

Stationäre Langzeitpflege in der Schweiz

CURAVIVA.CH

VERBAND HEIME UND INSTITUTIONEN SCHWEIZ
ASSOCIATION DES HOMES ET INSTITUTIONS SOCIALES SUISSES
ASSOCIAZIONE DEGLI ISTITUTI SOCIALI E DI CURA SVIZZERI
ASSOCIAZIUN DALS INSTITUTS SOCIALS E DA TGIRA SVIZZERS



ASOCIACE POSKYTOVATELŮ
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

Stationäre Langzeitpflege in der Schweiz

Ein Bericht von CURAVIVA Schweiz
November 2011

Index

1.	Die primären Versicherungspfeiler für das Alter in der Schweiz	5
1.1.	Die Krankenversicherung	5
1.2.	Die Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV	6
1.2.1.	Altersrente	7
1.2.2.	Hinterlassenenrente	9
1.3.	Invalidenversicherung IV	9
1.3.1.	Grundsätze	9
1.3.2.	Leistungen	11
1.3.3.	Berechnung der Beitragshöhe (Anspruch)	11
1.3.4.	Hilflosenentschädigung	13
1.4.	Ergänzungsleistungen EL	13
2.	Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in Heimen	16
3.	Betagte Menschen in stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen (Pflegeheime)	18
4.	Differenzierte Angebote für unterstützungsbedürftige Menschen	22
5.	Das Personal in der stationären Alters- und Langzeitpflege	23
5.1.	Allgemeine Kennzahlen	23
5.2.	Prognosen	25
5.3.	Umfang des zukünftigen Bedarfs an pflegerischen Dienstleistungen steigen	26
5.4.	Gründe für den zukünftigen Anstieg des Pflegepersonalbedarfs	27
5.5.	Massnahmen zur Verhinderung oder Eindämmung des Personalnotstands	28
5.5.1.	Massnahmen zur Verringerung des Personalbedarfs	28
5.5.2.	Massnahmen zur Personalerhaltung	28
5.5.3.	Massnahmen zur Ausschöpfung des Rekrutierungsbedarfs	29
6.	Kosten und Finanzierung des stationären Pflege- und Betreuungsbereichs	30
6.1.	Hintergrund	30
6.2.	Neue Pflegefinanzierung	31
6.3.	Gesamtkosten der stationären Langzeitpflege in der Schweiz	32
7.	Verbundlösungen	34
7.1.	Integrierte Versorgung	34
7.2.	Kooperationspartner	34
7.3.	Leistungen	35
7.4.	Formalisierungsgrad	35
7.4.1.	Die stationäre Minimallösung	35
7.4.2.	Die ambulante Minimallösung	35
7.4.3.	Die Breitgefächerten	36
7.5.	Fazit und Ausblick Verbundlösungen	36
8.	Qualität	37
8.1.	Lebensqualität in Heimen	37
8.2.	Grundlagen für verantwortliches Handeln in Heimen und sozialen Institutionen	40
8.3.	Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen	44
9.	Demenz	47

9.1.	Einleitung	47
9.2.	Pflege- und Betreuungsansätze von Demenz	47
9.3.	Lebensqualität demenzkranker Menschen	49
9.4.	Bedeutung der steigenden Anzahl an Demenz Erkrankten für die Heimlandschaft	49
9.4.1.	Hohe Anforderungen an Pflege	49
9.4.2.	Besondere Herausforderung	49
9.4.3.	Betreuung und Pflege von an Demenz erkrankten Personen im Heim	50
9.4.4.	Wohnformen für an Demenz erkrankten Personen in der schweizerischen Heimlandschaft	51
9.4.5.	Erkenntnisse in Bezug auf die Architektur und Gestaltung von Demenzabteilungen in Heimen	51
10.	Palliative Care	53
10.1.	Einleitung	53
10.2.	Rahmen der nationalen Palliative Care Strategie	54
10.3.	Palliative Care im Kontext der Langzeitpflege	56
10.3.1.	Pluralität von Pflegesituationen	56
10.3.2.	Hohe, individuelle Lebensqualität am Lebensende	56
10.3.3.	Kurze Aufenthaltsdauer	57
10.4.	Palliative Leistungen in der stationären Langzeitpflege	57
10.4.1.	Symptombehandlung	57
10.4.2.	Auseinandersetzung mit Tod und Endlichkeit	58
10.4.3.	Erschwerte Kommunikation bewältigen	58
10.4.4.	Unterstützung in schwierigen Entscheidungsfindungen	59
10.4.5.	Kontakt zu den Angehörigen	59
10.4.6.	Einbezug von Freiwilligen	59
10.4.7.	Abschiedskultur	59
10.4.8.	Zusammenarbeit im Rahmen des palliativen Versorgungsnetzes	60
10.5.	Finanzielle Abgeltungen	60
10.5.1.	Grundversorgung	60
10.5.2.	Phasenweise spezialisierte Palliative Care	61
10.6.	Qualitätssicherung von Palliative Care	61
11.	Ausblick	62
11.1.	Das neue Erwachsenenschutzrecht	62
11.1.1.	Einleitung	62
11.1.2.	Was ändert sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht?	62
11.1.3.	Was Bedeutet das neue Erwachsenenschutzrecht für die Heimlandschaft	63
11.2.	Diagnostic Related Groups (DRG) im Heimbereich	63
11.2.1.	Einleitung	63
11.2.2.	Mögliche Auswirkungen auf die Pflegeheime	64
11.2.3.	Generelle Trends	65
11.2.4.	Chancen und Risiken für die Pflegeheime	66
11.3.	Wohnformen und Wohnangebote	68
12.	Anhang: Spitex Schweiz	70
12.1.	Gesamtbeschreibung	70
12.2.	Dienstleistungen	71
12.3.	Personal	71
12.4.	Klientinnen und Klienten	72
12.5.	Finanzen	72

Verzeichnis Tabellen

Tabelle 1:	Kennzahlen der Pflegeheime und Altersheime, 2000 und 2008	17
Tabelle 2:	Bettendichte der Institutionen für betagte und pflegebedürftige Menschen nach Kanton, 2000 und 2008	17
Tabelle 3:	Anteil der älteren Wohnbevölkerung, der in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen lebt (in Prozent), 1970 bis 2000	18
Tabelle 4:	Beherbergungsplätze in den Alters- und Pflegeheimen nach Kanton 2009	20
Tabelle 5:	Anzahl Kurzzeit- und Langzeitaufenthalte in Tagen, 2011	21
Tabelle 6:	Pflegetage in Alters- und Pflegeheimen (in Mio.)	27
Tabelle 7:	Übersicht der Kosten nach Pflegestufe	30
Tabelle 8:	Gesamtkosten Langzeitpflegebereich 2008	33
Tabelle 9:	Pflegeheime Kostenentwicklung 2006 bis 2008 Langzeitpflegebereich	33
Tabelle 10:	Kategorisierung der Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen	45
Tabelle 11:	Anzahl Demenzkranke pro Altersgruppe in der Schweiz, 2010	47

Verzeichnis Grafiken

Grafik 1:	Die grössten Kostenblöcke in der Grundversicherung, 2009 (in Prozent)	5
Grafik 2:	Die drei Säulen des schweizerischen Vorsorgesystems	6
Grafik 3:	Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 1970 und 2000	19
Grafik 4:	Anzahl Kurz- und Langzeitaufenthalte in Prozent, 2011	21
Grafik 5:	Gesundheitspersonal in Alters- und Pflegeheimen nach Ausbildungsniveau, Total Schweiz, 2006 (in Prozent)	23
Grafik 6:	Anzahl Beschäftigte nach Ausbildungstyp in Alters- und Pflegeheimen 2009	24
Grafik 7:	Gesundheitspersonal in Alters- und Pflegeheimen nach Ausbildungsniveau, Total Schweiz, 2006 (in Prozent)	24
Grafik 8:	Geschätzte zusätzlich benötigte Arbeitskräfte im Jahr 2020 nach Bildungsniveau (im Vergleich 2006), Total Schweiz, 2009	25
Grafik 9:	Total Betriebskosten nach Hauptkostenträger, 2009, in CHF	32
Grafik 10:	Häufigste Diagnosen bei betagten Personen in Institutionen	47
Grafik 11:	Pyramide der nationalen Palliative Care Strategie	55

1. Die primären Versicherungspfeiler für das Alter in der Schweiz

1.1. Die Krankenversicherung

Die soziale Krankenversicherung gewährt allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung. Bei Krankheit oder Unfall stellt sie die medizinische Behandlung sicher, falls eine solche nicht von der Unfallversicherung abgedeckt wird. Die soziale Krankenversicherung wird von 94 Versicherern (Krankenkassen) durchgeführt, welche gesetzliche Voraussetzungen erfüllen, wie zum Beispiel der Verzicht, nach Gewinn zu streben. Für den Fall, dass ein Versicherer zahlungsunfähig wird, werden die Kosten für die gesetzliche Leistungen von der so genannten Gemeinsamen Einrichtung übernommen, welche die Finanzierung mit Beiträgen von den Versicherern - auf den Prämien der sozialen Krankenversicherung erhoben - sicherstellt.

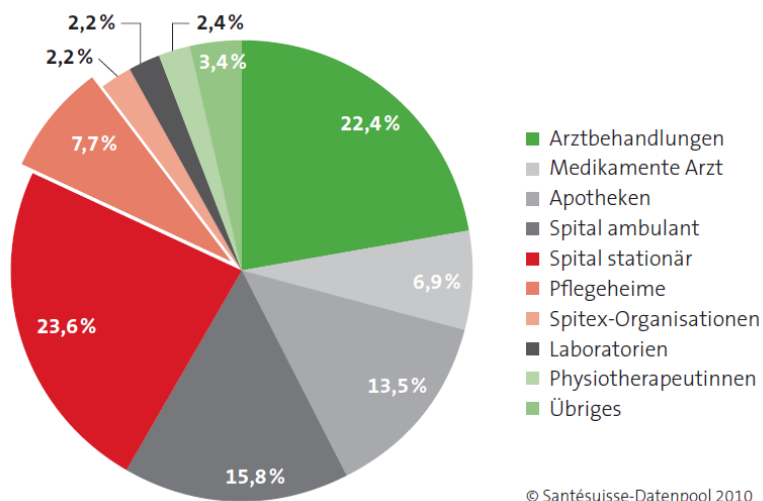
Die Rolle der Versicherer beschränkt sich nicht auf die Rückerstattung von erbrachten Leistungen für die Versicherten, sondern sie unterstützen auch, zusammen mit den Kantonen, die Gesundheitsförderung. Versicherer und Kantone führen zusammen eine Einrichtung, die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung, deren Ziel es ist, Massnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention anzuregen, zu koordinieren und in ihrer Wirkung zu bewerten.

Jede in der Schweiz wohnhafte Person untersteht dem Versicherungsobligatorium. Alle Mitglieder der Familie, Erwachsene wie Kinder, sind individuell versichert. Jede Person, die sich in der Schweiz aufhält, muss sich innerhalb von drei Monaten versichern. Die gleiche Frist gilt für Eltern, die ihr neugeborenes Kind einer Krankenversicherung anschliessen müssen. Der Versicherte kann den Krankenversicherer frei wählen. Dieser muss ihn unabhängig von seinem Alter und seinem Gesundheitszustand akzeptieren, ohne Vorbehalte oder Karenzfristen.

Die Aufsicht über die Versicherer, welche die Grundversicherung anbieten, wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) ausgeübt. Die Aufsicht über die Zusatzversicherungen, welche dem Privatversicherungsrecht unterliegen, obliegt demgegenüber der Finanzmarktaufsicht (FINMA). Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist dafür verantwortlich, dass die Versicherer das Krankenversicherungsgesetz (KVG) einheitlich anwenden. Das BAG übt ebenfalls die Aufsicht über die finanzielle Situation der Krankenversicherer aus. Hierzu müssen

die Krankenversicherer ihre Jahresberichte, Budgets und Jahresrechnungen wie auch die Prämien für das folgende Jahr dem BAG vorlegen. Die Prämien der Versicherer müssen vom BAG genehmigt werden, damit sie gültig werden.

