zusammenhang mit individuellen Angebotsproblemen der betreffenden Häuser. Alle Indikatoren sprechen für eine deutliche Zunahme der Beanspruchung des stationären Langzeitbereichs. Dabei bleiben die grossen regionalen Unterschiede mit einer deutlichen Angebotsknappheit in der Region Nord und einem allerdings geringer gewordenen Angebotsüberschuss in der Region Süd nach wie vor bestehen. In qualitativer Hinsicht konnte das Angebot verbessert werden.

7.2 Bedarfsplanung

7.2.1 Rahmenbedingungen

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist der Kanton verpflichtet, den Bedarf an Alters- und Pflegeheimplätzen zu planen und eine Pflegeheimliste zu führen. Die 30 Heime (davon 6 Klöster), die auf die Pflegeheimliste aufgenommen wurden, sind grundsätzlich berechtigt, kassenpflichtige Leistungen abzurechnen.

Der künftige stationäre Bedarf an Alters- und Pflegeheimplätzen ist von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig:

- Entwicklung der betagten und vor allem der hochbetagten Bevölkerung
- Entwicklung des Eintrittsalters und Aufenthaltsdauer
- Angebot und Verfügbarkeit der Spitex-Dienste
- Fortschritte in der Medizin, Rehabilitation und in der Behandlung von altersspezifischen Erkrankungen (v.a. bei Demenzerkrankungen)
- Einstellung der Betagten gegenüber kollektiven Wohnformen
- Verfügbarkeit und Attraktivität des stationären Angebotes
- relative Kosten der Inanspruchnahme für den Einzelnen und damit Finanzierung der stationären und ambulanten Pflege und Betreuung

Es ist fast unmöglich, diese Faktoren in einem noch überschaubaren Modell für eine Bedarfsbestimmung darzustellen. Um dennoch zu einer quantitativen Vorstellung über den künftigen Bedarf zu gelangen, wurde im Altersleitbild 95 empfohlen, für stationäre Angebote von einem Richtwert in % der über 80-jährigen und älteren auszugehen. Dieses Vorgehen hat sich grundsätzlich bewährt. Hingegen soll im Folgenden geprüft werden, ob die einzelnen Planungsparameter aufgrund neuer Daten und Entwicklungen anzupassen sind.

7.2.2 Auslastung und Planungsrichtwert

Zum Zeitpunkt der Erhebung (2003) lebten 1'352 Betagte in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Schwyz. In % der 80-jährigen und älteren (80+) entspricht dies einer Institutionalisierungshäufigkeit von 32.7%²³ (ohne Klöster, inkl. Betagte mit ausserkantonaler Herkunft), was gegenüber dem Wert 1993 einer wesentlichen Reduktion entspricht.

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Institutionalisierungshäufigkeiten. Nicht berücksichtigt wurden Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton Schwyz, welche in einem Heim ausserhalb des Kantons gepflegt und betreut wurden. Gemäss einer ähnlichen Erhebung im Kanton St. Gallen sind rund 43 Personen aus dem Kanton Schwyz in Heimen der Region Linthgebiet untergebracht. Aufgrund der Knappheit des Angebots in der Region Nord ist auch zu erwarten, dass nahe gelegene Heime im Kanton Zürich etwa im gleichen Umfange Bürgerinnen und Bürger des Kantons Schwyz beherbergen, sodass die effektive Institutionalisierungshäufigkeit (ohne Ausserkantonale) unter 30% liegt.

Institutionalisierungshäufigkeiten 1993 und 2003

	1993		2003	
	Anzahl	in % 80+	Anzahl	in % 80+
Heimbewohner ohne Klöster	1'436	40.9%	1'352	32.7%
- aus Kanton Schwyz	1'126	32.0%	1'186	28.7%
- Zuzüger ausserkantonale	310	8.8%	166	4.0%
Bevölkerung 80+ interpoliert (2003; 80+ ohne Klöster)	3'514		4'131	

Quelle: Erhebung Heimbewohner/-innen 1993/2003

Für die künftige Planung wird empfohlen, von einem etwas geringeren Richtwert als bisher auszugehen, nämlich von 28% statt bisher 29%.

Damit wird die Erwartung geäussert, dass die künftige Inanspruchnahme der stationären Pflege und Betreuung weiterhin noch etwas sinken wird:

- Das durchschnittliche Eintrittsalter in Alters- und Pflegeheime hat weiter zugenommen und beträgt im Jahre 2003 bereits 78.6 Jahre (76.5 im Jahre 1993). Der Trend, dass Betagte immer später und in der Regel auch bereits pflegebedürftiger in Alters- und Pflegeheime eintreten, dürfte auch in Zukunft anhalten. Nun gibt sich daraus aber nur eine Entlastung,

²³ Gemäss Bevölkerungsperspektive 2000 4090 80-Jährige und Ältere, 2005 gemäss Perspektive 4514 ergibt interpoliert für 2003 4344, abzüglich 213 80-Jährige und Ältere in Klöster ergibt den Wert von 4131.

wenn auch die Aufenthaltsdauer (die Anzahl im Heim verbrachter Tage) sinkt. Dafür gibt es aber keine gesicherten Angaben.²⁴

- Das Altersleitbild 1995 ging davon aus, dass die ambulante Betreuung durch die Spitex noch erheblich ausgebaut werden könne und dass damit Alters- und Pflegeheimaufenthalte reduziert werden können. Diese Wirkung konnte nicht belegt werden und ist gemäss neueren Kenntnissen widersprüchlich.²⁵ Die Möglichkeit, ambulante Betreuungsformen noch mehr zu verbreiten, wird als eher gering eingeschätzt.
- Fundierte Analysen von altersspezifischen Institutionalisierungshäufigkeiten sind selten und nur teilweise anwendbar. Wird die Entwicklung in den letzten 10 Jahren bzw. die differenzierten altersspezifischen Werte betrachtet, zeigt sich ein deutlicher Trend zu niedrigeren Institutionalisierungshäufigkeiten.

7.2.3 Ausserkantonale Herkunft

Der Anteil von ausserkantonalen Heimbewohnerinnen und -bewohnern hat zwar erheblich abgenommen, ist aber mit 12.3% immer noch hoch und soll wie bis anhin in der Angebotsplanung mitberücksichtigt werden.

Herkunft der Heimbewohner/-innen nach Region

Herkunft aus Planungsregion:	in einem Heim in der Planungsregion			Total	in %
	Nord	Mitte	Süd		
Nord	336	11	11	358	26.5
Mitte	3	146	13	162	12.0
Süd	2		627	629	46.5
fehlende Bewohnerangaben	30	1	6	37	
Total	411	174	767	1'352	100
- davon mit ausserkant. Herkunft	40	16	110	166	
- in %	9.7	9.2	14.3	12.3	

Quelle: Erhebung Heimbewohner/-innen 2003

²⁴ Im Kanton St. Gallen ist die Aufenthaltsdauer von 1998 auf das Jahr 2000 deutlich gesunken, auf das Jahr 2002 aber wieder angestiegen. Mit 1368 Tagen wurde der Wert von 1998 (1328 Tage) übertroffen. Auch im Kanton Bern ist aus den Daten der Kantonalen Koordinationsstelle in der Tendenz insgesamt zwar ein leichter Rückgang der Aufenthaltsdauer zu verzeichnen; ohne die grossen Fürsorgeheime, welche auch Behinderte beherbergen, ist allerdings kein Trend mehr sichtbar. Die mittlere Aufenthaltsdauer gemäss Erhebung 2003 betrug im Kanton Schwyz 1243 Tage, liegt also im Vergleich zum Kanton St. Gallen eher etwas tiefer.

²⁵ Weissert, W. G. & Hedrick, S. C. (1994). Lessons learned from research on effects of community-based long-term care. *J Am Geriatr Soc*, 42(3), 348-353. Fischer, L. R. et al. (2003). Community-based care and risk of nursing home placement. *Med Care*, 41(12), 1407-1416.

Die Zuzüge in Heime des Kantons Schwyz von ausserhalb des Kantons haben wie erwartet abgenommen, allerdings in höherem Ausmass als erwartet. Für das Jahr 2003 wurde interpoliert etwa mit 236 ausserkantonalen Heimbewohnerinnen und -bewohnern gerechnet, effektiv waren es 166 Personen. Weiterhin wird mit einer Abnahme gerechnet, wobei zu erwarten ist, dass sich der Anteil der ausserkantonalen Heimbewohnerinnen und -bewohnern auf einen Wert von 5 bis 8% stabilisieren wird. Deshalb wird weiterhin von einer Reduktion von 10% auf einen Zeitraum von fünf Jahren ausgegangen, allerdings mit den tieferen Werten als Ausgangsbasis für das Jahr 2005.

Für die konkrete Berücksichtigung der ausserkantonalen Zuzüge sollte in regionalen Planungen von den effektiven jeweils aktuellen Werten in den einzelnen Institutionen ausgegangen werden. Bei neuen Heimen sollte der jeweilige durchschnittliche Anteil Ausserkantonaler in der Region eingesetzt werden.

7.2.4 Aktualisierte Planung

Die aktualisierten Berechnungen (mit einer gleich bleibenden Soll-Auslastung der Heime von 96%) sind für den ganzen Kanton in der folgenden Übersicht zusammengefasst.

Ergebnisse der aktualisierten Planung des stationären Angebots (ohne Klöster)

	Soll-Werte	1990	2000	2005	2010	2015	2020
Bevölkerung 80+		3'175	4'090	4'514	5'065	5'679	6'030
Bevölkerung 80+ (- 200 Betagte 80+ in Klöstern)			3'890	4'314	4'865	5'479	5'830
Bedarf (ohne Klöster)	28%	889	1'089	1'208	1'362	1'534	1'632
+ Zuzüge	90%	310	166	149	134	121	109
Total Heimbewohner		1'199	1'255	1'357	1'496	1'655	1'741
Bedarf Plätze (bei Soll-Auslastung der Heime 96%)	96%	1'249	1'307	1'414	1'558	1'724	1'814
Plätze Ist		1'540	1'424	1'424	1'424	1'424	1'424
Listenplätze			1'392	1'392	1'392	1'392	1'392
Zusatzbedarf		-291	-117	-10	134	300	390

Details zu den Regionen sind im Anhang zu finden. Quelle: Bevölkerungsperspektive, eigene Berechnungen

Die Schlussfolgerung des Altersleitbildes 95 eines mittelfristig zu knappen stationären Angebots im Kanton Schwyz muss aufrechterhalten werden. Im Jahre 2010 fehlen (ohne einen weiteren Ausbau des Angebots) 134 Plätze, im Jahre 2015 300 Plätze und auf das Jahr 2020 ist mit einem nochmaligen Anstieg des Bedarfs zu rechnen.