Grafik 1: Die grössten Kostenblöcke in der Grundversicherung, 2009 (in Prozent)



Die obligatorische Krankenpflegeversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Bei Unfällen springt die Krankenversicherung allerdings nur dann ein, wenn die versicherte Person über keine andere (obligatorische oder private) Versicherungsdeckung ver-

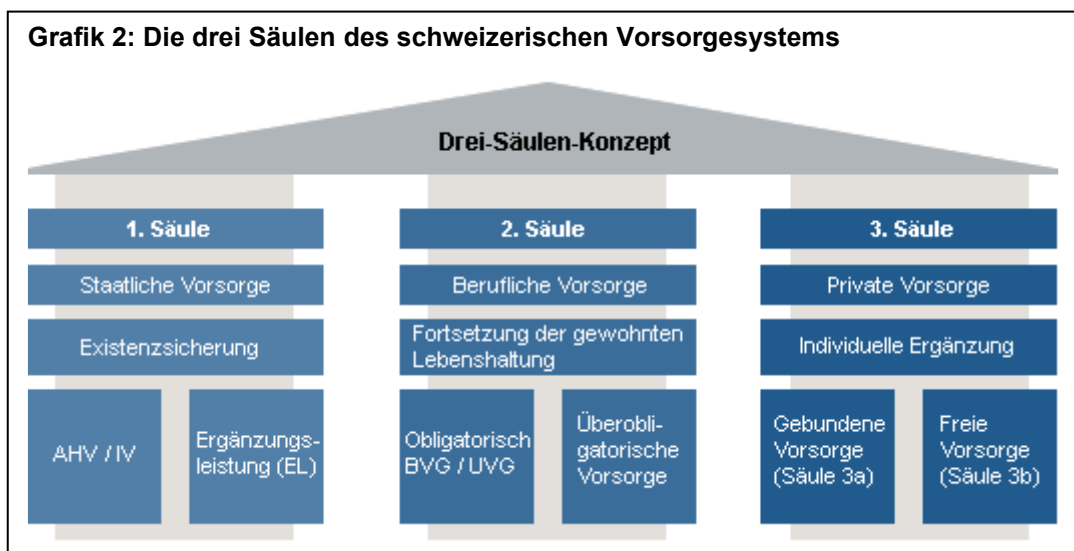
fügt. Weiter übernimmt sie auch Kosten bei bestimmten Massnahmen der medizinischen Prävention. Im Folgenden werden die grundsätzlichen Aspekte der Leistungen erläutert:

- Alle Krankenversicherer, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen, müssen den gleichen gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfang übernehmen. Darüber hinaus dürfen die Krankenversicherer keine weitergehenden «freiwilligen» Leistungen vergüten.
- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt nach dem Gesetz nur Leistungen, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.
- Werden von einem Leistungserbringer (Arzt, Physiotherapeut usw.) Leistungen durchgeführt oder angeordnet, welche nicht zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenversicherung gehören, ist er verpflichtet, die Patienten und Patientinnen darauf hinzuweisen.

1.2. Die Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) ist der bedeutendste Pfeiler der sozialen Vorsorge in der Schweiz. Sie soll den Existenzbedarf im Alter oder im Todesfall decken. Die AHV soll den wegen Alter und Tod zurückgehenden oder wegfallenden Arbeitsverdienst zumindest teilweise ersetzen: Mit den Altersrenten trägt sie dazu bei, den Versicherten im Alter den Rückzug aus dem Berufsleben zu ermöglichen und einen materiell gesicherten Ruhestand zu gewährleisten. Die Hinterlassenenrenten sollen verhindern, dass zum menschlichen Leid, das der Tod eines Elternteils oder des Ehegatten über die Familie bringt, auch noch eine finanzielle Notlage hinzukommt. Als Volksversicherung ist die AHV für alle obligatorisch.

Das Schweizer Sozialversicherungssystem basiert auf dem so genannten Dreisäulenprinzip: Die AHV und die Invalidenversicherung (IV) bilden in Verbindung mit den Er-



gänzungsleistungen (EL) die erste Säule. Sie soll den Existenzbedarf decken und ist obligatorisch. Die ebenfalls obligatorische berufliche Vorsorge (Pensionskasse) bildet die zweite Säule, und die freiwillige Selbstvorsorge, das Sparen, stellt die dritte Säule dar.

Die Entstehung der AHV geht auf das Jahr 1925 zurück, als das Stimmvolk einem Verfassungsartikel zur Schaffung einer Alters- und Hinterlassenenversicherung zustimmte: Am 1. Januar 1948 schliesslich trat die AHV in Kraft; die ersten Renten wurden ausbezahlt.

Die AHV basiert in erster Linie auf der Solidarität zwischen den Generationen: Die laufenden Renten werden durch die so genannte aktive Bevölkerung finanziert. Dies im Vertrauen darauf, dass spätere Generationen das Gleiche tun und das Werk weiterführen werden. Diese Solidari-

tät zwischen den Generationen wird auch Generationenvertrag genannt.

Aber die Solidarität in der AHV geht noch weiter: Besserverdienende unterstützen schlechter gestellte Versicherte. Sie entrichten mehr Beiträge, als zur Finanzierung ihrer eigenen Rente nötig wäre, während wirtschaftlich schlechter Gestellte mehr Leistungen beziehen, als es ihren Beiträgen entsprechen würde. So findet ein Ausgleich zwischen Arm und Reich statt.

Mit den Erziehungs- und den Betreuungsgutschriften kommt zudem die Solidarität kinderloser Personen mit Müttern und Vätern oder von Personen ohne Betreuungsaufgaben mit jenen, die sich um pflegebedürftige Verwandte kümmern, zum Tragen. Mit dem Splitting schliesslich spielt bei der AHV auch die Solidarität zwischen den Ehepartnern.

Die wichtigste Einnahmequelle der AHV sind die Beiträge der Wirtschaft, der Arbeitgeber, der Versicherten und des Bundes. Seit 1. Januar 1999 wird zudem ein Teil der Mehrwertsteuer für die Finanzierung der AHV erhoben.

Die AHV wird nach dem so genannten Umlageverfahren finanziert. Das heisst: Die eingenommenen Beiträge werden innerhalb der gleichen Zeitperiode für Leistungen an die Rentenberechtigten wieder ausgegeben, also «umgelegt». Im Unterschied zur beruflichen Vorsorge oder zum Sparbüchlein wird damit bei dieser Finanzierungsart nicht über Jahre gespart. Die AHV gibt stattdessen etwa aus, was sie jährlich einnimmt.

Die Gesetzgebung und die Aufsicht der AHV sind zentral organisiert: Das Bundesamt für Sozialversicherungen sorgt für eine einheitliche Anwendung der gesetzlichen Vorschriften. Die Zentrale Ausgleichsstelle in Genf führt die Gesamtbuchhaltung der AHV und erledigt weitere zentrale Aufgaben wie zum Beispiel die Zuteilung der Versichertennummern.

Für die Durchführung und den direkten Kontakt mit den Versicherten und Arbeitgebern sind in erster Linie die Ausgleichskassen der Verbände, der Kantone und des Bundes mit ihren Zweigstellen zuständig. Sie setzen die Beiträge fest und ziehen sie ein. Sie berechnen die Leistungen der AHV und sind für deren Ausrichtung an die Versicherten verantwortlich. Die Alters- und Hinterlassenenrenten sowie die Hilflosenentschädigungen machen den grössten Teil der Leistungen der AHV aus.

Die AHV erbringt zudem weitere Leistungen wie:

- Beiträge an Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Lupenbrillen etc.)
- Beiträge an die Spitex und andere gemeinnützige Institutionen der Altershilfe (Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz etc.)

Die Renten werden der Entwicklung der Löhne und Preise angepasst. Dies geschieht mittels eines so genannten Mischindex (Mittelwert aus Konsumentenpreisindex und Lohnindex des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO)).

1.2.1. Altersrente

Der Anspruch auf die Altersrente beginnt am ersten Tag des Monats, welcher der Erreichung des ordentlichen Rentenalters folgt. Er erlischt erst am Ende des Monats, in dem die rentenberechtigte Person stirbt.

Für Frauen liegt das ordentliche Rentenalter bei 64 und für Männer bei 65 Jahren. Eine Frau, die am 17. Juni 1945 geboren wurde, erhält folglich ihre erste ordentliche Altersrente ab 1. Juli 2009 und ein Mann mit dem gleichen Geburtsdatum ab 1. Juli 2010.

Wer seine Altersrente um ein oder zwei Jahre vor dem ordentlichen Rentenalter bezieht, erhält für die Dauer des gesamten Rentenbezugs eine gekürzte Rente. Wer die Rente um ein bis maximal fünf Jahre aufschiebt, erhält für die Dauer des gesamten Rentenbezugs eine erhöhte Rente. Wie gross die Kürzung oder der Zuschlag ausfällt, wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet. Bei Ehepaaren ist es auch möglich, dass ein Ehepartner die Rente vorbezieht und der andere aufschiebt.

Zwei Faktoren bestimmen die Höhe der Renten: Die «anrechenbaren Beitragsjahre» und das «massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen». Eine Vollrente erhält, wer ab dem 20. Altersjahr bis zum ordentlichen Rentenalter jedes Jahr lückenlos AHV-Beiträge bezahlt hat. Wurden die Beiträge jedoch nicht ohne Unterbruch einbezahlt oder fehlen sogar ganze Beitragsjahre, bestehen so genannte Beitragslücken. Die AHV kann nur eine Teilrente ausrichten: Ein fehlendes Beitragsjahr führt in der Regel zu einer Rentenkürzung um mindestens 2,3%. Die Höhe der Rente hängt jedoch nicht nur davon ab, ob jemand die vollständigen Beitragsjahre vorweisen kann oder nicht. Sie wird ebenso von der Höhe des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens beeinflusst. Dieses kann sich aus bis zu drei Elementen zusammensetzen:

- dem aufgewerteten Durchschnitt der versicherten Einkommen,
- dem Durchschnitt der Erziehungsgutschriften (die Summe der Erziehungsgutschriften dividiert durch die gesamte Beitragsdauer),
- dem Durchschnitt der Betreuungsgutschriften (die Summe der Betreuungsgutschriften dividiert durch die gesamte Beitragsdauer).

Die Höhe der Rente ist nach unten wie nach oben begrenzt: Die Maximalrenten sind höchstens doppelt so hoch wie die Minimalrenten.

Erziehungsgutschriften: Diese Gutschriften sind keine direkten Geldleistungen, sondern Zuschläge zum Erwerbseinkommen, die erst bei der Rentenberechnung berücksichtigt werden. Anspruch auf Erziehungsgutschriften haben Altersrentner und -rentnerinnen für jedes Jahr, in dem sie Kinder unter 16 Jahren hatten. Erziehungsgutschriften betragen das Dreifache der jährlichen Minimalrente zum Zeitpunkt des Anspruchsbeginns. Bei verheirateten Personen wird die Gutschrift während der Ehejahre je zur Hälfte auf die Ehepartner aufgeteilt.

Betreuungsgutschriften: Diese Gutschriften sind wie die Erziehungsgutschriften keine direkten Geldleistungen, sondern Zuschläge zum Erwerbseinkommen, die jedoch im Individuellen Konto vermerkt werden. Wer pflegebedürftige Verwandte betreut, hat Anspruch auf Betreuungsgutschriften. Im Gegensatz zu den Erziehungsgutschriften müssen diese jährlich bei der zuständigen kantonalen Ausgleichskasse geltend gemacht werden. Der Anspruch besteht jedoch nicht für jene Jahre, in welchen Erziehungsgutschriften angerechnet werden können.

Die Summe der beiden Einzelrenten eines Ehepaares darf höchstens 150% der Maximalrente betragen. Wird dieser Höchstbetrag überschritten, müssen die Einzelrenten entsprechend gekürzt werden.