In den einzelnen Regionen präsentiert sich die Entwicklung unterschiedlich. In der Region Süd reicht das vorhandene Angebot aus, um den künftigen Bedarf zu decken. Es besteht bis ins Jahr 2020 sogar ein mittelfristiges Überangebot. In der Region Mitte entsteht bis ins Jahr 2010 ein Zusatzbedarf von ca. 60 Betten. Der grösste Bedarf nach weiteren stationären Plätzen ergibt sich für die Region Nord. Bis ins Jahr 2010 fehlen hier rund 180 Plätze, bis ins Jahr 2020 insgesamt rund 340 Plätze.

Die Angebote der Klostersgemeinschaften stehen dem allgemeinen Publikum nicht zur Verfügung. Sie werden separat in enger Abstimmung auf die Bedürfnisse der Klostersgemeinschaften geplant.

7.2.5 Empfehlungen

**Empfehlung 8
an den Kanton**

Planung

Der Kanton führt eine Bedarfsplanung mit dem Ziel einer ausreichenden und effizienten Versorgung mit stationären Langzeitplätzen, berät und unterstützt die dezentralen Träger und stellt die Angebotskoordination zwischen den Gemeinden sicher.

**Empfehlung 9
an die Gemeinden**

Stationäre Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung der Gemeinde richtet sich nach den Vorgaben und Grundlagen der kantonalen Berechnungen. Sie hat zum Ziel, die effektiven Bedürfnisse der Einwohner optimal abzudecken, wozu z.B. die Bereitstellung von Tagesstrukturen und temporären Heimplätzen gehört.

**Empfehlung 10
an alle Dienstleistungsanbieter**

Demenz

Es ist die Aufgabe der einzelnen Trägerschaften und Organisationen, die erforderlichen Konzepte und Strukturen für die Betreuung von Personen mit psychogeriatrischen Erkrankungen bereit zu stellen. Bei ausgewiesenem Bedarf sind zusätzliche Plätze und Dienstleistungen zu schaffen bzw. anzubieten. Dabei soll es darum gehen, die bestehenden Ressourcen im ambulanten und stationären Bereich aufeinander abzustimmen.

7.3 Betreuung von Dementen

7.3.1 Momentane Situation

Die Pflege und Betreuung von dementen Betagten wird von den befragten Heim- und Spitexverantwortlichen häufig als Problem in der gegenwärtigen Versorgung im Kanton Schwyz wahrgenommen. Im Wesentlichen wird die Schwierigkeit der Betreuung von dementen Betagten in Institutionen im Rahmen eines gemischten Betriebes und das Fehlen von spezialisierten Plätzen für Dauer-, Temporär- und Tages-/Nachtaufenthalte für Demente angeführt.

Gemäss der Erhebung (2003) bei den Alters- und Pflegeheimen geben bereits 7 von 28 Heimen an, dass sie über eine spezielle Abteilung oder eine Wohngruppe für Demente verfügen (mit insgesamt 78 Plätzen), weitere 3 Heime haben ein entsprechendes Angebot in Planung (32 Plätze).

Da die Prävalenzraten von Demenz stark altersabhängig sind, muss davon ausgegangen werden, dass die Zahl der dementen Betagten in Zukunft noch erheblich ansteigen wird, da auch die Anzahl an Hochbetagten weiter steigt. Ebenso ist damit zu rechnen, dass der Anteil von Dementen in den Institutionen zunehmen wird²⁶. Besondere Probleme bieten vor allem unruhige, verhaltensauffällige Demenzkranke, welche die vorhandenen Pflege- und Betreuungsstrukturen oftmals überfordern und die Lebensqualität von nicht-dementen Betagten stark beeinträchtigen können.

Obwohl es unterschiedliche Ansichten über die optimale Betreuung von dementen Betagten gibt, wird heute mehrheitlich die Auffassung vertreten, dass eine räumliche Abgrenzung sowohl zum Wohle der Dementen als auch zum Wohle ihres Umfeldes angestrebt werden sollte. Dies ist in voll spezialisierten Institutionen oder speziellen Abteilungen und Wohngruppen innerhalb von bestehenden Alters- und Pflegeheimen möglich. Allerdings ist die räumliche Trennung allein noch keine hinreichende Massnahme für die Verbesserung der Lebensqualität von Dementen in Institutionen. Untersuchungen von spezialisierten Demenzabteilungen zeigen eher ein gemischtes, in der Tendenz aber positives Bild über die zu erwartenden Effekte²⁷. Der Personalaufwand ist in der Regel höher²⁸. Eine mögliche konzeptionelle Grundlage für die Gestaltung von spezialisierten Angeboten ist das Drei-Welten Modell²⁹.

²⁶ Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Alter Anziani Vieillesse - Hauptergebnisse und Folgerungen aus dem Nationalen Forschungsprogramm NFP 32*. Bern S.41

²⁷ Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *J Am Geriatr Soc*, 52(7), 1085-1092. 2004

²⁸ Bartelt, G., Anliker, M., and Staudenmaier, B. (2004). Interkantonale Zeitstudie der RAI-Anwender Kantone Aargau, Basel Stadt, Bern, Solothurn, Zürich zur schweizerischen Validierung der Pflegeaufwandgruppen (RUGs). St. Gallen: Q-Sys AG2004

²⁹ Held C. „Drei Welten“ Lebensraumgestaltung und Betreuung von Patienten mit Alzheimerkrankheit. *The Medical Journal* 2002; 2:1-4.

Der Leitgedanke des Konzepts besteht darin, dass Alzheimerpatienten im Verlauf ihrer Krankheit grundsätzlich drei verschiedene „Erlebniswelten“ durchlaufen, und dabei versucht werden sollte, die Umgebung bedürfnisgerecht anzupassen.

Der Kanton bietet durch den Sozialpsychiatrischen Dienst Beratung und Unterstützung von Heimen und Spitex-Organisationen an, sorgt für Möglichkeiten einer spezialisierten Demenzabklärung und bietet in akuten Phasen temporäre Entlastungsmöglichkeiten in den psychiatrischen Kliniken.

Für gerontopsychiatrische und psychisch akut erkrankte Betagte stehen die Psychiatrischen Kliniken in Oberwil und Littenheid zur Verfügung.

Es ist sinnvoll, für unruhige Demenzkranke in bestehenden Heimen separate Wohngruppen zu schaffen. Der wachsenden Gruppe von Betagten, welche an einer Form psychogeriatrischer Erkrankung leidet, soll in Zukunft noch grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

7.3.2 Empfehlungen

Empfehlung 10
an alle Dienstleistungsanbieter

Demenz

Es ist die Aufgabe der einzelnen Trägerschaften und Organisationen, die erforderlichen Konzepte und Strukturen für die Betreuung von Personen mit psychogeriatrischen Erkrankungen bereit zu stellen. Bei ausgewiesenem Bedarf sind zusätzliche Plätze und Dienstleistungen zu schaffen bzw. anzubieten. Dabei soll es darum gehen, die bestehenden Ressourcen im ambulanten und stationären Bereich aufeinander abzustimmen.

7.4 Geriatrische Rehabilitation und Übergangspflege

7.4.1 Begriffsdefinition

Der Begriff der *geriatrischen Rehabilitation* beinhaltet gezielte pflegerische und therapeutische Massnahmen zur Wiedererlangung oder Erhöhung der Selbständigkeit betagter Patienten mit verschiedenen Krankheiten, meist nach einer akuten Erkrankung oder einem Unfall. Geriatrische Rehabilitation erfordert den koordinierten Einsatz eines Geriatrieteams (therapeutische Leistungen und reaktivierend–therapeutische Pflege)³⁰.

³⁰ Bühler, H., Gisler, J, and Grob, D. (30-11-1999). Glossar Geriatrische Begriffe - Definitionen. Zürich: Stadt Zürich Homepage

Die Abgrenzung zur spezialisierten Rehabilitation erfolgt durch die Konzentration auf den geriatrischen Patienten mit verschiedensten Krankheiten. Zu den typischen Krankheiten des Alters gehören Mobilitätsstörungen, plötzlich auftretende Stürze, Inkontinenz, Rückbildungen der kognitiven Fähigkeiten (z.B. Demenz), chronische Schmerzsyndrome, Mangelernährung, psychische Erkrankungen (z.B. Depression), veränderte Reaktion/Empfindlichkeit der Organe, sowie langsame Erholung und begrenzt reversible Behinderungen.

Die eigentliche geriatrische Rehabilitation wird in dafür spezialisierten Einrichtungen und teilweise im Verbund mit der Akutgeriatrie durchgeführt. In verschiedenen Kantonen stehen Kapazitäten für geriatrische Rehabilitation zur Verfügung (z.B. Waidspital Zürich, Zieglerspital Bern, Bürgerspital St. Gallen, Abteilungen des Pflegezentrums Schaffhausen).

Der Begriff der *Übergangspflege*, auch Überbrückungspflege genannt, wird nicht einheitlich verwendet. Im Wesentlichen sind darunter Formen der Nachsorge für den noch pflege- und betreuungsbedürftigen Patienten zu verstehen, der nicht mehr auf die Betreuung des Akutspitals angewiesen ist. Die Übergangspflege bietet eine deutlich geringere Therapie- und Pflegeintensität an, als die heute bestehenden Rehabilitationszentren und bereitet in der Regel auf die Entlassung nach Hause vor.

7.4.2 Angebote der Übergangspflege

Im Gegensatz zur geriatrischen Rehabilitation kann die Übergangspflege auch durch speziell dafür eingerichtete Pflegeheime oder ähnliche Betriebe (z.B. Kurkliniken) durchgeführt werden. Sie hat folgende Schwerpunkte:

Die Pflege nach einem akutstationären Aufenthalt in einem Spital

Die Patienten bedürfen prinzipiell keiner medizinischen Betreuung während 24 Stunden mehr. Nötige Medikamente oder einfache Laboruntersuchungen (Blutzucker) können durch das Pflegepersonal abgegeben bzw. durchgeführt werden. Es besteht die Möglichkeit für eine intensive Physiotherapie, welche im Haus selbst angeboten wird. Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel zwischen drei und vier Wochen und hat die Rückkehr in die selbständige Wohnsituation nach dem akutstationären Aufenthalt in einem Spital zum Ziel. Klassisches Beispiel ist der Zustand nach einer Schenkelhalsfraktur bei einem alten, aber sonst gesunden Menschen.

Bereits heute kann festgestellt werden, dass der Druck zu kurzer Aufenthaltsdauern im Akutspital dazu führt, dass Betroffene noch pflegebedürftig entlassen werden bzw. noch nicht in der Lage sind, den Alltag wieder selbständig zu bewältigen. Sie sind deshalb weiterhin auf ambulante oder stationäre Betreuung angewiesen. Es ist zu erwarten, dass mit den neuen Finanzierungsformen im Akutbereich im Kanton Schwyz dieser Druck noch weiter zunimmt. Die Übergangspflege kann hier eine Lücke im Behandlungskreis schliessen und dazu beitragen, dass die Kosten einer wesentlich teureren, klassischen, spezialisierten Rehabilitation vermieden werden können. Zudem hilft sie, einer permanenten Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Pflegenotfall

Hierbei handelt es sich um die Aufnahme von Patientinnen oder Patienten, welche zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden, diese Pflege jedoch aus irgendeinem externen Grund plötzlich nicht mehr funktioniert (z.B. akute Erkrankung der Pflegenden). Diese Patientinnen und Patienten bedürfen keiner akutstationären Behandlung in einem Spital, können aber für eine bestimmte Zeit nicht zu Hause bleiben, da sie auf mehr oder weniger intensive Betreuung bei ihren täglichen Verrichtungen angewiesen sind. Im Prinzip werden Dienste der Spitex, jedoch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, angeboten.

Ferienaufenthalt

Damit gemeint ist die Übernahme von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, welche üblicherweise durch ihre Angehörigen betreut werden, während deren Ferien.

7.4.3 Finanzierung des Angebotes Übergangspflege

Das Krankenversicherungsgesetz KVG sieht keine entsprechende Leistungskategorie vor. Damit können Leistungen der Übergangspflege nicht direkt unter diesem Titel abgerechnet werden. Damit besteht eindeutig eine Lücke im Gesetz und führt vor allem für Pflegeheime, die nur über die Pflegeleistungskategorien (z.B. BESA 1-4) abrechnen können, zu einer Unterdeckung der erbrachten Leistungen. Der Kanton Schwyz plant, im Rahmen eines Pilotprojektes mit santésuisse eine tarifliche Speziallösung für dieses Problem zu erarbeiten.

7.4.4 Empfehlungen**Empfehlung 11
an den Kanton***Rehabilitation /
Übergangspflege*

Sinnvoll und wirtschaftlich auch vertretbar wäre die Schaffung einer speziellen geriatrischen Abteilung mit angeschlossener geriatrischer Rehabilitation und Übergangspflege, basierend auf der Infrastruktur eines Spitals.

7.5 Qualitätssicherung

Mit der Erteilung der Betriebsbewilligung, der Aufnahme in die Pflegeheimliste und der damit verbundenen Aufsicht sollen Voraussetzungen zur Qualitätssicherung im Heimbetrieb festgelegt werden.

7.5.1 Aufsicht und Bewilligung

Private Alters- und Pflegeheime sind von Gesetzes wegen bewilligungspflichtig. Diese Institutionen unterstehen der Aufsicht des Kantons und werden periodisch kontrolliert. Die von den Gemeinden betriebenen Heime sind nicht bewilligungspflichtig und unterstehen auch nicht der Aufsicht des Kantons. Damit werden öffentliche und private Institutionen unterschiedlich behandelt. Mit dem Entwurf des neuen Gesetzes über soziale Einrichtungen (SEG) soll diese Dualität aufgehoben werden.

Das Krankenversicherungsgesetz und die Gesundheitsverordnung regeln, dass Heime über zweckmässige Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen müssen, sowie den Aufnahmebedingungen der Pflegeheimliste zu entsprechen haben.

7.5.2 Mindestanforderungen

Der Kanton legt Mindestanforderungen fest. Er prüft deren Einhaltung im Rahmen des Bewilligungsverfahrens, der Zulassung für die Pflegeheimliste und legt seine überwachende Rolle in der Qualitätssicherung fest. Die Sicherstellung der laufenden Qualitätssicherung und -förderung ist Sache der Leistungserbringer. Die Aufsichtsbehörde arbeitet für diese Fragestellung eng mit der Curaviva Sektion Schwyz zusammen. Zu den qualitativen Kriterien zählen:

- Grundlagen, Führung und Organisation
(Trägerschaft, Leitbild, Heimleitung, Stellenplan, Weiterbildung, Rechnungswesen, Qualitätssicherung, Beschwerdeverfahren)
- Pflege, Betreuung und Aktivierung
(Pflegekonzept und -dokumentation, Fachverantwortliche und Mitarbeiterinnen für die Pflege, Medikamentenverwaltung, Aktivierungskonzept)
- Ärztlicher Dienst
(ärztliche Versorgung, freie Arztwahl, Vertragliche Regelung mit Heimärztinnen)
- Freiheit und freiheitsbeschränkende Massnahmen
(Konzept)
- Sterbebegleitung und Todesfall
(Konzept)

- Essen und Trinken
(Konzept)
- Hygiene und Sicherheit
(Konzept)
- Bauliche Voraussetzungen
(Anforderungen an die Räumlichkeiten)

Die inhaltlichen Kriterien müssen vom Departement des Innern in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und auf der Basis der bestehenden gesetzlichen Grundlagen wie Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Gesetz über die Sozialhilfe (ShG) und Vollziehungsverordnung zum Gesetz über die Sozialhilfe (ShV) definiert werden. Allenfalls sind im Gesetz über soziale Einrichtungen (SEG) ergänzende Bestimmungen aufzunehmen.

Für den KVG-relevanten Teil der Leistungen liegt die Verantwortung bei den Tarifpartnern. Der Kanton erlässt keine Vorschriften und macht keine Vorgaben in Bezug auf die Methoden und Systeme der permanenten Qualitätssicherung, -förderung und -kontrolle. Er erlässt jedoch - gestützt auf die gesetzliche Bewilligungs- und Zulassungspflicht - Richtlinien zu den qualitativen Anforderungen in Alters- und Pflegeheimen und regelt die aufsichtsrechtliche Kontrolle (Aufsichtspflicht).

7.5.3 Pflegeheimliste

Die Pflegeheimliste³¹ stellt für den Kanton das wohl wichtigste Mittel zur Qualitätssicherung bei den Alters- und Pflegeheimen dar. Sämtliche Institutionen, welche die Kosten für ihre Dienstleistungen über eine Krankenversicherung abrechnen wollen, müssen auf dieser Liste eingetragen sein und erhalten eine bestimmte Anzahl an so genannten Listenplätzen. Sonst ist eine Unterstützung durch die Krankenversicherungen ausgeschlossen, was die angebotene Pflege und Betreuung so gut wie unbezahlbar macht und es den meisten Betagten verunmöglichen würde, in ein solches Heim zu ziehen.

Der Eintrag in der Pflegeheimliste ist für alle Heime von zentraler Bedeutung und der Kanton kann so indirekt die Qualitätsstandards, Angebote und Leistungen der Heime steuern. So kann zum Beispiel der Kanton Plätze auf der Pflegeheimliste reduzieren, wenn die dort zugeteilten Pflegeheimplätze nicht ausgelastet werden.

³¹ Anhang IV

7.5.4 Empfehlungen

Empfehlung 12
an den Kanton

Qualitätssicherung

Im Rahmen des Bewilligungsverfahrens und als Voraussetzung für die Aufnahme in die kantonale Pflegeheimliste prüft der Kanton die vom Leistungserbringer vorgesehenen systematischen Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität. Die Prüfung soll nach kantonal einheitlichen Kriterien erfolgen.

Empfehlung 13
an die Institutionen

Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer oder deren Verbände sind für die Erarbeitung von Konzepten und Programmen über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität verantwortlich.

8 Finanzierung

8.1 Subjekt- versus Objektfinanzierung

Die Kosten der Langzeitpflege sind im Wesentlichen geprägt von der demographischen Bevölkerungsentwicklung, dem medizinischen Fortschritt, vom sozialen und gesellschaftlichen Umfeld sowie der Preis- und Lohnentwicklung im Gesundheitswesen. Die Zukunftsprognosen gehen für die nächsten drei Jahrzehnte von einer unveränderten Situation, d.h. von einem weiter wachsenden Anteil der Bevölkerung mit Langzeitpflegebedarf und weiter steigenden Pflegekosten aus.

Diese Zukunftsaussichten verdeutlichen, dass den Bereichen Kostentransparenz, Kostenkontrolle und –vergleiche, leistungsorientierte Finanzierung und einheitliche Markt Voraussetzungen deutlich mehr Beachtung geschenkt werden muss.

Die Alters- und Pflegeheime erhalten heute vom Kanton Investitionsbeiträge und von den Gemeinden Investitions- und Betriebsdefizitbeiträge. Die Heimtarife sind politisch festgelegte Preise und basieren nicht auf den tatsächlichen Kosten der Leistungserstellung. Damit fehlt die für Leistungserbringer und Leistungsbesteller wichtige Kostentransparenz als Grundlage zur finanziellen Führung und Steuerung. Kostenvergleiche als Anreiz zur Kostenoptimierung sind nur bedingt möglich und die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes ist nur beschränkt prüfbar. In Bereichen wo öffentliche und private Anbieter im gleichen Markt aktiv sind, sollten für beide gleiche Voraussetzungen geschaffen werden. Dies bedingt die Gleichbehandlung aller Leistungserbringer in Bezug auf Leistungs-, Qualitäts- und Kostenansprüche sowie die Finanzierungsmechanismen. Die Abschaffung der Investitions- und Defizitbeiträge von Kanton und Gemeinden führt zu Kostentransparenz und zur Vergleichbarkeit der ausgewiesenen Betriebsdaten und Rechnungsergebnisse. Zukünftig soll deshalb ein leistungsorientiertes Finanzierungssystem mit Beiträgen auf der Basis der anrechenbaren Vollkosten pro Leistungseinheit und mit der Möglichkeit von Kostenvergleichen zur Anwendung gelangen.