1.2.2. Hinterlassenenrente

Hinterlassenenrenten sollen beim Tod des Ehepartners oder eines Elternteils verhindern, dass die Hinterbliebenen (Ehepartner, Ehepartnerin, Kinder) in finanzielle Not geraten. Es gibt drei Arten von Hinterlassenenrenten: Witwenrenten, Witwerrenten und Waisenrenten.

Verheiratete Frauen, deren Gatte verstorben ist, haben Anspruch auf eine Witwenrente,

- wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung ein oder mehrere Kinder haben oder
- wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung das 45. Altersjahr zurückgelegt haben und mindestens 5 Jahre verheiratet waren. Die Ehejahre werden zusammengezählt, wenn sie mehrmals verheiratet waren.

Geschiedene Frauen, deren ehemaliger Gatte verstorben ist, haben Anspruch auf eine Witwenrente,

- wenn sie Kinder haben und die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat,
- wenn sie bei der Scheidung älter als 45 Jahre waren und die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat, oder
- wenn das jüngste Kind sein 18. Lebensjahr vollendet, nachdem die geschiedene Mutter 45 Jahre alt geworden ist.

Geschiedene Frauen, die keine dieser Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf eine Witwenrente bis zum 18. Geburtstag des jüngsten Kindes. Verheiratete und geschiedene Männer, deren Gattin resp. ehemalige Gattin verstorben ist, erhalten eine Witwerrente, solange sie aus dieser Ehe Kinder unter 18 Jahren haben. Sobald das jüngste Kind das 18. Altersjahr vollendet, erlischt der Anspruch auf eine Witwerrente.

Wie bei den Altersrenten gilt auch für die Hinterlassenenrenten: Die Höhe der Rente wird durch die Beitragsdauer und durch die Höhe des durchschnittlichen Einkommens bestimmt. Massgebend sind jedoch nur die versicherten Einkommen der verstorbenen Person. Hat diese bei ihrem Tode das 45. Altersjahr noch nicht vollendet, wird ein so genannter Karrierezuschlag gewährt. Das heisst: Für die Berechnung der Hinterlassenenrente wird ihr durchschnittliches Einkommen prozentual erhöht. Haben Versicherte gleichzeitig Anspruch auf eine Alters- und auf eine Hinterlassenenrente, wird nur die höhere der beiden Renten ausgerichtet. Verglichen wird die um den Verwitwetenzuschlag erhöhte Altersrente mit der Hinterlassenenrente.

1.3. Invalidenversicherung IV

1.3.1. Grundsätze

Die schweizerische Invalidenversicherung (IV) ist wie die AHV und die Krankenversicherung eine gesamtschweizerische obligatorische Versicherung und der bedeutendste Pfeiler der Invalidenvorsorge in der Schweiz (1. Säule). Wie die AHV ist sie eine obligatorische Versicherung. Sie hat zum Ziel, den Versicherten mit Eingliederungsmassnahmen oder Geldleistungen die Existenzgrundlage zu sichern, wenn sie invalid werden.

Wie bei der AHV und den Ergänzungsleistungen besteht auch bei der IV ein Rechtsanspruch auf Leistungen, wenn die im Gesetz genau festgelegten Bedingungen erfüllt sind.

Die schweizerische Invalidenversicherung gibt es seit 1960. Ihre Entstehung geht auf das Jahr

1925 zurück, als das Schweizer Stimmvolk einem Verfassungsartikel zur Schaffung einer Alters- und Invalidenversicherung zustimmte.

Obligatorisch bei der IV versichert sind

- alle Personen, die in der Schweiz wohnen, und
- alle Personen, die in der Schweiz erwerbstätig sind.

Freiwillig bei der IV versichern können sich

- Bürgerinnen und Bürger der Schweiz, der EU oder von EWR-Staaten, sofern sie ausserhalb dieser Länder wohnen.

Die IV definiert Invalidität als eine durch körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte Erwerbsunfähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich (z.B. im Haushalt) zu betätigen.

Diese Unfähigkeit muss bleibend sein oder längere Zeit (mindestens ein Jahr) dauern. Es spielt jedoch keine Rolle, ob der Gesundheitsschaden schon bei der Geburt bestanden hat oder Folge einer Krankheit oder eines Unfalls ist.

Invalidität besteht also unter folgenden Voraussetzungen:

- Es liegt ein Gesundheitsschaden vor,
- es besteht eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, und
- die Erwerbsunfähigkeit ist durch den Gesundheitsschaden verursacht.

Durch die frühzeitige Erfassung von Personen, die wegen eines Gesundheitsschadens arbeitsunfähig geworden sind, soll der Eintritt einer Invalidität verhindert werden. Die IV kann präventiv tätig werden. Für die Früherfassung können versicherte Personen bei der IV-Stelle des Wohnsitzkantons gemeldet werden. Die Früherfassung ist aber noch keine Anmeldung für eine IV-Leistung.

Meldeberechtigt sind:

- die versicherte Person sowie ihre gesetzliche Vertretung
- die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen
- der oder die Arbeitgebende
- die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen und Chiropraktoren
- die Krankentaggeldversicherer
- der Unfallversicherer
- die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge
- die Arbeitslosenversicherung
- die Sozialhilfeorgane
- die Militärversicherung

Die Meldung kann eingereicht werden, wenn die versicherte Person während mindestens 30 Tagen gesundheitsbedingt arbeitsunfähig war oder innerhalb eines Jahres wiederholt Absenzen aufweist und die Gefahr einer Chronifizierung des Leidens besteht. Die versicherte Person ist vorgängig über die Meldung zu informieren. Die IV-Stelle klärt ab, ob sie tatsächlich zuständig ist und entscheidet, ob eine Anmeldung für IV-Leistungen sinnvoll ist.

Zum Bezug von Leistungen der IV müssen versicherte Personen bei der IV-Stelle ihres Wohnsitzkantons eine Anmeldung einreichen. Für im Ausland wohnhafte Versicherte ist die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zuständig. Einen Anspruch anmelden können:

- die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter,
- Behörden oder Dritte, die die versicherte Person regelmässig unterstützen oder dauernd betreuen.

Die versicherte Person muss die Anmeldung zum Bezug von Leistungen eigenhändig unterschreiben. Die Anmeldung soll frühzeitig erfolgen, wenn der Gesundheitsschaden Leistungen der IV auslösen kann. Eine verspätete Anmeldung kann einen Verlust von Leistungen zur Folge haben.

1.3.2. Leistungen

Das erste Ziel der Invalidenversicherung ist es, Menschen mit Behinderung soweit zu fördern, dass sie ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise aus eigener Kraft bestreiten und ein möglichst unabhängiges Leben führen können.

Entsprechend sind auch die Leistungen der IV auf dieses Ziel ausgerichtet:

1. Massnahmen der Frühintervention: Sie beugen gesundheitsbedingten Problemen am Arbeitsplatz vor
2. Eingliederungsmassnahmen: Sie verbessern oder erhalten die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich
3. Invalidenrenten: Sie werden nur dann ausgerichtet, wenn die Eingliederungsmassnahmen nicht oder nicht im erwünschten Ausmass erfolgreich waren
4. Hilflosenentschädigung: Sie unterstützen finanziell, wenn behinderte Personen auf die Hilfe Dritter angewiesen sind

Auch wer IV-Leistungen bezieht, muss weiterhin bis zum Erreichen des AHV-Alters Beiträge an AHV, IV und EO leisten. Falls IV-Rentnerinnen und -Rentner keinerlei Erwerbseinkommen mehr erzielen, müssen sie sich als Nichterwerbstätige bei der kantonalen Ausgleichskasse ihres Wohnsitzes melden, damit ihre Beitragspflicht weiterhin erfüllt werden kann. Geschieht dies nicht, besteht das Risiko einer Beitragslücke. Die künftige AHV-Rente kann dadurch geschmälert werden.

Invalidenrenten werden nur dann ausgerichtet, wenn Eingliederungsmassnahmen ihr Ziel nicht oder nur teilweise erreichen.

1.3.3. Berechnung der Beitragshöhe (Anspruch)

Um den Grad der Invalidität zu bestimmen, unterscheidet die IV zwischen:

- Erwerbstätigen,
- Nichterwerbstätigen und
- teilweise Erwerbstätigen

Bei Erwerbstätigen bemisst die IV-Stelle den Invaliditätsgrad mit einem Einkommensvergleich. Sie ermittelt dabei zuerst das Erwerbseinkommen, das ohne den Gesundheitsschaden erzielt werden könnte. Davon zieht sie das Erwerbseinkommen ab, das nach dem Gesundheitsscha-

den und nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreicht werden könnte, unabhängig davon, ob dieses Einkommen tatsächlich erzielt wird. Daraus ergibt sich ein Fehlbetrag: die invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse. Drückt man diesen in Prozenten aus, erhält man den Invaliditätsgrad. Findet also ein Handwerker, der wegen eines Rückenleidens den Beruf aufgeben musste, nur noch eine leichtere Arbeit, bei der er wesentlich weniger verdient, wird der Invaliditätsgrad folgendermassen berechnet:

Einkommen als gelernter Handwerker	CHF 50'000.-
Zumutbares Einkommen bei leichter Arbeit	CHF 22'000.-
Differenz	CHF 28'000.-

Die Erwerbseinbusse von Fr. 28'000.-- entspricht 56%. Damit liegt auch der Invaliditätsgrad des Handwerkers bei 56%, was zu einer halben Rente führt.

Bei Nichterwerbstätigen bemisst die IV-Stelle den Invaliditätsgrad mit einem Betätigungsvergleich: Fachleute der IV klären an Ort und Stelle ab, wie stark sich die Behinderung im bisherigen Aufgabenbereich, also zum Beispiel im Haushalt, auswirkt.

Bei teilweise Erwerbstätigen bemisst die IV-Stelle den Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen: im Erwerbsleben (Erwerbseinbusse) und im bisherigen Aufgabenbereich (Betätigungsvergleich).

Zur Berechnung des IV-Rentenbetrags wird das gleiche System wie bei den AHV-Renten angewendet: Ausschlaggebend ist, wie lange die behinderte Person versichert und wie hoch ihr durchschnittliches Einkommen war. Die ausbezahlten Beträge der IV-Renten sind gleich hoch wie diejenigen der AHV. Die maximale Rente ist doppelt so hoch wie die minimale Rente.

Der Invaliditätsgrad bestimmt die Rente:

- Invaliditätsgrad ab 40%: Viertelsrente
- Invaliditätsgrad ab 50%: Halbe Rente
- Invaliditätsgrad ab 60%: Dreiviertelsrente
- Invaliditätsgrad ab 70%: Ganze Rente

Der Anspruch auf eine IV-Rente beginnt frühestens nach Ablauf einer einjährigen Wartezeit. Während dieses Jahres muss die Arbeitsunfähigkeit durchschnittlich mindestens 40 Prozent betragen, und nach Ablauf dieser Frist muss weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleichem Ausmass vorliegen.

Zudem entsteht der Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach dem Einreichen der Anmeldung bei der IV-Stelle und frühestens in jenem Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt.

Die IV unterscheidet zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit:

- Arbeitsunfähig ist, wer aufgrund des Gesundheitsschadens im bisherigen Beruf oder im bisherigen Aufgabenbereich nicht mehr tätig sein kann. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt festgelegt.
- Erwerbsunfähig ist, wer aufgrund des Gesundheitsschadens auf dem gesamten in Betracht kommenden Arbeitsmarkt keine Erwerbsarbeit mehr ausüben kann. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads ist ausschliesslich die Erwerbsunfähigkeit massgebend. Dieser wird von der IV-Stelle festgelegt.

Der Anspruch auf IV-Renten erlischt, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, spätestens aber, wenn der IV-Rentner oder die IV-Rentnerin das AHV-Alter erreicht bzw. Anspruch auf eine Altersrente hat.