Bei der Erarbeitung des neuen Gesetzes über soziale Einrichtungen wird deshalb ein Wechsel von der bisherigen Objektfinanzierung zur Subjektfinanzierung vorgeschlagen. Pflegebedürftige Personen, welche den Aufenthalt in einem Pflegeheim nicht selber bezahlen können, erhalten im Rahmen der anrechenbaren Vollkosten individuelle Beiträge in Form von Ergänzungsleistungen. Die im Rahmen der Ergänzungsleistungen anrechenbaren Heimtaxen werden mit Normpreisen begrenzt.

8.2 Optimale Betriebsgrößen

Im Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Betrieb und der Finanzierung von Einrichtungen der stationären Pflege und Betreuung stellt sich die Frage nach minimalen bzw. optimalen Betriebsgrößen von Heimen.

Grössere Heime wären vor allem dann effizienter, wenn von der Leistungsmenge unabhängig hohe Fixkosten anfallen würden. Solche Fixkostenblöcke sind aber im Betrieb von Alters- und Pflegeheimen praktisch nicht vorhanden. Kleinere Heime können die Führungsfunktion der Leitung des Pflegedienstes umfangmässig auf das Notwendige reduzieren, indem die Pflegedienstleitung selber noch in der Pflege mitarbeitet oder gleichzeitig die Heimleitungsfunktion übernimmt. Verwaltungsaufgaben (z.B. die Buchhaltung), die Wäscherei oder Aufgaben im technischen Bereich können durch Auslagerung gelöst werden. Im pflegerischen Bereich bestehen direkte Relationen zwischen der Anzahl Heimbewohnerinnen und -bewohner, deren Pflegebedürftigkeit und dem Bedarf an Pflegepersonal (variable Kosten). Eine flexible personelle Struktur der Pflegeabteilung ist somit für die wirtschaftliche Betriebsführung wesentlich relevanter als die absolute Heimgrösse. Die bereits eingeführte Kostenstellenrechnung (KORE) ermöglicht eine bessere Transparenz.

Systematische Untersuchungen zu optimalen Betriebsgrössen im Heimbereich sind selten. Für die Schweiz ist uns nur eine bekannt³², welche aufgrund einer Effizienzanalyse zum Schluss kommt, dass die optimale Betriebsgrösse für Pflegeheime mit 70 bis 80 Betten erreicht ist, wobei ab einer Kapazität von 50 Betten die Kostenersparnisse nicht mehr beträchtlich sind.

Daraus kann abgeleitet werden, dass auch kleinere Heime in der Lage sind kostengünstige Dienstleistungen zu produzieren.

Ein Vergleich der Pflegekosten aus dem Kanton Schwyz bestätigt diese tendenziellen Erkenntnisse:

- 40% der Institutionen liegen über den durchschnittlichen Pflegekosten pro BESA-Punkt (2003; 3.19 Fr.)
- davon liegt der Anteil grosser Betriebe (über 60 Betten) mit 75% über dem Vergleichswert
- und der Anteil kleiner Betriebe liegt mit 25% deutlich unter dem Vergleichswert
- damit weisen die grossen Betriebe verhältnismässig öfter überdurchschnittliche Pflegekosten aus als die kleinen Betriebe.

³² Crivelli, L., Filippini, M. & Lunati, D. (2001). Efficiencia Nel Settore delle Case Per Anziani Svizzere (Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz) - Studie im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft: Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

Zusammenfassende Schlussfolgerungen:

- Die Betriebsgrösse ist ein Faktor unter mehreren, welcher für den wirtschaftlichen Betrieb eines Alters- und Pflegeheims eine Rolle spielt.
- Bessere Verhältnisse sind ab einer Betriebsgrösse von 50 Betten zu erwarten
- Wichtiger als die absolute Betriebsgrösse ist die optimale Grösse bzw. Flexibilität der Pflegeabteilung
- Auch kleinere Heime können wirtschaftlich betrieben werden. Hier sind Synergien bzw. Auslagerungsmöglichkeiten besonders sorgfältig zu prüfen.
- Damit komplementäre Wohn- und Betreuungsformen, insbesondere Pflegewohngruppen (mit unter 10 Bewohnerinnen und Bewohnern) mit wirtschaftlich und administrativ vertretbarem Aufwand betrieben werden können, ist eine Angliederung an eine bestehende stationäre oder ambulante Institution in der Regel erforderlich.

8.3 Empfehlungen**Empfehlung 14
an den Kanton***Finanzierung*

Grundsätzlich wird die Mittelausrichtung an Leistungsbezüger (Subjektfinanzierung) als richtig beurteilt. Die Mittelausrichtung an Institutionen (bisherige Objektfinanzierung) soll abgelöst werden.

**Empfehlung 15
an die Institutionen***Finanzierung*

Je nach Betriebsgrösse der Institution sind die verschiedenen Faktoren, welche eine wirtschaftliche Führung des Betriebs gewährleisten, sorgfältig zu prüfen. Institutionen sollen im Sinne einer Spezialfinanzierung geführt werden und kostendeckende Tarife erheben.

9 Empfehlungen im Überblick

**Empfehlung 1
an alle**

Grundsätze

Der Situation und den Bedürfnissen der Betagten sowie den verschiedenen Altersbildern soll bei der Umsetzung von Projekten und Angeboten die nötige Beachtung geschenkt werden. Die staatlichen Leistungen von Gemeinden und Kanton erfolgen subsidiär zu den Eigenleistungen der Betagten.

**Empfehlung 2
an die Gemeinden und
Dienstleistungsanbieter**

Prävention

Hausbesuche als sinnvolle Präventionsmassnahme sollen geprüft und allenfalls flächendeckend eingeführt werden.

**Empfehlung 3
an die Gemeinden**

Aktivierung/Beratung

Aktivierungsangebote sind mit den Anbietern (Veranstaltern) zu koordinieren. Beratungsangebote für Betagte sind sicherzustellen.

**Empfehlung 4
an die Gemeinden**

Wohnformen

Den Gemeinden wird empfohlen, ein kurz-, mittel- und langfristiges Alterswohnkonzept zu erarbeiten. Wo die Möglichkeiten bestehen, wird künftig vermehrt die Realisierung von Konzepten des betreuten Wohnens empfohlen. Dem Wunsch der meisten Betagten, auch bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung bleiben zu können, soll durch ein gut ausgebautes Angebot der offenen Altershilfe im Rahmen definierter Leistungsgrenzen entsprochen werden können.

**Empfehlung 5
an die Gemeinden**

Ambulante Dienste

Die Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten auf lokaler Ebene soll durch eine enge Zusammenarbeit intensiviert werden. Die Freiwilligenarbeit ist mit Anreizen zu fördern.

**Empfehlung 6
an die Spitex**

Ambulante Dienste (Pflege)

Die Spitex schliesst allfällig vorhandene Lücken in Übereinstimmung mit dem gesetzlichen Auftrag. Sie optimiert ihr Angebot und erbringt ihre Leistungen bedarfsgerecht und kostengünstig.

**Empfehlung 7
an die Institutionen**

*Ambulante Dienste
(Betreuung)*

Für die Aufnahme von pflegebedingten Notfällen und für temporäre Aufenthalte sowie Entlastungsangebote sind die notwendigen Kapazitäten einzuplanen.

**Empfehlung 8
an den Kanton**

Planung

Der Kanton führt eine Bedarfsplanung mit dem Ziel einer ausreichenden und effizienten Versorgung mit stationären Langzeitplätzen, berät und unterstützt die dezentralen Träger und stellt die Angebotskoordination zwischen den Gemeinden sicher.

**Empfehlung 9
an die Gemeinden***Stationäre Bedarfsplanung*

Die Bedarfsplanung der Gemeinde richtet sich nach den Vorgaben und Grundlagen der kantonalen Berechnungen. Sie hat zum Ziel, die effektiven Bedürfnisse der Einwohner optimal abzudecken, wozu z.B. die Bereitstellung von Tagesstrukturen und temporären Heimplätzen gehört.

**Empfehlung 10
an alle Dienstleistungsanbieter***Demenz*

Es ist die Aufgabe der einzelnen Trägerschaften und Organisationen, die erforderlichen Konzepte und Strukturen für die Betreuung von Personen mit psychogeriatrischen Erkrankungen bereit zu stellen. Bei ausgewiesenem Bedarf sind zusätzliche Plätze und Dienstleistungen zu schaffen bzw. anzubieten. Dabei soll es darum gehen, die bestehenden Ressourcen im ambulanten und stationären Bereich aufeinander abzustimmen.

**Empfehlung 11
an den Kanton***Rehabilitation /
Übergangspflege*

Sinnvoll und wirtschaftlich auch vertretbar wäre die Schaffung einer speziellen geriatrischen Abteilung mit angeschlossener geriatrischer Rehabilitation und Übergangspflege, basierend auf der Infrastruktur eines Spitals.

**Empfehlung 12
an den Kanton**

Qualitätssicherung

Im Rahmen des Bewilligungsverfahrens und als Voraussetzung für die Aufnahme in die kantonale Pflegeheimliste prüft der Kanton die vom Leistungserbringer vorgesehenen systematischen Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität. Die Prüfung soll nach kantonal einheitlichen Kriterien erfolgen.

**Empfehlung 13
an die Institutionen**

Qualitätssicherung

Die Leistungserbringer oder deren Verbände sind für die Erarbeitung von Konzepten und Programmen über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität verantwortlich.

**Empfehlung 14
an den Kanton**

Finanzierung

Grundsätzlich wird die Mittelausrichtung an Leistungsbezüger (Subjektfinanzierung) als richtig beurteilt. Die Mittelausrichtung an Institutionen (bisherige Objektfinanzierung) soll abgelöst werden.

**Empfehlung 15
an die Institutionen**

Finanzierung

Je nach Betriebsgrösse der Institution sind die verschiedenen Faktoren, welche eine wirtschaftliche Führung des Betriebs gewährleisten, sorgfältig zu prüfen. Institutionen sollen im Sinne einer Spezialfinanzierung geführt werden und kostendeckende Tarife erheben.