IV-Renten und Taggelder sollen grundsätzlich den Existenzbedarf einer Person mit Behinderung decken. Wenn diese Leistungen alleine nicht ausreichen, weil beispielsweise daneben kein weiteres Einkommen vorhanden ist, können Ergänzungsleistungen beansprucht werden. Dies sind Leistungen, welche den Fehlbetrag zwischen dem tatsächlichen Einkommen und einer bestimmten Einkommensgrenze, dem Existenzbedarf, ausgleichen.

1.3.4. Hilflosenentschädigung

Wer bei alltäglichen Lebensverrichtungen wie Ankleiden, Aufstehen, Absitzen, Essen, Körperpflege etc. die Hilfe anderer Menschen benötigt, ist im Sinne der IV «hilflos» und kann eine Hilflosenentschädigung erhalten. Auch als hilflos gelten volljährige Versicherte, die dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sind und zu Hause leben. Zudem wird berücksichtigt, ob besonders aufwendige Pflege oder Überwachung benötigt wird. Je nach Ausmass der Hilflosigkeit werden drei Schweregrade - leicht, mittel und schwer - unterschieden.

Ein 56-jähriger Mann beispielsweise leidet nach einem Hirnschlag unter einer bleibenden Lähmung der linken Seite und ist deshalb beim Anziehen und beim Essen auf Hilfe angewiesen, in allen übrigen Lebensverrichtungen ist er jedoch selbstständig. Ein Jahr nach dem Hirnschlag erhält er deshalb von der IV eine Hilflosenentschädigung wegen Hilflosigkeit leichten Grades. Minderjährigen, welche während mindestens vier Stunden täglich Pflege benötigen, kann die IV zusätzlich einen Intensivpflegezuschlag ausrichten. Auch bei diesem gibt es die Stufen leicht, mittel und schwer.

Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung kann bereits nach der Geburt entstehen und endet mit dem Tod. Auch nach Erreichen des AHV-Alters besteht also der Anspruch auf Hilflosenentschädigung im Rahmen der AHV weiter.

1.4. Die Ergänzungsleistungen EL

Die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV helfen dort, wo die Renten und das Einkommen nicht die minimalen Lebenskosten decken. Sie sind ein rechtlicher Anspruch und keine Fürsorge oder Sozialhilfe. Zusammen mit der AHV und IV gehören die EL zum sozialen Fundament der Schweiz.

Die Ergänzungsleistungen werden durch die Kantone ausgerichtet. Sie bestehen aus zwei Kategorien:

- jährliche Leistungen, die monatlich ausbezahlt werden
- Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten

Ergänzungsleistungen können Personen erhalten,

- die einen Anspruch auf eine Rente der AHV (auch bei einem Rentenvorbezug), eine Rente der IV (ganze, Dreiviertels-, halbe oder Viertelsrente), oder nach Vollendung des 18. Altersjahres eine Hilflosenentschädigung der IV haben oder während mindestens sechs Monaten ein Taggeld der IV erhalten,
- die in der Schweiz Wohnsitz und tatsächlichen Aufenthalt haben und
- die Bürgerinnen oder Bürger der Schweiz sind. EL können auch Ausländerinnen oder Ausländer erhalten, die seit mindestens zehn Jahren ununterbrochen in der Schweiz leben. Für Flüchtlinge oder Staatenlose beträgt diese Frist fünf Jahre. Bürgerinnen oder

Bürger eines EU-Mitgliedstaates, für den das Personenfreizügigkeitsabkommen gilt (Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Oesterreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowenien, Slowakei, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern), oder Staatsangehörige der EFTA (Norwegen, Island und Liechtenstein) müssen in der Regel keine Karenzfrist erfüllen.

Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen besteht erstmals für den Monat, in dem die Anmeldung eingereicht worden ist und die Voraussetzungen für ihre Ausrichtung gegeben sind. Der Anspruch verfällt auf Ende des Monats, in dem eine der Voraussetzungen nicht mehr besteht.

Personen, welche keinen Anspruch auf eine Rente haben, weil sie keine oder zu wenig lang AHV- und IV-Beiträge bezahlt haben, können unter gewissen Voraussetzungen einen Anspruch auf EL geltend machen.

Die jährlichen Ergänzungsleistungen entsprechen der Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den Einnahmen, die angerechnet werden können. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Personen, die zu Hause leben und Personen, die in einem Heim wohnen. Bei Ehepaaren, von denen zumindest der eine Ehegatte im Heim resp. im Spital lebt, wird die jährliche EL für jeden Ehegatten einzeln berechnet. Dabei werden die anrechenbaren Einnahmen und das Vermögen des Ehepaares zu gleichen Teilen den Ehegatten zugerechnet. Wenn sich das Einkommen oder Vermögen eines EL-Bezügers oder einer EL-Bezügerin wesentlich verringert oder erhöht, wird die EL auch im Verlauf des Kalenderjahres entsprechend angepasst.

Als Ausgaben anerkannt werden:

- Berufsauslagen bis zur Höhe des Bruttoerwerbseinkommens;
- Kosten für den Unterhalt von Gebäuden und Hypothekarzinsen bis zur Höhe des Bruttoertrags der Liegenschaft;
- Pauschalbetrag für die obligatorische Krankenversicherung. Die jährlichen Beträge werden durch den Bund für jeden Kanton einzeln festgelegt.
- Beiträge an AHV, IV und EO;
- geleistete familienrechtliche Unterhaltsbeiträge, z.B. Alimente.

Für Personen, die zu Hause leben, gelten zudem als anerkannte Ausgaben:

- der allgemeine Lebensbedarf pro Jahr
- der jährliche Mietzins und die damit zusammenhängenden Nebenkosten einer Wohnung. Bei Personen, die in einer Liegenschaft wohnen, die ihnen gehört, wird als Mietzins der Eigenmietwert angerechnet.

Bei Personen, die in einem Heim oder im Spital leben, werden folgende Ausgaben anerkannt:

- die Tagestaxe. Die Kantone können einen Höchstbetrag festlegen
- der Betrag für persönliche Auslagen wie Kauf von Kleidern, Produkte für die Körperhygiene, Zeitungen, Steuern, usw. Dieser Betrag wird von den Kantonen festgelegt

Voll als Einkommen angerechnet werden:

- Renten der AHV und IV, der Pensionskasse (berufliche Vorsorge), der Militär- oder Unfallversicherung und von ausländischen Sozialversicherungen. Dabei werden die Renten des laufenden Jahres berücksichtigt
- Einkünfte aus dem Vermögen wie Zinsen, Miete, Untermiete, Pacht oder Nutzniessung der Eigenmietwert der Wohnung
- familienrechtliche Unterhaltsbeiträge wie Alimente
- Ersatzeinkünfte wie Taggelder der Krankenkasse, der Invalidenversicherung, der Arbeitslosenversicherung oder der Unfallversicherung
- wiederkehrende Leistungen von Arbeitgebern
- Erwerbseinkommen bei Bezüglern eines IV-Taggeldes
- Einkünfte und Vermögenswerte, auf die verzichtet worden ist
- ein Teil des Vermögens (Verzehr)

Nicht als Einkommen angerechnet werden:

- Verwandtenunterstützungen;
- öffentliche oder private Leistungen der Fürsorge und Sozialhilfe;
- Hilfenentschädigungen der Sozialversicherungen (mit Ausnahmen bei Heimaufenthalt);
- Stipendien und andere Unterstützungsbeiträge für die Ausbildung.

2. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege in Heimen¹

Die Pflegebedürftigkeit, hier verstanden als langzeitiger oder gar dauernder Verlust der Selbstständigkeit bei den täglichen Lebensverrichtungen, ist in der «alternden» Gesellschaft immer häufiger ein Existenzrisiko. Latzel² (S. 250ff.) weist zu Recht darauf hin, dass eine einheitliche Definition des Begriffs Pflegebedürftigkeit fehle und dass auch in der Praxis der schweizerischen Sozialversicherungen Pflegebedürftigkeit synonym mit Hilflosigkeit definiert werde. Er spricht von der Pflegebedürftigkeit als einem allgemeinen Lebensrisiko, das stark individuell geprägt ist und über den Autonomieverlust definiert wird. «Pflegebedürftig ist, wer für die alltäglichen Lebensverrichtungen voraussichtlich für längere Zeit der Hilfe, Pflege oder Überwachung durch Dritte bedarf» (Latzel, S. 250; vgl. dazu auch Höpflinger/Hugentobler, 2003, S. 33ff.).

Häufig verwendet man zur Erfassung und Operationalisierung der Pflegebedürftigkeit so genannte ADL-Kriterien (activity-of-daily-living) wie Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich selbst an und auszukleiden, selbst zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, selbst die Körperpflege zu übernehmen und sich zumindest innerhalb der Wohnung zu bewegen.

Allerdings ist der abzudeckende Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen äusserst vielfältig. Er hängt neben anderen, vor allem auch subjektiven Faktoren, insbesondere von der Art und Schwere der Langzeit-Pflegebedürftigkeit ab. Es werden folgende, oft kombiniert vorhandene Arten des Bedarfs und der Leistung unterscheiden: Medizinische Versorgung, paramedizinische Leistungen, Hygiene, Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), hauswirtschaftliche Leistungen, soziale Unterstützung und Überwachung.

Nach Schätzungen und Hochrechnungen von Höpflinger/Hugentobler³ (2005, S. 15, 48f.) dürfte gegenwärtig der Anteil der pflegebedürftigen 65-jährigen und älteren Menschen zwischen 10% und 11.5% liegen. In der Schweiz sind also zurzeit zwischen 115'000 und 135'000 ältere Menschen (im Jahr 2000: 109'000 bis 126'000) unabhängig von ihrer Wohnform gemäss ADL-Kriterien pflegebedürftig und können somit ihren Alltag nicht mehr selbstständig bewältigen. Bis zum Alter von 79 Jahren sind weniger als 10% der Bevölkerung pflegebedürftig. Im Alter von 80 bis 84 Jahren sind rund 20% und von den über 84-Jährigen gut 33% auf Hilfe und Pflege angewiesen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung von 1994 (Krankenversicherungsgesetz; KVG) versteht in Art. 39 Abs. 3 unter dem Oberbegriff Pflegeheim «Institutionen, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen». Grundsätzlich können wir unter Pflegeheimen die in die kantonalen Pflegeheimlisten aufgenommenen Institutionen verstehen wie Pflege- und Krankenhäuser, Langzeit-/Pflegeabteilungen in Spitälern, Pflegeabteilungen in Altersheimen und dezentrale Pflegewohngruppen.

Das quantitative Leistungsangebot der stationären Langzeitpflege darf trotz regionaler Schwankungen als ausreichend beurteilt werden (Tabellen 1 und 2). In der Schweiz stehen die institutionellen Angebote an Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen sowie auch die ambulanten Dienste praktisch flächendeckend zur Verfügung. Hingegen gibt es immer noch Lücken im teilstationären Bereich (Tagesheime und Tageskliniken mit Diensten für Tages- und Urlaubspflege) sowie bei rehabilitativen und präventiven Angeboten.

¹ H.U. Möhle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

² Latzel Günther: Pflegebedürftigkeit, Pflege- und Betreuungsleistungen – Annäherungen an den Bedarf, in: Soziale Sicherheit 5/1997. Hrsg. vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Bern.

³ Höpflinger François, Hugentobler Valérie: Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz, Bern 2005.