Anhang I: Tabellen

Tabelle 1: Bevölkerungsentwicklung und -perspektive 1990 bis 2020 pro Region gemäss Altersleitbild 95 und aktualisierter Berechnung

		1990	1991	1992	1993	1994	1995
Region Nord (vorher Lachen)	65+ AL	4'776	5'964	6'750	7'993		
	80+ AL	1'065	1'431	1'655	1'934		
	65+ VZ2000	4'776	6'428	7'259	8'481	9'918	11'154
	80+ VZ2000	1'065	1'462	1'665	1'941	2'253	2'526
	65+ (2000=100)	74.3	100.0	112.9	131.9	154.3	173.5
	80+ (2000=100)	72.8	100.0	113.9	132.8	154.1	172.8
Region Süd (vorher Schwyz)	65+ AL	6'528	7'313	7'650	8'264		
	80+ AL	1'670	1'990	2'161	2'367		
	65+ VZ2000	6'528	7'765	8'095	8'634	9'391	10'163
	80+ VZ2000	1'670	2'039	2'177	2'357	2'582	2'633
	65+ (2000=100)	84.1	100.0	104.2	111.2	120.9	130.9
	80+ (2000=100)	81.9	100.0	106.8	115.6	126.6	129.2
Region Mitte (vorher Einsiedeln)	65+ AL	1'951	2'259	2'391	2'549		
	80+ AL	440	603	679	754		
	65+ VZ2000	1'951	2'462	2'640	2'817	3'069	3'328
	80+ VZ2000	440	589	672	767	844	870
	65+ (2000=100)	79.2	100.0	107.2	114.4	124.7	135.2
	80+ (2000=100)	74.7	100.0	114.2	130.3	143.2	147.8
Total Kanton		1990	2000	2005	2010	2015	2020
	65+ AL	13'255	1'557	16'791	18'807		
	80+ AL	3'175	4'024	4'495	5'055		
	65+ VZ2000	13'255	16'655	17'994	19'932	22'378	24'646
	80+ VZ2000	3'175	4'090	4'514	5'065	5'679	6'030
	65+ (2000=100)	79.6	100.0	108.0	119.7	134.4	148.0
	80+ (2000=100)	77.6	100.0	110.4	123.9	138.8	147.4

Quelle: Altersleitbild 95, Volkszählungen 1990/2000, eigene Berechnungen

Tabelle 2: Umfang der aktivierenden und ambulanten Angebote aus der Sicht der Gemeinden

	ja		k.A.		nein	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Krankenpflege	30	100.0				
Hauspflege	30	100.0				
Mahlzeiten frisch	21	70.0			9	30.0
Mahlzeiten konserviert	11	36.7			19	63.3
Mittagstisch	18	60.0			12	40.0
Krankenmobilen	27	90.0			3	10.0
Fahrdienst	27	90.0			3	10.0
Sterbebegleitung	22	73.3			8	26.7
Gesprächsgruppen	14	46.7			16	53.3
Tagesbetreuung	8	26.7	1	3.3	21	70.0
Besuchsdienste	18	60.0			12	40.0
Altersvorbereitung	9	30.0	1	3.3	20	66.7
Nachbarschaftshilfe	7	23.3	1	3.3	22	73.3
Altersturnen	29	96.7			1	3.3
Altersausflüge	27	90.0			3	10.0
Altersnachmittage	28	93.3			2	6.7
Seniorengruppe	12	40.0			18	60.0
Sozial-/Altersberatung	24	80.0			6	20.0
Finanzhilfe	22	73.3			8	26.7
Andere	6	20.0			24	80.0
Andere	1	3.3			29	96.7

Quelle: Erhebung Gemeinden 2003

Tabelle 3: Angebot an Alterswohnungen 2003

Gemeinde	Region	Alters- wohnungen vorhanden?	Anbieter	Anzahl
Gersau	Süd	nein		
Küssnacht	Süd	ja	APH Sunnehof, Immensee	16
Arth	Süd	ja	Türlihof AG, Eigentumswohnungen APH Frohsinn, Oberarth	63
Illgau	Süd	nein		
Ingenbohl	Süd	ja	keine Angabe	37
Lauerz	Süd	nein		
Morschach	Süd	nein		
Muotathal	Süd	nein		
Riemen- Sattel	Süd	ja	keine Angabe	6
Schwyz	Süd	ja	Stiftung Acherhof Genossenschaft für Alterswohnungen	17 78
Steinen	Süd	nein		
Steinerberg	Süd	nein		
Einsiedeln	Mitte	ja	Genossenschaft für Alterssiedlungen APH Langrüti	56
Alpthal	Mitte	nein		
Oberiberg	Mitte	nein		
Rothenthurm	Mitte	nein		
Unteriberg	Mitte	nein		
Feusisberg	Nord	ja	Alterszentrum am Etzel	19
Freienbach	Nord	ja	Genossenschaft für Alterswohnungen und SIDI	70
Wollerau	Nord	ja	keine Angabe	39
Altendorf	Nord	nein		
Galgenen	Nord	nein		
Innerthal	Nord	nein		
Lachen	Nord	ja	keine Angabe	96
Reichenburg	Nord	ja	keine Angabe	16
Schübelbach	Nord	nein		
Tuggen	Nord	nein		
Vorderthal	Nord	nein		
Wangen	Nord	ja	Gebrüder Bruhin, Alters- und Sozialwohnungen	38
Total		43%		456

Quelle: Befragung Gemeinden 2003

Tabelle 4: Überblick über das Spitex-Angebot im Kanton Schwyz (2003)

Organisation	Angebot	Tätigkeitsgebiet	In der Trägerschaft vertreten	Leistungsauftrag vorhanden	Total Stellen 2002
Spitex Höfe	Krankenpflege, Hauspflege	Freienbach, Wollerau, Feusisberg	Freienbach, Wollerau, Feusisberg	Freienbach, Wollerau, Feusisberg	19.3
Hauskrankenpflege Muotathal	Krankenpflege, Hauspflege	Muotathal		geplant 2004	2.1
Spitex Verein Illgau	Krankenpflege, Hauspflege	Illgau			1.1
Krankenpflegeverein Gersau	Krankenpflege, Hauspflege	Gersau	Gersau	Gersau	1.8
Spitexverein Obermarch	Krankenpflege, Hauspflege	Schübelbach, Reichenburg, Galgenen, Vorderthal, Innerthal	Schübelbach, Galgenen, Vorderthal	Schübelbach, Reichenburg, Galgenen, Vorderthal	9.0
Spitex Rothenthurm-Sattel	Krankenpflege	Rothenthurm, Sattel		Rothenthurm, Sattel	1.5
Spitex-Dienste Arth-Goldau	Krankenpflege, Hauspflege	Arth	Arth	Arth	7.6
Verein Spitex-Dienste Einsiedeln	Krankenpflege, Hauspflege	Einsiedeln, Sattel, Rothenthurm, Alpthal, Oberiberg, Unteriberg		Einsiedeln, Sattel, Rothenthurm, Alpthal, Oberiberg, Unteriberg	15.5
Spitex-Verein Küssnacht a.R.	Krankenpflege, Hauspflege	Küssnacht	Küssnacht		10.8
Spitex Untermarch	Krankenpflege, Hauspflege	Altendorf, Lachen, Wangen, Tuggen	Altendorf, Lachen, Wangen, Tuggen	Altendorf, Lachen, Wangen, Tuggen	18.2
Krankenpflegeverein Ybrig	Krankenpflege	Oberiberg, Unteriberg	Oberiberg, Unteriberg	Oberiberg, Unteriberg	1.6
Spitex Region Schwyz	Krankenpflege, Hauspflege	Schwyz, Ingenbohl-Brunnen, Morschach, Riemenstalden		Schwyz, Ingenbohl-Brunnen, Morschach, Riemenstalden	17.8
Spitex Steinen, Steinerberg, Lauerz	Krankenpflege, Hauspflege	Steinen, Steinerberg, Lauerz	Steinen, Steinerberg, Lauerz		2.9

Quelle: Erhebung Spitex-Organisationen 2003

Tabelle 5: Entwicklung des quantitativen Bedarfs nach stationären Langzeitplätzen im Kanton Schwyz

Planung Altersleitbild 1993 Kanton Schwyz	Parameter	1990	2000	2005	2010	2015	2020
Bevölkerung 80+		3'175	4'024	4'495	5'055		
Bedarf	29%	921	1'167	1'304	1'466		
+ Zuzüge	90%	310	251	226	203		
Total Heimbewohner		1'231	1'418	1'530	1'669		
Plätze Soll bei Auslastung	96%	1'282	1'477	1'594	1'739		
Plätze Ist		1'540	1'540	1'540	1'540		
Zusatzbedarf		-258	-63	54	199		
Planung 2003 Kanton Schwyz							
Parameter	1990	2000	2005	2010	2015	2020	
Bevölkerung 80+		3'175	4'090	4'514	5'065	5'679	6'030
Bevölkerung 80+ korrigiert (- 200 80+)			3'890	4'314	4'865	5'479	5'830
Bedarf (ohne Klöster)	28%	889	1'089	1'208	1'362	1'534	1'632
+ Zuzüge	90%	310	166	149	134	121	109
Total Heimbewohner		1'199	1'255	1'357	1'496	1'655	1'741
Bedarf Plätze (bei Auslastung 96%)	96%	1'249	1'307	1'414	1'558	1'724	1'814
Plätze Ist		1'540	1'424	1'424	1'424	1'424	1'424
Listenplätze			1'392	1'392	1'392	1'392	1'392
Zusatzbedarf (zu Plätze Ist)		-291	-117	-10	134	300	390
Region Süd (Schwyz)							
Parameter	1990	2000	2005	2010	2015	2020	
Bevölkerung 80+		1'670	2'039	2'177	2'357	2'582	2'633
Bevölkerung 80+ korrigiert (- 200 80+)			1'839	1'977	2'157	2'382	2'433
Bedarf (ohne Klöster)	28%	468	515	553	604	667	681
+ Zuzüge	90%	215	110	99	89	80	72
Total Heimbewohner		683	625	652	693	747	753
Bedarf Plätze (bei Auslastung 96%)	96%	711	651	679	722	778	784
Plätze Ist		937	822	822	822	822	822
Listenplätze			788	788	788	788	788
Zusatzbedarf (zu Plätze Ist)		-226	-171	-143	-100	-44	-38
Region Mitte (Einsiedeln)							
Parameter	1990	2000	2005	2010	2015	2020	
Bevölkerung 80+		440	589	672	767	844	870
Bedarf (ohne Klöster)	28%	123	165	188	215	236	244
+ Zuzüge	90%	35	16	14	13	12	11
Total Heimbewohner		158	181	202	228	248	255
Bedarf Plätze (bei Auslastung 96%)	96%	165	189	210	238	258	266
Plätze Ist		182	179	179	179	179	179
Listenplätze			189	189	189	189	189
Zusatzbedarf (zu Plätze Ist)		-17	10	31	59	79	87
Region Nord (Lachen)							
Parameter	1990	2000	2005	2010	2015	2020	
Bevölkerung 80+		1'065	1'462	1'665	1'941	2'253	2'526
Bedarf (ohne Klöster)	28%	298	409	466	543	631	707
+ Zuzüge	90%	60	40	36	32	29	26
Total Heimbewohner		358	449	502	575	660	733
Plätze Soll bei Auslastung	96%	373	468	523	599	688	764
Plätze Ist		421	423	423	423	423	423
Listenplätze		415	415	415	415	415	415
Zusatzbedarf (zu Plätze Ist)		-48	45	100	176	265	341

Quelle: Altersleitbild 1995, eigene Berechnungen

Hinweis: Ein „negativer“ Zusatzbedarf bedeutet, dass ein Überangebot an Plätzen besteht.