Tabelle 1: Kennzahlen der Pflegeheime und Altersheime, 2000 und 2008

	2000	2008		2000	2008	
	Heime für pflegebedürftige Betagte und/oder Chronischkranke	Heime für pflegebedürftige Betagte und/oder Chronischkranke	Zu-/Abnahme 2000 bis 2008, in %	Altersheime	Altersheime	Zu-/Abnahme 2000 bis 2008, in %
Anzahl Betriebe	1'394	1'532	9.9%	80	64	-20.0%
Betten*	81'111	87'011	7.3%	2'920	1'830	-37.3%
Plätze**	20'331	1'838	-91.0%	666	23	-96.6%
Betriebspersonal ***	53'327	73'129	37.1%	1'408	1'048	-25.6%
Bewohner	77'752	86'799	11.6%	2'711	1'674	-38.3%
Betreute Externe	789	2'688	240.7%	30	0	-100.0%
Beherbergungstage****	28'106'130	30'949'837	10.1%	954'338	618'145	-35.2%
Betreuungstage	120'491	170'320	41.4%	4'741	0	-100.0%
Betriebsausgaben total, in Mio Fr.	5'315	7'552	42.1%	135	96	-28.9%
Betriebsausgaben pro Tag in Fr.	189	244	29.1%	142	155	9.2%
* Langzeit						
** Kurzzeit, 2000 andere Definition						
*** Vollzeitäquivalente						
**** Langzeit- und Kurzaufenthalt						

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2000 und 2008

Tabelle 2: Bettendichte der Institutionen für betagte und pflegebedürftige Menschen nach Kanton, 2000 und 2008

Kanton	Bettenzahl pro 1000 Einwohner im Alter von 65+ Jahren (Jahr 2000)	Index 2000 (Schweiz = 100)	Bettenzahl pro 1000 Einwohner im Alter von 65+ Jahren (Jahr 2008)	Index 2008 (Schweiz = 100)	Zu-/Abnahme 2000 bis 2008, in %
Aargau	72.7	98	67.5	93	-7.2%
Appenzell ARh.	118.1	159	120.7	166	2.2%
Appenzell IRh.	49.6	67	74.9	103	51.0%
Basel-Land	53.9	73	51.5	71	-4.5%
Basel-Stadt	65.1	88	72.4	99	11.2%
Bern	80.7	109	83.1	114	3.0%
Freiburg	79.0	107	71.1	98	-10.0%
Genf	56.2	76	51.4	71	-8.5%
Glarus	132.8	179	112.2	154	-15.5%
Graubünden	81.9	111	74.3	102	-9.3%
Jura	56.9	77	62.7	86	10.2%
Luzern	89.5	121	83.8	115	-6.4%
Neuenburg	74.0	100	76.2	105	3.0%
Nidwalden	91.2	123	69.9	96	-23.4%
Obwalden	101.1	136	78.7	108	-22.2%
Schaffhausen	98.5	133	97.0	133	-1.5%
Schwyz	85.2	115	71.7	98	-15.9%
Solothurn	57.8	78	61.8	85	6.9%
St. Gallen	89.2	120	83.4	115	-6.5%
Tessin	72.4	98	62.2	85	-14.1%
Thurgau	88.9	120	77.5	106	-12.8%
Uri	80.7	109	104.4	143	29.4%
Waadt	54.1	73	57.0	78	5.4%
Wallis	54.4	73	53.6	74	-1.5%
Zug	83.3	112	66.8	92	-19.8%
Zürich	78.1	105	78.6	108	0.6%
Schweiz	74.1	100	72.8	100	-1.8%

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS), Krankenhausstatistik und Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2000 und 2008

3. Betagte Menschen in stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen (Pflegeheimen)⁴

Der Wunsch, möglichst lange, am liebsten bis zum Tode, in der vertrauten Wohnung zu bleiben, ist bei den alten Menschen weit verbreitet. Individuelles Wohnen im Privathaushalt, zu Hause in angestammter Umgebung und allenfalls unterstützt durch pflegende Angehörige oder professionelle ambulante Dienste wie Spitex ist aber für die meisten Betagten und Hochbetagten in der Schweiz nicht nur die beliebteste, sondern mit Abstand auch die häufigste Wohnform. Entgegen weitverbreiteten Vorstellungen lebt denn auch nur eine Minderheit (gegenwärtig rund 30%) selbst der 85-jährigen und älteren Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim.

Im Jahr 2000 wohnten lediglich 8,5% aller 65-jährigen und älteren Menschen in einem Kollektivhaushalt (total rund 95'000 Personen). Dieser Anteil ist in den letzten Jahrzehnten leicht gestiegen: 1970 betrug er 7%, 1980 7,5% und 1990 8,3%.

Die Zunahme widerspiegelt in erster Linie den Altersstruktureffekt (steigende Zahl hochaltriger Menschen) und weniger eine erhöhte Bereitschaft, im Alter in einen kollektiven Haushalt zu wechseln. Denn wie Tabelle 3 und Grafik 3 zeigen, sind es vor allem die Hochbetagten (80-jährige und ältere Personen), die im Jahr 2000 mit einem Anteil von 22,3% in stationären Alters- und Pflegeeinrichtungen lebten (rund 66'000 Bewohnerinnen und Bewohner); bei den 65- bis 79-jährigen Menschen waren es hingegen nur 3,7%. Dieser Anteil der 80-jährigen und älteren Menschen in institutionellen Haushaltungen hat in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen: 1970 betrug er 17,5%, 1980 20,1% und 1990 21,8%.

Tabelle 3: Anteil der älteren Wohnbevölkerung, der in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen lebt (in Prozent), 1970 bis 2000

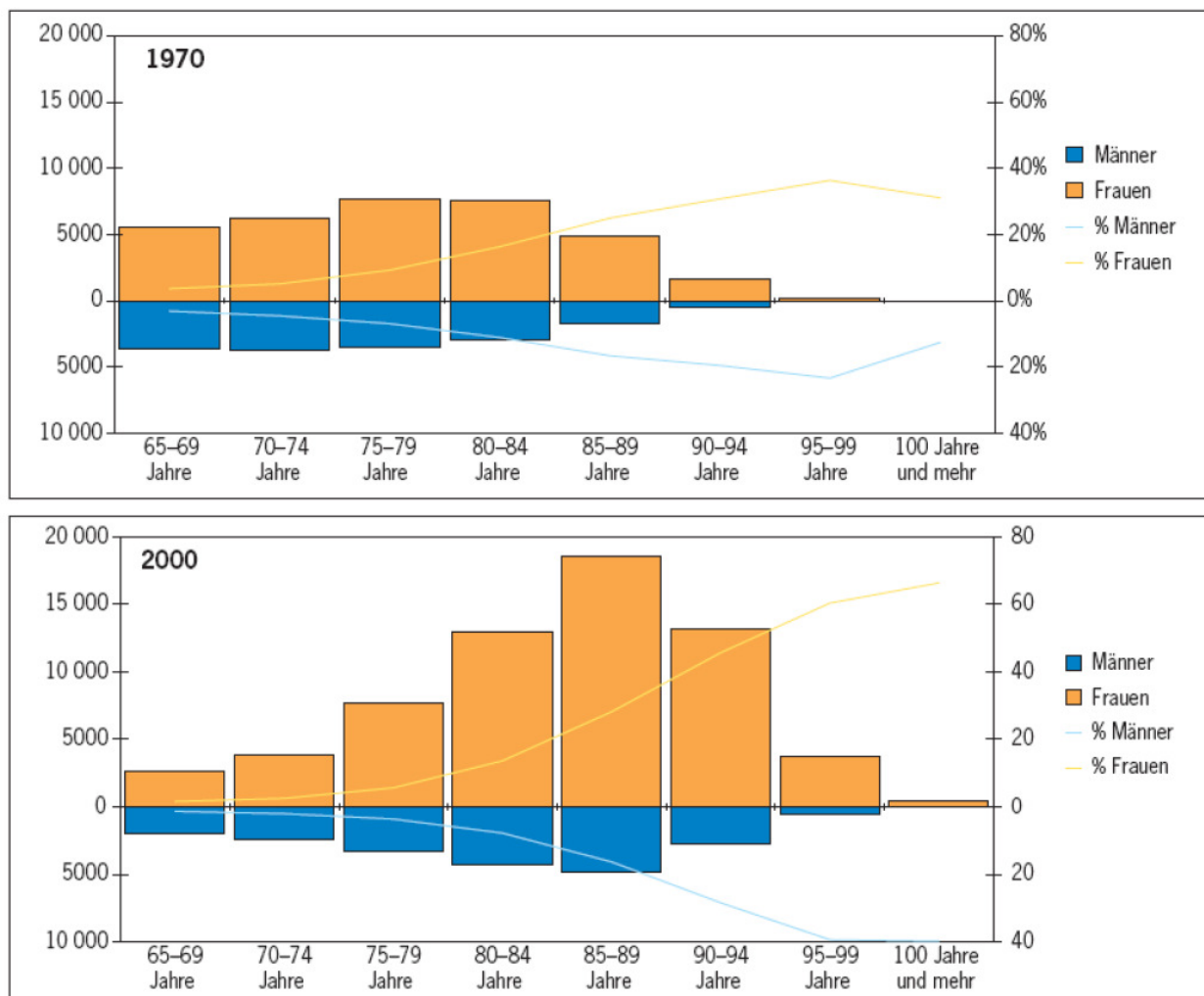
Wohnbevölkerung: Altersgruppe	In Pflege- und Betreuungseinrichtungen wohnend (in %)			
	2000	1990	1980	1970
65 Jahre und älter	8.5	8.3	7.5	7.0
80 Jahre und älter	22.3	21.8	20.1	17.5

Erst im hohen Alter steigt die Heimquote markant an, wenn die Bewegungsfreiheit abnimmt, wenn vermehrt physische und/oder psychische bzw. hirnganische Behinderungen auftreten, die zu funktionalen Einschränkungen und zu eigentlicher Hilfebedürftigkeit mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf führen und ein Eintritt in eine stationäre Alters- und Pflegeeinrichtung mehr Lebensqualität verspricht.

So leben gegenwärtig fast ein Viertel (24%) der 85- bis 89-Jährigen (rund 23'000 Menschen) sowie mehr als 40% der 90- bis 94-Jährigen (16'000 Personen) in stationären Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen. Die kleine, doch stetig anwachsende Gruppe der 95-jährigen und älteren Menschen (rund 5'200) lebt hingegen mehrheitlich (58%) nicht mehr in einem Privathaushalt.

⁴ H.U. Mösele, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

Grafik 3: Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 1970 und 2000



Quelle: Eidgenössische Volkszählungen, BFS

Auslegungsbeispiel: Im Jahr 2000 lebten 13 220 Frauen im Alter von 90–94 Jahren (d.h. 46%) in einem Kollektivhaushalt.

Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sind also nicht nur betagt, sondern sie leiden häufig gleichzeitig an mehreren Funktionsstörungen. Immobilität (ans Bett oder an den Rollstuhl gebunden sein), Inkontinenz, Instabilität (Stürze, Knochenbrüche) und intellektueller Abbau werden gemeinhin als die «Vier Riesen-I der Geriatrie» bezeichnet.

Diese «Vier Riesen-I der Geriatrie» stehen oft im Zentrum des Krankheitsbildes älterer Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig sind sie die häufigsten gesundheitsbedingten Gründe für einen Eintritt betagter Menschen in stationäre Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen.

Damit verbunden bewirkt das hohe Alter zusammen mit den gesundheitlichen Beschwerden und den funktionalen Einschränkungen der Pflegebedürftigen eine hohe Mortalität und damit einen raschen Wechsel der Heimbewohnerschaft. Im Jahr 2000 verbrachten die Männer im Durchschnitt ein Jahr, die Frauen im Mittel drei Jahre im Heim. Wie eine im Jahr 1997 durchgeführte Vergleichsstudie (zitiert nach Höpfinger/Stuckelberger, 1999)⁵ in vier Kantonen ergeben

⁵ Höpfinger François, Stuckelberger Astrid: Demographische Alterung und individuelles Altern – Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm „Alter“ (NFP 32), Zürich 1999.

hat, verlässt sodann jährlich im Durchschnitt rund ein Drittel der Bewohnerschaft das Alters- und Pflegeheim zufolge Tod oder wegen eines Wechsels ins Akutspital. Entsprechend lebten in den untersuchten Institutionen der stationären Langzeitpflege 35% der Bewohnerinnen und Bewohner weniger als ein Jahr in ihrem Heim. Stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen werden somit faktisch immer mehr zu «Sterbeeinrichtungen». So schwer ein Heimeintritt fallen mag, er kann sich auch mit Rücksicht auf Familienangehörige, Freunde und Nachbarn aufdrängen, wenn diese die Hauptlast einer immer aufwändigeren Pflege und Betreuung zu leisten haben. Ferner spielen neben der Pflegebedürftigkeit auch soziale, bzw. soziodemographische Faktoren eine wesentliche Rolle für einen Heimübertritt.