Anhang II: Planungsregionen

Nr.	Planungsregion	Bezeichnung Altersleitbild 95	Gemeinde
1	Süd	Schwyz	Gersau
1	Süd	Schwyz	Küssnacht am Rigi
1	Süd	Schwyz	Arth
1	Süd	Schwyz	Illgau
1	Süd	Schwyz	Ingenbohl
1	Süd	Schwyz	Lauerz
1	Süd	Schwyz	Morschach
1	Süd	Schwyz	Muotathal
1	Süd	Schwyz	Riemenstalden
1	Süd	Schwyz	Sattel
1	Süd	Schwyz	Schwyz
1	Süd	Schwyz	Steinen
1	Süd	Schwyz	Steinerberg
2	Mitte	Einsiedeln	Einsiedeln
2	Mitte	Einsiedeln	Alpthal
2	Mitte	Einsiedeln	Oberiberg
2	Mitte	Einsiedeln	Rothenthurm
2	Mitte	Einsiedeln	Unteriiberg
3	Nord	Lachen	Feusisberg
3	Nord	Lachen	Freienbach
3	Nord	Lachen	Wollerau
3	Nord	Lachen	Altendorf
3	Nord	Lachen	Galgenen
3	Nord	Lachen	Innerthal
3	Nord	Lachen	Lachen (SZ)
3	Nord	Lachen	Reichenburg
3	Nord	Lachen	Schübelbach
3	Nord	Lachen	Tuggen
3	Nord	Lachen	Vorderthal
3	Nord	Lachen	Wangen (SZ)
4	Klöster	siehe	Anhang IV

Anhang III: Details Bevölkerungsperspektive

Bevölkerungsperspektive Region Mitte (1990 VZ, 2000 VZ Basis; Szenario AA-00-2000 Trend)

	1990		2000		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
35-39	601	494										
40-44	559	468										
45-49	475	387	652	549								
50-54	400	384	581	521	632	536						
55-59	383	351	492	419	551	502	601	516				
60-64	307	364	409	391	457	401	514	481	562	495		
65-69	296	304	374	378	364	371	412	382	465	459	511	472
70-74	214	297	280	359	328	355	320	349	364	361	412	434
75-79	161	239	218	264	227	323	266	321	261	316	300	329
80-84	100	173	115	227	154	215	161	265	190	264	186	261
85-89	39	85	51	119	64	152	86	144	90	179	106	179
90-94	11	26	14	47	17	55	22	71	29	67	31	84
95 um	0	6	5	11	2	14	2	17	3	22	4	21
	1990	2000	2005	2010	2015	2020	1990	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	600	752	735	794	924	983						
70-74	511	639	683	669	725	846						
75-79	400	482	550	587	577	629						
80-84	273	342	369	426	454	447						
85-89	124	170	216	230	269	285						
90-94	37	61	72	93	96	115						
95 um	6	16	16	19	25	25						
65 um	1'951	2'462	2'641	2'818	3'070	3'330	79.24	100.00	107.27	114.46	124.70	135.26
80 um	440	589	673	768	844	872	74.70	100.00	114.26	130.39	143.29	148.05
85 um	167	247	304	342	390	425	67.61	100.00	123.08	138.46	157.89	172.06

Bevölkerungsperspektive Region Nord (1990 VZ, 2000 VZ Basis; Szenario AA-00-2000 Trend)

	1990		2000		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
35-39	2'045	1'882										
40-44	2'024	1'797										
45-49	1'748	1'532	2'114	1'981								
50-54	1'360	1'187	2'043	1'878	2'048	1'933						
55-59	1'107	1'047	1'722	1'535	1'939	1'811	1'950	1'864				
60-64	895	923	1'288	1'186	1'599	1'470	1'806	1'734	1'821	1'785		
65-69	711	791	1'011	1'076	1'147	1'125	1'442	1'400	1'635	1'654	1'655	1'705
70-74	528	631	782	879	885	1'011	1'006	1'058	1'275	1'322	1'450	1'565
75-79	417	633	527	691	634	791	720	913	821	958	1'049	1'204
80-84	241	397	313	471	372	563	450	648	513	751	586	791
85-89	115	201	147	321	174	315	207	377	251	437	286	509
90-94	33	72	51	125	50	147	60	148	70	176	86	206
95 um	0	6	13	21	6	38	6	45	8	46	9	54

	1990		2000		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65-69	1'502	2'087	2'272	2'842	3'289	3'360						
70-74	1'159	1'661	1'896	2'064	2'597	3'015						
75-79	1'050	1'218	1'425	1'633	1'779	2'253						
80-84	638	784	935	1'098	1'264	1'377						
85-89	316	468	489	584	688	795						
90-94	105	176	197	208	246	292						
95 um	6	34	44	51	54	63						
65 um	4'776	6'428	7'258	8'480	9'917	11'155	74.30	100.00	112.91	131.92	154.28	173.54
80 um	1'065	1'462	1'665	1'941	2'252	2'527	72.85	100.00	113.89	132.76	154.04	172.85
85 um	427	678	730	843	988	1'150	62.98	100.00	107.67	124.34	145.72	169.62

Bevölkerungsperspektive Region Süd (1990 VZ, 2000 VZ Basis; Szenario AA-00-2000 Trend)

	1990		2000		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
35-39	1'861	1'647										
40-44	1'788	1'527										
45-49	1'497	1'383	1'873	1'745								
50-54	1'269	1'193	1'772	1'591	1'814	1'702						
55-59	1'226	1'225	1'454	1'392	1'682	1'534	1'728	1'642				
60-64	980	1'120	1'170	1'199	1'351	1'333	1'567	1'469	1'614	1'572		
65-69	864	1'006	1'105	1'201	1'042	1'137	1'218	1'270	1'418	1'401	1'467	1'502
70-74	704	866	844	1'065	968	1'129	914	1'069	1'076	1'199	1'258	1'326
75-79	561	857	632	879	684	959	787	1'019	746	968	885	1'092
80-84	327	650	402	656	446	716	486	786	560	839	532	800
85-89	141	385	225	473	224	438	248	479	271	530	313	568
90-94	41	109	48	176	76	217	77	206	84	224	93	249
95 um	4	13	13	46	6	53	9	66	10	65	11	69

	2000		2005		2010		2015		2020		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65-69	1'870	2'306	2'179	2'488	2'819	2'969												
70-74	1'570	1'909	2'097	1'983	2'275	2'584												
75-79	1'418	1'511	1'643	1'806	1'714	1'977												
80-84	977	1'058	1'162	1'272	1'399	1'332												
85-89	526	698	662	727	801	881												
90-94	150	224	293	283	308	342												
95 um	17	59	59	75	75	80												
65 um	6'528	7'765	8'095	8'634	9'391	10'165	84.07	100.00	104.25	111.19	120.94	130.91						
80 um	1'670	2'039	2'176	2'357	2'583	2'635	81.90	100.00	106.72	115.60	126.68	129.23						
85 um	693	981	1'014	1'085	1'184	1'303	70.64	100.00	103.36	110.60	120.69	132.82						

Bevölkerungsperspektive Total Kanton (1990 VZ, 2000 VZ Basis; Szenario AA-00-2000 Trend)

	1990		2000		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
35-39	4'507	4'023										
40-44	4'371	3'792										
45-49	3'720	3'302	4'639	4'275								
50-54	3'029	2'764	4'396	3'990	4'494	4'171						
55-59	2'716	2'623	3'668	3'346	4'173	3'847	4'279	4'022				
60-64	2'182	2'407	2'867	2'776	3'407	3'204	3'887	3'684	3'997	3'852		
65-69	1'871	2'101	2'490	2'655	2'553	2'632	3'072	3'052	3'519	3'513	3'633	3'679
70-74	1'446	1'794	1'906	2'303	2'181	2'495	2'240	2'476	2'715	2'883	3'121	3'325
75-79	1'139	1'729	1'377	1'834	1'545	2'073	1'774	2'253	1'827	2'242	2'233	2'625
80-84	668	1'220	830	1'354	972	1'493	1'097	1'699	1'262	1'854	1'304	1'851
85-89	295	671	423	913	462	905	540	1'000	612	1'145	705	1'256
90-94	85	207	113	348	143	419	159	424	184	467	209	538
95 um	4	25	31	78	14	105	18	128	20	133	23	143

	1990		2000		2005		2010		2015		2020	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
65-69	3'972	5'145	5'185	6'124	7'032	7'312						
70-74	3'240	4'209	4'676	4'716	5'598	6'446						
75-79	2'868	3'211	3'618	4'027	4'069	4'858						
80-84	1'888	2'184	2'465	2'796	3'116	3'155						
85-89	966	1'336	1'367	1'540	1'757	1'961						
90-94	292	461	562	583	651	747						
95 um	29	109	119	146	153	166						
65 um	13'255	16'655	17'992	19'932	22'376	24'645	79.59	100.00	108.03	119.68	134.35	147.97
80 um	3'175	4'090	4'513	5'065	5'677	6'029	77.63	100.00	110.34	123.84	138.80	147.41
85 um	1'287	1'906	2'048	2'269	2'561	2'874	67.52	100.00	107.45	119.05	134.37	150.79