Zu erwähnen sind neben dem Nichtvorhandensein von Nachkommen insbesondere der Zivilstand und die wirtschaftliche Lage. So befinden sich unverheiratete Betagte häufiger in Alters- und Pflegeheimen als Verheiratete oder Verwitwete. Gemäss einer Umfrage unter Heimbewohnerinnen und -bewohnern im Jahre 2003 waren nur 11% verheiratet. Angehörige gehobener sozialer Schichten mit höherem Einkommen und mit guter schulisch-beruflicher Ausbildung leben sodann signifikant weniger in stationären Alters- und Pflegeeinrichtungen.

In allen Altersgruppen leben mehr Frauen als Männer in kollektiven Haushaltungen; ein Unterschied, der sich im hohen Alter noch verstärkt. In den heutigen Alters- und Pflegeheimen kommen gesamtschweizerisch auf einen Mann vier Frauen, und noch stärker als die Hilfe- und Pflegesituation in Privathaushaltungen sind Alters- und Pflegeeinrichtungen durch eine «Feminisierung» geprägt, zumal auch das Pflegepersonal mehrheitlich weiblich ist.

Auffallend sind die ausgeprägten interkantonalen Unterschiede in Bezug auf den Anteil betagter, in einem Alters- und Pflegeheim lebenden Personen und auf ihr Durchschnittsalter. In den Kantonen mit dem höchsten Anteil an Heimbewohnerinnen und -bewohnern ist das Heimeintrittsalter niedriger. Diese Kantone befinden sich generell in der Deutschschweiz, vor allem in der Zentral- und Ostschweiz. Demgegenüber ist in der Welschschweiz, in den Nordwestschweizer Kantonen sowie in Graubünden der Heimbewohneranteil geringer.

Tabelle 4: Beherbergungsplätze in den Alters- und Pflegeheimen nach Kanton, 2009

Kanton	Altersheime		Pflegeheime	
	Langzeitplätze	Kurzzeitplätze	Langzeitplätze	Kurzzeitplätze
ZH	62	2	16 360	365
BE	0	0	14 609	409
LU	63	0	4 611	96
UR	0	0	602	7
SZ	0	0	1 475	18
OW	0	0	393	6
NW	34	0	381	5
GL	347	0	379	4
ZG	0	0	1 027	14
FR	129	25	2 411	49
SO	0	0	2 683	36
BS	0	0	2 729	84
BL	42	1	2 547	25
SH	0	0	1 343	9
AR	286	3	844	6
AI	129	0	59	0
SG	84	1	5 925	97
GR	0	0	2 506	19
AG	96	1	5 827	132
TG	0	0	2 806	51
TI	20	0	3 995	98
VD	61	1	5 955	235
VS	0	0	2 688	25
NE	0	0	2 284	49
GE	20	0	3 462	17
JU	0	0	752	15
CH	1 373	34	88 653	1 871

© 2011 BFS/Somed 2-A

Einerseits wird dort die Hilfe und Pflege von älteren Menschen zu Hause gefördert und andererseits werden vermehrt Spitex-Leistungen in Anspruch genommen.

Tabelle 5: Anzahl Kurzzeit- und Langzeitaufenthalte in Tagen, 2011

Altersheime

Kanton	Tage Langzeitaufenthalt	Tage Kurzzeitaufenthalt
ZH	18 753	97
BE	0	0
LU	21 903	326
UR	0	0
SZ	0	0
OW	0	0
NW	9 724	0
GL	120 118	883
ZG	0	0
FR	43 320	6 486
SO	0	0
BS	0	0
BL	13 627	1 104
SH	0	0
AR	93 675	1 327
AI	43 636	0
SG	28 095	297
GR	0	0
AG	31 157	705
TG	0	0
TI	6 391	0
VD	21 417	0
VS	0	0
NE	0	0
GE	7 265	0
JU	0	0
CH	459 081	11 225

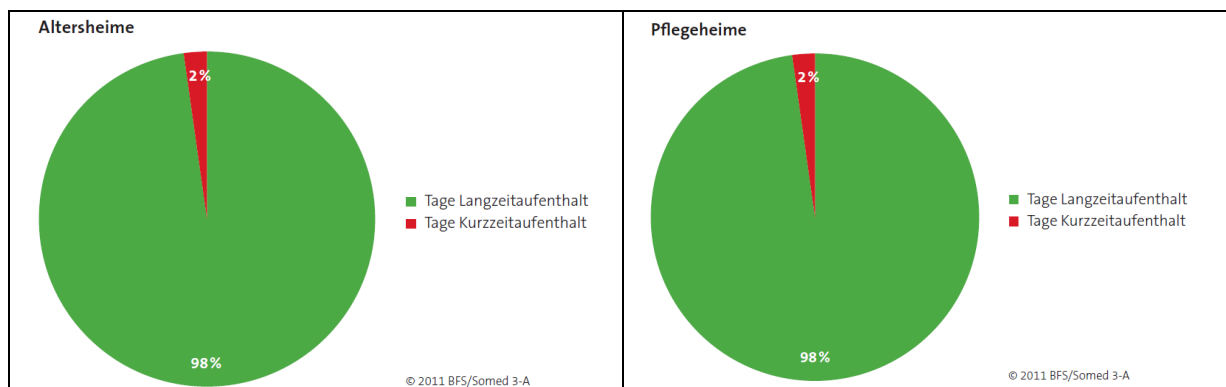
© 2011 BFS/Somed 3-A

Pflegeheime

Kanton	Tage Langzeitaufenthalt	Tage Kurzzeitaufenthalt	Tage Betreuung
ZH	5 658 036	109 952	17 560
BE	4 922 851	120 821	4 591
LU	1 641 492	20 683	886
UR	218 106	1 234	1
SZ	518 746	8 079	647
OW	139 551	2 288	670
NW	135 388	1 519	364
GL	124 404	1 340	0
ZG	366 400	5 590	2 587
FR	868 596	8 175	7 248
SO	939 550	5 971	41
BS	981 672	15 352	8 944
BL	905 237	5 520	3 528
SH	446 278	2 411	18
AR	276 107	4 229	819
AI	15 851	79	0
SG	2 050 043	20 305	1 130
GR	831 019	12 894	312
AG	2 038 688	26 434	430
TG	949 771	19 236	2 691
TI	1 414 285	31 419	2 183
VD	2 121 107	62 447	119 138
VS	963 882	4 398	2 242
NE	820 584	16 104	6 309
GE	1 245 407	4 503	0
JU	264 924	5 615	288
CH	30 857 975	516 598	182 627

© 2011 BFS/Somed 3-A

Grafiken 4: Anzahl Kurz- und Langzeitaufenthalte in Prozent, 2011



4. Differenzierte Angebote für unterstützungsbedürftige Menschen⁶

Tritt bei Heimbewohnerinnen und -bewohnern vermehrte und intensive Pflegebedürftigkeit auf, erbringt das Heim heute die benötigten langzeitigen Pflege- und Betreuungsleistungen vorwiegend selbst. Dies gilt namentlich für die Pflegeheime, die hauptsächlich noch mobile Personen aufnehmen. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit pflegt und betreut das Pflegepersonal dieser Institutionen dann selbst, zum Teil auf eigenen Pflegestationen oder in der jeweiligen Wohneinheit der Heimbewohnerin oder des Heimbewohners.

Je nach Bewohnerstruktur und Betreuungsbedürfnissen werden jedoch in stationären Pflegeeinrichtungen zunehmend Spezifizierungen vorgenommen. So gibt es beispielsweise wegen der vor allem bei hochbetagten Menschen markanten Zunahme hirnorganischer Störungen (wie Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Parkinson) vermehrt eigens eingerichtete Heime oder Stationen bzw. dezentrale Pflegewohngruppen für Bewohnerinnen und Bewohner mit demenziellen Störungen. Zu solchen Spezialisierungen können auch die Lebensräume für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen gezählt werden sowie die bereits in einzelnen Städten bestehenden Alterseinrichtungen mit speziellen Pflegeabteilungen für betagte Menschen aus anderen Kulturen.

Die Professionalisierung und Modernisierung im Alters- und Pflegeheimbereich der letzten Jahre zeigen sich auch in einem vermehrt innovativen wie auch kundenorientierten, also nach den Bedürfnissen des betagten Menschen ausgerichteten Dienstleistungsdenken der Heime (ausführlich dazu Höpfinger/Stuckelberger, 1999; Höpfinger/Hugentobler, 2005). Eine bewusste Öffnung der Institutionen nach aussen wird mit einer aktiven Öffentlichkeitsarbeit verbunden. Zu erwähnen sind beispielsweise auch die in den meisten Heimen gezielt angebotenen öffentlichen Cafés, Besuchsdienste, Spazierbegleitungen, ferner die Angebote für lange oder kurze Ferien inklusive der Möglichkeiten des Probewohnens («Schnupper»-Aufenthalte), sodann Angebote für Angehörigenschulung und für Ehepartner mit einem kranken Partner sowie Angebote für Pflege zu Hause neben Spitex⁷ (sog. «Heimex»-Leistungen nach dem Motto «Das Heim geht zum Menschen»).

Weitere Beispiele für kundenorientiertes Dienstleistungsdenken der Heime sind besondere Betreuungspersonen für neueintretende Bewohnerinnen und Bewohner sowie der Ausbau von Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten. Bewohnerversammlungen bzw. Heimräte lassen die Bewohnerinnen und Bewohner an der Entwicklung ihres Heims aktiv partizipieren.

Ziel und Grundlage all dieser neueren, auf die Bedürfnisse ausgerichteten Konzepte basieren letztlich auf der Grundeinstellung zu einem ganzheitlich-lebensweltorientierten Ansatz von Trägerschaft, Leitung und Mitarbeitenden. Die Alters- und Pflegeheime sollen als Orte des Wohnens und Lebens gestaltet sein. Ihre Bewohnerinnen und Bewohner sollen nicht über ihre Defizite, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit definiert werden, sondern über ihr Menschsein, an das bis zum Tod Menschenwürde und unveräusserliche Rechte geknüpft sind.

Aufgrund dieses Ansatzes werden Pflegebedürftige in der professionellen Pflege und Betreuung als gleichberechtigte Subjekte wahrgenommen, deren Bedürfnisse, Lebensgeschichte und Lebensweise sowie Selbstbestimmung und vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten zu berücksichtigen sind, und die gefragt werden möchten, welche Hilfe und Pflege sie benötigen und beanspruchen möchten.

⁶ H.U. Möhle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

⁷ Vgl. Kapitel 12: Spitex Schweiz

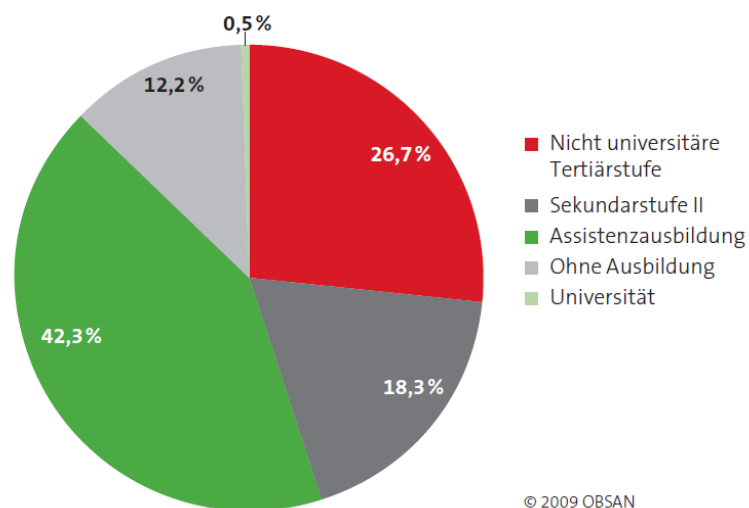
5. Das Personal in der stationären Alters- und Langzeitpflege

5.1. Allgemeine Kennzahlen⁸

Die stationäre Alters- und Langzeitpflege ist zu einem bedeutenden Beschäftigungs-, Wirtschafts- und Kostenfaktor geworden. Diese Entwicklung dürfte sich wegen der demographischen und gerontologischen Trends weiter fortsetzen. So zählten die stationären Einrichtungen für Betagte und Chronischkranke in der Schweiz im Jahr 2008 insgesamt 74'177 Vollzeitstellen (2006: 70'489, 2004: 62'250). Da viele dort beschäftigte Personen teilzeitlich arbeiten, entsprach dies gut 108'700 Beschäftigten (2006: 102'000, 2004: 90'000). Davon sind mehr als 51% (2006: 49%, 2004: 48%) medizinisch oder pflegerisch tätiges Personal (Statistik der sozialmedizinischen Institutionen [SOMED] 2008, 2006 und 2004, hrsg. vom Bundesamt für Statistik [BFS]). In stationären Betrieben der Alters- und Langzeitpflege sind fast 40% des pflegerischen Personals angelernt und nur 18% verfügen über eine mehrjährige pflegerische Ausbildung. Dabei fehlt vor allem in kleinen Institutionen ausgebildetes Pflegepersonal.

Ein auffallendes Merkmal ist die ausgeprägte Dominanz weiblicher Beschäftigter: 2008 betrug der Frauenanteil am Langzeitpflegepersonal rund 85% (2006: 85.4%, 2004: 90%). Wie Prey et al.⁹ in ihrer Studie darlegen, hat dieser «weibliche Charakter» der professionellen Pflege verschiedene Ursachen und Auswirkungen: Zunächst ist dieser sehr hohe Frauenanteil in Pflegeberufen einer der Gründe für das vergleichsweise tiefere Lohnniveau (der Lohnabschlag beträgt 16 bis 17% für das qualifizierte Pflegepersonal gegenüber Beschäftigten in anderen Wirtschaftsbereichen).

Grafik 5: Gesundheitspersonal in Alters- und Pflegeheimen nach Ausbildungsniveau, Total Schweiz, 2006 (in Prozent)



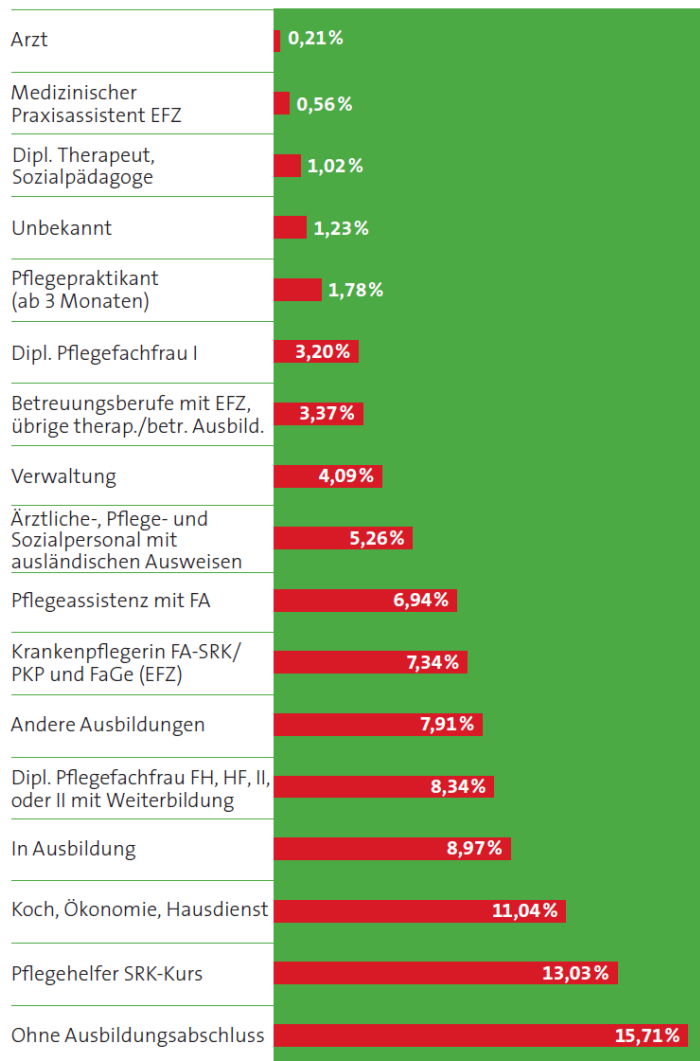
Sodann sind Teilzeitstellen in der Langzeitpflege sehr häufig, da sich damit berufliche und familiäre Aufgaben kombinieren lassen. Lediglich 26% der Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege arbeiten in einem Vollzeitpensum. Ausserdem lässt sich beim Pflegepersonal eine sehr deutliche Tendenz zu einer altruistischen Berufshaltung nachweisen. Dies zeigt sich in den Werten zu den Berufserwartungen, welche eine stark helfende Komponente beinhalten. Geld und Karriere spielen dabei eine untergeordnete Rolle (Prey et al., S. 89).

Abgesehen von den auch im Krankenversicherungsgesetz stipulierten Erfordernissen bezüglich Qualität der Leistungen (Art. 58 KVG) und fachlicher Qualifikation des Personals (Art. 39 KVG) sind Schulung und Weiterbildung von zentraler Bedeutung. Dass heute die Leistungen auch wirtschaftlichen Anforderungen genügen müssen, macht die Aufgabe für das in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen arbeitende Personal besonders anspruchsvoll. Nach Art. 32 Abs. 1 KVG haben die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» zu sein.

⁸ H.U. Mösele, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

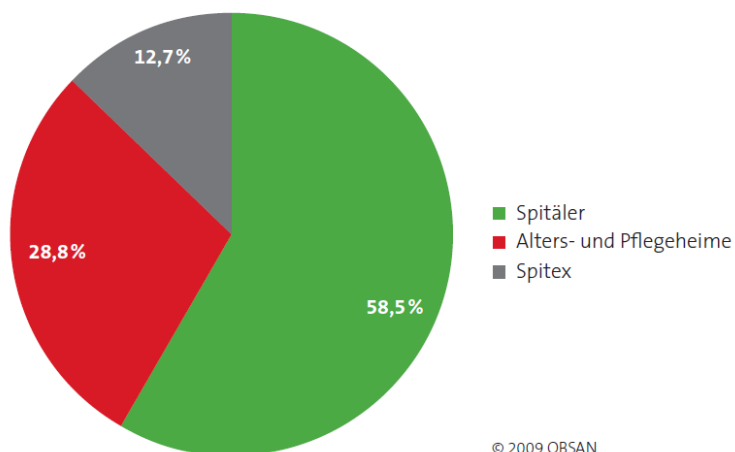
⁹ Prey Hedwig, Schmid Hans, Storni Marco, Schmid Martin, Mühleisen Sibylle, Bade Alexander: Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege –Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm „Probleme des Sozialstaates“ (NFP 45), St.Gallen 2004.

Grafik 6: Anzahl Beschäftigte nach Ausbildungstyp in Alters- und Pflegeheimen 2009



© 2011 BFS/Somed 7-A

Grafik 7: Gesundheitspersonal in Alters- und Pflegeheimen nach Ausbildungsniveau, Total Schweiz, 2006 (in Prozent)



© 2009 OBSAN

5.2. Prognosen¹⁰

Der Anteil alter und insbesondere hochaltriger Menschen in der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren markant zunehmen. Nach dem «mittleren» Bevölkerungsszenario des Bundesamtes für Statistik BFS (Referenzszenario) wird die Population der 65+ Jährigen von 2010 bis 2060 um 89% zunehmen – von 1'343'000 auf 2'543'000. Präziser dargestellt wird der Zuwachs bei den 65-79 Jährigen in diesem Zeitraum 53% zunehmen und bei den 80+ Jährigen gut 18%. Die Zahl der erwerbstätigen Personen (20-64 Jahre) geht in diesem Zeitraum von 4'878'000 auf 4'792'000 leicht zurück.

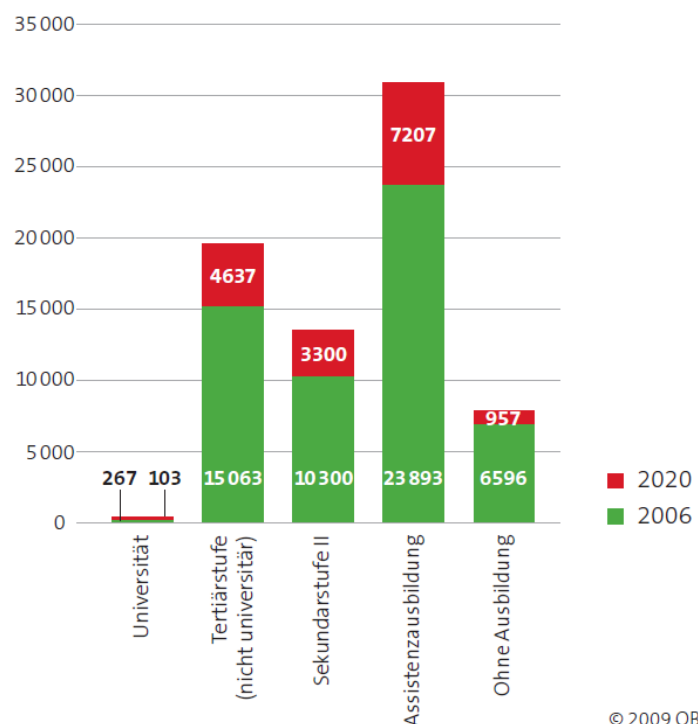
Fazit: Die Gruppe der 65+ Jährigen – und dort vor allem der Anteil hoch betagter Personen – wird in den kommenden Jahrzehnten stark ansteigen. Dass heisst, dass die Zahl der chronisch Kranken und damit die Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen wird. Aufgrund der alternden Gesellschaft kommen in der Langzeitpflege zwei primäre Herausforderungen auf uns zu:

- Steigender Bedarf an pflegerischen und betreuerischen Dienstleistungen
- Personaldefizit beim Angebot an pflegerischen Dienstleistungen

Eine Zunahme am Bedarf institutioneller Betreuungsplätze für Hochbetagte dürfte sich auch aus folgenden Faktoren ergeben:

- Abnehmende pflegerische und betreuende Unterstützung durch Familien aufgrund eines veränderten Lebensstils (Mobilität, Distanz, instabile Paare, Einpersonenhaushalte, hohe Anzahl berufstätiger Frauen etc.)
- Abzeichnende kürzere Hospitalisierungsdauer nach medizinischen Behandlungen wird höheren Pflegebedarf nach sich ziehen, der durch Spitex und Heime aufgefangen werden muss.

Grafik 8: Geschätzte zusätzlich benötigte Arbeitskräfte im Jahr 2020 nach Bildungsniveau (im Vergleich zu 2006)
Total Schweiz, 2009



Die primären Schwierigkeiten liegen in den folgenden Elementen:

- Generell mangelnde Anerkennung des Pflegeberufs – insbesondere im Bereich der Langzeitpflege - in der Öffentlichkeit sowie innerhalb der medizinischen Berufsstände.
- Entlöhnung des Pflegepersonals (einer der zentralen Faktoren). Auch im internationalen Vergleich wird dieser Aspekt immer wieder als ein «Top Issue» hervorgehoben. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die Besoldungsregelungen für Pflegeberufe in der Schweiz während den letzten Jahren vielerorts angepasst worden sind, sodass nicht mehr generell von

¹⁰ Auszüge aus der Publikation «Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundäranalyse vorliegender Textes» von Dr. Heinz Rüegger vom Institut Neumünster. Erstellt im Auftrag von CURAVIVA Schweiz. Juli 2010.

verhältnismässig tiefen Löhnen gesprochen werden kann. Trotzdem besteht jedoch noch Handlungsbedarf.