Anhang IV: Pflegeheimliste

Teil A (ohne Klöster)	Ort	Bettenangebot	Leistungsauftrag
Planungsregion Nord			
Seniorenzentrum Engelhof	Altendorf	49	alle Pflegestufen
Alterszentrum am Etzel	Feusisberg	52	alle Pflegestufen
Senioren Pension mit Pflegeabteilung	Freienbach	71	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Biberzelten	Lachen	62	alle Pflegestufen
Tertianum Huob AG	Pfäffikon	18	alle Pflegestufen
Alterswohnheim zur Rose	Reichenburg	53	alle Pflegestufen
Altersheim Schübelbach (neu)	Schübelbach	25	*Pflegestufen 1 und 2
Alters- und Pflegeheim Siebnen	Siebnen	70	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Turm-Matt	Wollerau	47	alle Pflegestufen
Planungsregion Mitte			
Alters- und Pflegeheim Langrüti	Einsiedeln	85	alle Pflegestufen
Genossenschaft für Alterssiedlungen	Einsiedeln	72	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Ybrig	Unteriberg	34	alle Pflegestufen
Planungsregion Süd			
Gemeinde-Altersheim Hofmatt	Arth	35	alle Pflegestufen
Alterswohnheim Brunnen	Brunnen	96	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim "zum Stud"	Gersau	52	alle Pflegestufen
Alterszentrum Mythenpark	Goldau	74	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim der Gemeinde Schwyz	Ibach	79	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Sunnehof	Immensee	61	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Seematt	Küssnacht a.R.	73	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Buobenmatt	Muotathal	51	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim Frohsinn AG	Oberarth	85	alle Pflegestufen
Altersheim Acherhof	Schwyz	99	alle Pflegestufen
Alterswohnheim Au	Steinen	44	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim St. Annaheim	Steinerberg	74	alle Pflegestufen
Teil B: Klöster im Kanton Schwyz			
Schwesternheim St. Josef, Alters- und Pflegeheim	Brunnen	91	alle Pflegestufen
Alters- und Pflegeheim St. Anna	Brunnen	70	alle Pflegestufen
Schwesternheim Paradies	Brunnen	30	alle Pflegestufen
Kloster Einsiedeln	Einsiedeln	10	alle Pflegestufen
Missionshaus Bethlehem Pflegeabteilung	Immensee	25	alle Pflegestufen
Pflegestation Kapuzinerkloster	Schwyz	12	alle Pflegestufen

* Es besteht eine vertragliche Vereinbarung mit dem Alters- und Pflegeheim Siebnen zur Übernahme der Betagten der BESA-Pflegestufen 3 und 4.

Anhang V: Begriffsverzeichnis

AHV

Die Alters- und Hinterbliebenenversicherung AHV sichert zusätzlich zur Pensionskasse und den eigenen Ersparnissen ein sicheres Einkommen im Alter. Das 1948 eingeführte System basiert auf der Solidarität der Generationen: Alle Berufstätigen und die Arbeitgeber bezahlen einen gewissen Prozentsatz des Bruttolohns in die AHV-Kasse ein und nach der Pensionierung wird lebenslang eine monatliche Rente ausbezahlt. Die Höhe dieser Rente richtet sich nach dem einbezahlten Betrag und somit nach dem früheren Verdienst der Versicherten. Hierbei gibt es eine Minimal- und eine Maximalrente.

Altersarbeit, Altershilfe, Altersbetreuung

Oberbegriffe für alle Dienstleistungen, Angebote und Einrichtungen für Betagte.

Ambulante Dienste

Die Summe aller Dienste, die dem hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ein Verbleiben in der eigenen Wohnung ermöglicht. Die Kerndienste, Kranken- und Hauspflege und Haushilfe (Spitex), werden ergänzt durch die erweiterten Dienste wie Mahlzeitendienst, Putzdienst, Rotkreuz-Transportdienst, Fahrdienst usw.

Barrierefreies Bauen

Bezweckt die Zugänglichkeit, Benutzbarkeit und Orientierung sämtlicher Gebäude für alle und ersetzt den Begriff alters- und behindertengerechtes Bauen.

BESA

BESA steht für «**B**ewohner/innen - **E**instufungs- und **A**brechnungssystem». Dieses Instrumentarium dient der Erfassung von Pflege- und Behandlungsmassnahmen bei der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen.

Version 97/99:

Modul Leistungsabrechnung

Version 2.0 (Einführung ab 2005)

- Modul Ressourcen (Bedarfsabklärung: Assessment, Beobachtung, Abklärungshilfen, Vereinbarungsgespräche mit Zielvereinbarung)
- Modul Leistungsabrechnung

Die Pflegeerfassung ist in 6 Untergruppen aufgeteilt:

1. Grundpflege 1: Grundpflege und hygienische Bedürfnisse
2. Grundpflege 2: Hilfe beim Essen und Trinken
3. Grundpflege 3: Mobilisierung (Mobilität, Gehfähigkeit, Bewegungsübungen, Lagern)
4. Gesundheits- und Behandlungspflege
5. Psychogeriatrische Leistungen 1: Zeitliche und örtliche Orientierung
6. Psychogeriatrische Leistungen 2: Betreuungsgespräche (Soziales Verhalten)

Die Leistungsabrechnung mit Abgrenzung der BESA-Punkte ist in die Stufen 0 bis 4 eingeteilt:

BESA 0: ausser Kost und Logis werden keine Betreuungsleistungen bezogen

BESA 1: gelegentlich werden geringe Pflege- und Betreuungsleistungen beansprucht (Zeitaufwand durchschnittlich ca. 10-40 Minuten pro 24 Stunden)

BESA 2: es werden regelmässig Pflege- und Betreuungsleistungen bezogen (ca. 60-90 Minuten pro 24 Stunden)

BESA 3: Pflege- und Betreuungsleistungen sind ständig notwendig (ca. 110-160 Minuten pro 24 Stunden)

BESA 4: es werden umfassend intensive Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch genommen (über 180 Minuten pro 24 Stunden).

Betagte

Personen, die 65-jährig und älter sind, werden häufig als Betagte bezeichnet (Abkürzung 65+). Die Hochbetagtheit beginnt mit 80 Jahren und hochbetagte Personen sind über 80-jährig (Abkürzung 80+).

Demenz

Charakteristisch für diese organische Hirnerkrankung (Demens = «weg vom Geist/Verstand») ist eine Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit, die häufig einhergeht mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Betroffen sind vor allem Kurzzeitgedächtnis, Orientierung (zu Ort, Zeit, Raum und Personen), Sprache, Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit. Eine manifeste Demenz liegt dann vor, wenn auch alltägliche Verrichtungen nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigt werden können. Mit Fortschreiten der Krankheit wird der geistige Abbau von einem zunehmenden körperlichen Verfall begleitet. Die überwiegende Zahl der Demenzkranken leidet an der Alzheimerschen Krankheit, gefolgt von vaskulären (gefässbedingten) Demenzen, daneben gibt es weitere Formen. (siehe auch psychogeriatrische Erkrankung)

Ergänzungsleistungen

Ergänzungsleistungen werden zusätzlich zur AHV an betagte Personen ausbezahlt, bei denen das normale Einkommen nicht mehr die minimalen Lebenskosten deckt. Die Kriterien, welche für eine Auszahlung von Ergänzungsleistungen erfüllt sein müssen, sind genau festgelegt.

Ferienplatz / Tagesplatz

Befristeter stationärer Aufenthalt zur Entlastung pflegender Angehöriger (siehe auch: Kap. 5.6).

Geriatric

Geriatric oder Altersheilkunde ist die Lehre von den Krankheiten bei alten Menschen. Hauptsächlich betrifft das Bereiche der Orthopädie (Bewegungsapparat), der Inneren Medizin, der Neurologie (Nervensystem) und der Psychiatrie. Der ausgebildete „Geriatric“ versucht, den Betagten (vor allem sehr hohen Alters) ein besseres Leben zu ermöglichen.

Gerontology

Die Gerontology ist die Wissenschaft vom Altern, deshalb auch Alterswissenschaft genannt. Sie beschäftigt sich mit allen Einzelheiten und Problemen des Alters und auch des Alterns und ist in viele „Disziplinen“ aufgeteilt. Beispielsweise „Biogerontology“ (befasst sich mit den biologischen Ursachen für das Altern) oder „Sozialgerontology“ (beschäftigt sich mit den sozialen Aspekten des Alters und Alterns).

Geronto-psychiatrisches Pflegeheim oder Pflegeabteilung

Spezialkrankenhaus oder Spezialabteilung für den langfristigen Aufenthalt dementer und/oder psychiatrischer Alterspatienten, die eine anspruchsvolle Krankenpflege und eine regelmässige ärztliche Behandlung benötigen.

Hilflosenentschädigung

Eine Hilflosenentschädigung kann zusätzlich zur normalen AHV beansprucht werden, wenn gewisse Bedingungen erfüllt sind. Dazu gehört, in schwerem oder mittlerem Grad hilflos zu sein (Hilflos ist nach offizieller Definition, wer für alltägliche Lebensverrichtungen Ankleiden, Körperpflege, Essen usw. dauernd auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung bedarf.), dass die Hilflosigkeit zumindest ein Jahr angedauert hat und kein Anspruch auf entsprechende Leistungen bei einer Unfall- oder Militärversicherung besteht.

Hilfs- und Pflegebedürftige

Personen aller Altersgruppen, welche die stationären Einrichtungen (Heime und Spitäler aller Art) und/oder die ambulanten Dienste beanspruchen. Es handelt sich dabei um jüngere und ältere Langzeitpatienten und behinderte und betagte Menschen. Als schwer hilfs- und pflegebedürftig werden Personen bezeichnet, die regelmässig in einem grösseren Umfang Hilfe und Pflege benötigen und die in ihrer Selbstständigkeit stark eingeschränkt sind.

Karenzfrist

Die Karenzfrist ist die Zeit nach Beginn der Versicherung, während der gewisse Leistungen der Versicherung noch nicht bezogen werden können. Für Ausländer gibt es beispielsweise bei den Ergänzungsleistungen zu AHV/IV eine Karenzfrist, d.h. sie müssen eine gewisse Zeit im Land und versichert gewesen sein, bis sie die EL in Anspruch nehmen können. Diese Fristen gibt es teilweise auch bei anderen Versicherungen.

KLV-Leistungen

KLV steht für „Krankenpflege-Leistungsverordnung“. KLV-Leistungen sind so genannte kassenpflichtige Leistungen, welche es zum Beispiel bei der Spitex gibt. Diese kassenpflichtigen Leistungen müssen von der jeweiligen Krankenkasse gedeckt werden, da dies per Verordnung so geregelt ist.

KVG

KVG ist die Abkürzung für Krankenversicherungsgesetz. Dieses Bundesgesetz regelt, dass alle in der Schweiz wohnhaften Personen bei einer Krankenkasse versichert und somit finanziell gegen Unfälle oder Krankheit abgesichert sein müssen. Für alle obligatorisch ist die so genannte obligatorische Grundversicherung, welche einen festgelegten Katalog von Leistungen abdeckt. Alles, was darüber hinausgeht ist nicht obligatorisch und wird von den Versicherungen als Zusatzversicherung angeboten.

Notfalltelefon

Ein Notfalltelefon ist eine Dienstleistung, angeboten von einer Pflegeeinrichtung oder einer Pflegeorganisation (z.B. Alters- und Pflegeheime, Rotes Kreuz, Spitex und auch Private). Ein Notfalltelefon ist rund um die Uhr besetzt und Bedürftige können so in einer Notsituation schnell Hilfe bekommen.

Objektfinanzierung

Unter dem Begriff Objektfinanzierung ist die traditionelle, strukturorientierte Finanzierung durch Mitteleinsatz in Form von direkt an die Institutionen ausgerichteten Investitions- und Defizitbeiträgen zu verstehen. Mit dieser Finanzierungsform ist die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Mittel nur beschränkt überprüfbar, weil die erbrachten Leistungen in keinem direkten Zusammenhang mit dem Mitteleinsatz stehen. Die Steuerung erfolgt ausschliesslich über die zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen. Kurz: Die Beiträge werden einer bestimmten Einrichtung (Objekt) gewährt.

Palliative Behandlung, Palliativmedizin, palliative Pflege

Bei der „*palliativen Behandlung*“ (auch Palliation genannt) geht es um Linderung von Beschwerden von unheilbar kranken Menschen und um die Verbesserung der Lebensqualität dieser Patienten im Gegensatz zur vollkommenen Heilung (kurative Behandlung). Sie beinhaltet auch die Sterbebegleitung.

Palliativmedizin ist demnach die medizinische Behandlung von unheilbar kranken Patienten im letzten Krankheitsstadium oder z.B. Patienten mit Fehlbildungen und zielt auf die Verbesserung der Lebensumstände ab und auf die Ermöglichung eines menschenwürdigen Sterbens.

Ziel der Palliativpflege ist laut WHO (Weltgesundheitsorganisation): „die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind,

die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“. (<http://www.who.int/hiv/topics/palliative/care/en/index.html>)

Prävalenzrate

Die Prävalenzrate gibt an, wie viele Individuen aus einer bestimmten Gruppe an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind und ist somit wirkungsvoll bei der Angabe der Verbreitung z.B. einer Epidemie. Somit wird die Prävalenzrate als eine Prozentzahl beispielsweise von der Gesamtbevölkerung angegeben.

Psychogeriatric

Demenzkrankheiten (z.B. Alzheimer) und oder andere psychische Erkrankungen im Alter (z.B. Depressionen oder Wahnvorstellungen. (Siehe auch unter Demenz)

Rehabilitation

Rehabilitation bedeutet „Wiederherstellung“, genauer die Wiederherstellung eines früheren Zustandes. In der Medizin bedeutet Rehabilitation, dass versucht wird, einen entstandenen Gesundheitsschaden zu beseitigen, zu mildern oder die Folgen zu beseitigen.

Die geriatrische Rehabilitation hat vor allem zum Ziel, Betagte nach einer Verschlechterung ihrer Gesundheit und Selbstständigkeit, z.B. nach einem Hirnschlag oder auch einem Beinbruch, soweit zu bringen, dass sie möglichst wieder ein selbstständiges Leben führen können und so wenig wie möglich auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Chirurgische Rehabilitation

Chirurgische Rehabilitation verfolgt dieselben Grundziele wie alle Rehabilitationsformen. Sie bedient sich operativer Eingriffe, um diese Ziele zu erreichen.

Kardiologische Rehabilitation

In der kardiologischen Rehabilitation wird der Heilungsprozess nach akuten oder chronischen Herzkrankheiten unterstützt.

Neurorehabilitation

In der neurologischen Rehabilitation wird versucht, durch Schäden im Nervensystem entstandene Einschränkungen zu überwinden oder zu beheben. Es lassen sich zwei Therapie-Formen unterscheiden: Training und Förderung der geschädigten Funktionen (häufig bei Lähmungen) oder Kompensation durch noch erhaltene Funktionen (beispielsweise Ankleiden mit nur noch einem Arm, wenn der anderer dauerhaft gelähmt ist).

Orthopädische Rehabilitation

Häufig ist die orthopädische Rehabilitation eine so genannte „Anschlussbehandlung“. Das heisst, sie muss im Anschluss an einen operativen Eingriff durchgeführt werden, der den Bewegungsapparat betrifft, z.B. nach einem Bandscheibenvorfall. Ziel ist es, die alte Beweglichkeit, Muskelkraft und Ausdauer wieder zu erlangen, kurz gesagt: die Rückkehr zur „Normalfunktion“ oder zum bestmöglichen Zustand.

pulmonale Rehabilitation

Pulmonal heisst sinngemäss: „die Lungen betreffend“. Die pulmonale Rehabilitation hat zum Ziel, die körperliche Leistungsfähigkeit, die Lebensqualität und somit letztlich auch die Überlebenschancen von Personen mit schweren Lungenkrankheiten wiederherzustellen zu gewährleisten.

Ressourcen

Unter Ressourcen im Altersbereich zählen neben den eigenen Fähigkeiten und Kräften die Bereitschaft der Angehörigen, Freunde und Nachbarn, älteren Menschen zu helfen (Freiwilligenarbeit, Nachbarschaftshilfe), die Vertrautheit mit der Umgebung, altersgerechter Wohnraum, die professionellen Hilfs- und Dienstleistungsangebote, technische Hilfsmittel, gesellschaftliche Einbindung und spezifische Finanzierungshilfen.

Spitex

Abkürzung für die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege im Sinne einer umfassenden Pflege, Betreuung und Wiedereingliederung von Patienten und Behinderten aller Altersstufen ausserhalb der Krankenhäuser sowie Massnahmen zur Gesundheitserhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Im engeren Sinn versteht man meist unter Spitex die ambulanten Dienste (siehe ambulante Dienste).

Stationäres Angebot/Einrichtung

Der betagte Mensch wohnt in einem Kollektivhaushalt wie Alters- und Pflegeheim, Krankenhaus, Pflegewohnung usw. und kann dort die Infrastrukturen und Angebote vollumfänglich beanspruchen.

Sterbebegleitung

Gesamtheit von Handlungen und Verhaltensweisen, die in erster Linie auf eine sterbende Person ausgerichtet sind und von jedem Menschen erbracht werden können, der einem Sterbenden beisteht, ob Berufsperson oder Laie. Sterbebegleitung schliesst auch die Angehörigen mit ein, im Bestreben, ihnen die Trauerarbeit zu ermöglichen und zu erleichtern.

Subjektfinanzierung

Subjektfinanzierung ermöglicht eine leistungsorientierte Finanzierung durch Steuerung mit Zielvorgaben und Zielüberprüfung. Der Mitteleinsatz richtet sich nach den bezogenen Leistungseinheiten für festgelegte Steuerungsgrössen wie Mengen, Preise und Qualitätsrichtlinien. Die wirkungsorientierte Steuerung ermöglicht eine wirtschaftliche

Verwendung der eingesetzten Mittel und sichert eine kundenfreundliche Auftragserfüllung. Die Mittelausrichtung erfolgt als direkte Abgeltung an den Leistungsbezüger (z.B. in Form von Ergänzungsleistungen). Kurz: Die Beiträge werden einer bestimmten Person (Subjekt) gewährt.

Subsidiarität

Subsidiarität bezeichnet das helfende Eingreifen einer übergeordneten Ebene, wenn die tiefere mit ihren Mitteln nicht in der Lage ist, eine Aufgabe zu erfüllen oder ein Problem zu lösen.

Im Kontext der Heimfinanzierung bedeutet es, dass der Kanton und die Gemeinden mit unterstützenden Massnahmen dann eingreifen, wenn die Mittel der betroffenen Bewohner zur Finanzierung ihres Aufenthalts nicht ausreichen.

Tagesaufenthalt

Betagte nutzen selbstständig die stationären Einrichtungen, um sich zu verpflegen oder Geselligkeit und Beschäftigung zu finden. Dies bedeutet zugleich auch eine Entlastung für pflegende Angehörige.

Tagesklinik

Ein Angebot wie das Tagesheim, in dem zusätzlich ärztliche Behandlung und medizinische Pflege durch geschultes Personal erbracht werden.

Übergangspflege

In der Übergangspflege wird der Patient – meist nach einem Spitalaufenthalt – in der Regel solange betreut, bis er wieder sein gewohntes Leben antreten kann.

VKL

VKL ist die „Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung“. Mit dieser Verordnung wird geregelt, auf welche Weise die Spitäler und Pflegeheime ihre Kosten abzurechnen und die erbrachten Leistungen genau auszuweisen haben. Damit soll erreicht werden, dass Vergleiche angestellt werden können und man gewisse Kennzahlen gewinnt, um schliesslich die Tarife für einzelne Leistungen bestimmen zu können.

Literaturverzeichnis

In der Regel sind sämtliche Quellen direkt als Fussnote angegeben.

Weitere Werke, welche nicht explizit zitiert wurden, aber trotzdem bei der Erarbeitung des Altersleitbildes genutzt und zu Rate gezogen wurden, sind hier aufgeführt.

Nicht explizit erwähnte Quellen:

Holstein, M.B. & Minkler, M. (2003). Self, society and the „new gerontology“. *Gerontologist*, 43(6), 787-796

Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.E. & Beck, J.C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.

Höpflinger, F. (2004). *Age Report 2004 Traditionelles und neues Wohnen im Alter*. Zürich: Seismo.

Bartelt, G. (2004). Betreutes Wohnen in Appenzell – Auswertung einer Umfrage bei den 45-Jährigen und Älteren im Kanton Appenzell Innerrohden: Unveröffentlicht.

Frei, H. (1994). Wohnpartnerschaft für Senioren; Projektarbeit Mai 93 – Juli 94. *Intercura*, 487-15

Spillman, B.C. (2004). Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. *Milbank Q*, 82(1), 157-194.

Abelin, T. (1998). Benützung von Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für die Planung von Dienstleistungen für Betagte. *Gerontologie Information*, 98(3), 2-8

Sterbebegleitung: Auszug aus; Seminar B1 mit Prof. Dr. Hanspeter Schreiber und Dr. Urs Strebel am 13. Juni 2002 anlässlich des KHM-Kongresses in Luzern Zusammenfassung von Romaine Viollier