- Pflege ist nach wie vor ein traditioneller Frauenberuf und die Langzeitpflege ein Arbeitsfeld mit einem überproportional hohen Anteil an fachlich wenig qualifiziertem Personal. Das macht das Arbeitsgebiet für hochqualifizierte und insbesondere männliche Interessierte nicht attraktiv.
- Langzeitpflege gilt als Bereich mit körperlich und psychisch belastender Arbeit. Sich darin zu engagieren fordert hohe Motivation und Einsatzbereitschaft. Dazu kommen unregelmässige Arbeitszeiten, so etwas Nacht- und Wochenendarbeit.
- Die Veränderungen in der Ausbildung von Pflegepersonal hat Institutionen sowie Interessierte verunsichert.
- Noch nicht alle Heime verfügen über Personal, das auf Stufe HF ausbilden kann (für entsprechende Ausbildung existieren entsprechende Ausbildungsverbünde).

5.3. Umfang des zukünftigen Bedarfs an pflegerischen Dienstleistungen steigen

Im Hinblick auf die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen dürfte – je nach Bevölkerungsszenario – bei gleich bleibender Pflegebedürftigkeitsquote wie heute mit einem Anstieg auf 201'000 bis 272'000 Personen im Jahr 2050 zu rechnen sein.

Solche linearen Projektionen heutiger Pflegebedürftigkeitsquoten sind jedoch nicht unproblematisch, da diese die Erhöhung der behinderungsfreien Lebenserwartung nicht angemessen berücksichtigen. Höpflinger & Hugentobler gehen deshalb von Szenarien einer «moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten» aus, beschränken ihre Projektion auf das Jahr 2020 und gehen von einer Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger, älterer Menschen von 2000 bis 2020 von 20% aus. Der schweizerische Bundesrat geht davon aus, dass in Zukunft rund 20% der 80+ Jährigen in einem Heim wohnen werden und aufgrund der erwarteten Zunahme der Hochbetagten die Zahl der notwendigen Wohnplätze von 55'000 im Jahr 2000 auf 108'00 bis 122'000 im Jahr 2040 erhöht werden müsste.

Wenn die Annahme der zukünftig allgemein länger andauernder hoher Lebensqualität stimmt, wenn in Zukunft mehr Gewicht auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Alter gelegt werden sollte und wenn die ambulanten Betreuungsdienste (Spitex) stark ausgebaut werden sollten, dann könnte der Prozentsatz von Menschen im Alter von 80+, die auf einen Platz in einem Alters- oder Pflegeheim angewiesen sind, auch geringer ausfallen.

Fazit: Alle analysierten Studien und Berichte gehen davon aus, dass der Bedarf an Pflege und Betreuung hoch betagter Menschen sowie der Bedarf an Plätzen in sozialmedizinischen Einrichtungen in Zukunft markant zunehmen werden. Ungewiss bleibt der zu prognostizierende genauere Umfang dieses Pflegebedarfs. Da bringt es mit sich, dass verschiedene Studien im Blick auf unterschiedliche Zeiträume unterschiedliche Zahlen annehmen. Angesichts dieser etwas verwirrenden Vielfalt an Zahlen kann der Blick auf die Entwicklung seit dem Jahr 2000 mehr Klarheit bringen:

Von 2000 bis 2008 hat die Bevölkerung 80+ um 24.5% zugenommen. In der gleichen Zeit ist die Zahl der Pfl egetage in Alters- und Pflegeheimen nur um 8.9% gestiegen. Das bedeutet, dass die Zunahme der Anzahl Pfl egetage nur 36.44 Prozent des Wachstums der Bevölkerung 80+ entspricht.

Ausgehend vom statistischen Wert des Jahres 2008, nehmen die Anzahl Pflegetage im folgenden Ausmass zu:

Tabelle 6: Pflegetage in Alters- und Pflegeheimen (in Mio.)

2008	2010	2020	2030	2040	2050
31.743	32.348	35.719	42.032	47.73	53.996

Der Umfang der künftig angebotenen pflegerischen und betreuenden Dienstleistungen hängt davon ab, wie viel Personal zur Verfügung stehen wird, um diese Dienstleistungen zu erbringen. Die in den vorliegenden Untersuchungen aufgeführten Zahlen sind alarmierend.

Laut Gesundheitsobservatorium müssten im Gesundheitswesen insgesamt (Spitäler, Spitex und Heime) zwischen 2006 und 2020 aufgrund des «erhöhten Pflegeleistungsbedarfs» 17'000 (vollzeitäquivalente) Stellen neu geschaffen und 25'000 Personen zusätzlich eingestellt werden. Hinzu kommen rund 60'000 Gesundheitsfachleute (30%), die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen – wobei Letzteres insbesondere die Langzeitpflege mit ihrem hohen Altersdurchschnitt der Pflegenden betrifft.

Der Nationale Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe stellt fest, dass bei den Pflegeberufen auf Tertiärstufe jährlich nur knapp 52% des Nachwuchsbedarfes gedeckt werden (2'279 statt 4'694 Abschlüsse) und auf Stufe Sekundar II im Jahr 2008 nur gerade knapp 60 Prozent des benötigten Nachwuchses die Ausbildung abgeschlossen haben (2'320 statt 4'423 Abschlüsse).

Für den Bereich der Alters- und Pflegeheime wird bis 2020 ein Bedarf von mehr als 15'000 zusätzlichen Angestellten in Pflege und Betreuung angenommen. Die OBSAN-Studie «Aging Workforce» projiziert für die Zeitspanne 2006-2030 sogar eine Zunahme von rund 80'000 Pflegepersonen bzw. 60'000 Vollzeitstellen für das Gesundheitswesen insgesamt – davon fast 90% für Heime und Spitex (54'000 Vollzeitstellen).

5.4. Gründe für den zukünftigen Anstieg des Pflegepersonalbedarfs

Bis zum heutigen Zeitpunkt sind diverse Gründe für den zukünftigen Anstieg des Pflegepersonals definiert worden. Dazu gehören:

- Pensionierungen: Das hohe Durchschnittsalter in der Langzeitpflege (höher als in Spitälern und im Gesundheitswesen allgemein) führt dazu, dass bis 2010 30 Prozent der jetzt Aktiven in Pension gehen – bis 2030 sogar 60%. Der Ausfall dieser so genannten «Aging Workforce» gilt als die wichtigste Ursache des künftigen Personalbedarfs.
- Erhöhte Nachfrage von Pflegedienstleistungen durch alternde Bevölkerung.
- Drop out: Der Pflegebereich weist viele Berufsaussteigende auf, die z.T. in andere Branchen abwandern – ein Phänomen, das bei guter Konjunkturlage besonders häufig festzustellen ist.
- Zu wenig Nachwuchs-Rekrutierung/Ausbildung: Die Abschlusszahlen der Ausbildungen liegen weit unter Bedarf; im Bereich Pflege/Betreuung ist die Unterschreitung massiv. Nach dem eidgenössischen Bericht «Pflegeberufe» liegt das jährliche Ausbildungsdefizit in Pflege und Betreuung bei ca. 5'400 Personen.
- Einbruch der Anzahl Volksschulabgängerinnen und –abgänger als Rekrutierungsbasis in den nächsten zehn Jahren um rund acht Prozent.

- Neue Bildungssystematik: Diese hat zur einer gewissen Verunsicherung geführt, welche auch ein Grund ist, dass die Anzahl Abschlüsse in Pflege auf Tertiärstufe zurückgegangen ist. Die neuen Berufe FaGE/FaBe sind noch im Aufbau und haben die gesetzlichen Zielwerte im Blick auf die Anzahl Auszubildenden noch nicht erreicht

Gemäss santésuisse braucht die Schweiz bis 2030 rund 190'000 neue Arbeitskräfte im Gesundheitswesen – so viel, wie heute insgesamt in Spitälern, Heimen und Spitex arbeiten.

5.5. Massnahmen zur Verhinderung oder Eindämmung des Personalnotstands

5.5.1. Massnahmen zur Verringerung des Personalbedarfs

- Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung im Blick auf das Alter. Wenn ältere Menschen länger gesund bleiben und selbständig ihren Alltag meistern können, reduziert sich dadurch der Bedarf an ambulanten und stationären Pflegedienstleistungen.
- Unterstützung von Angehörigen, die ein krankes älteres Familienmitglied zu Hause pflegen: Kompetente Beratung und Begleitung, Übernahme von Beratungskosten durch die öffentliche Hand, Entlastungsangebote etc. können dazu führen, dass pflegebedürftige Ältere länger im privaten Raum verbleiben und dort unterstützt werden können.
- Stärkere Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung. Dienstleistungen, die ambulant, etwa durch Spitex erbracht werden können, brauchen weniger Personal als das Betreiben eines Pflegeheims.

5.5.2. Massnahmen zur Personalerhaltung

- Angemessene Entlohnung. Für den Langzeitbereich bedeutet dies: vergleichbare Löhne wie im Spitalbereich.
- Flexible Arbeitszeiten, die der Vereinbarkeit von Beruf und Familie entgegenkommen (Schlüsselfaktor). Auch Angebote der Kinderbetreuung an Randzeiten eines Arbeitstages erleichtern die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben.
- Schaffung von Möglichkeiten, dass das Personal berufliche Gestaltungsfreiräume wahrnehmen und bei der Organisation des Pflegealltags mitbestimmen kann.
- Gutes, Wertschätzung vermittelndes sowie mitarbeiterorientiertes Personalmanagement. Das Vermitteln von Anerkennung und Wertschätzung wird übereinstimmend als einer der Key Factors betrachtet, um Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu fördern und ihre Motivation zu stärken, den Pflegeberuf möglichst lange und mit einem möglichst hohen Beschäftigungsgrad auszuüben.
- Massnahmen zur Pflege der Ressourcen älterer, erfahrener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – z.B. durch Verringerung der Belastungen, bewusste Gestaltung der zeitlichen Abläufe, Anpassung der Arbeitsinhalte an Ressourcen der älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Personalentwicklung für jüngere und älter Mitarbeitende durch kontinuierliche Weiterbildung.
- Förderung von Fort- und Weiterbildung sowie von beruflichen Aufstiegschancen.
- Institutionalisierte betriebliche Gesundheitsförderung, um Überlastungen und Burn-Outs vorzubeugen.

5.5.3. Massnahmen zur Ausschöpfung des Rekrutierungsbedarfs

- Rekrutierung von Pflegepersonal durch junge Menschen, die diesen Beruf ergreifen und eine entsprechende Grundausbildung absolvieren. Die zahlenmässig bedeutendste Grundausbildung ist die Fachangestellte Gesundheit. Für diese Ausbildung gibt es wesentlich mehr Interessierte als Ausbildungsplätze. Deshalb braucht es dringend mehr Ausbildungsplätze in Pflegeheimen, Spitälern und Spitex-Organisationen.
- Rekrutierung von Pflegepersonal durch verstärkte Attraktivitätssteigerung der Bildungsangebote und vor allem der Pflegeberufe.
- Rekrutierung von Pflegepersonal durch positive Präsenz der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit: Nur wenn es gelingt, auch provokative positive Bilder weiter zu geben, werden sich Junge vermehrt motivieren lassen, sich im pflegerischen Bereich ausbilden zu lassen.
- Rekrutierung von Pflegepersonal durch Wiedereinsteigende mittels attraktiver Angebote (z.B. Vereinbarung von Beruf und Familie, Wiedereinstiegskurse). Bei den Pflegenden, die einmal aus dem Beruf ausgestiegen sind, handelt es sich um ein immenses Rekrutierungspotential.
- Rekrutierung von Pflegepersonal durch Angebote für Quereinsteigende (angepasste Nachholbildung, finanzielle Unterstützung).
- Rekrutierung von Pflegepersonal durch stärkere Gleichverteilung der Pflegeaufgaben auf beide Geschlechter und entsprechende Korrektur des einseitig weiblichen Image des Pflegeberufes (entsprechend höhere Rekrutierungswahrscheinlichkeit, vermehrt Männer für den Pflegeberuf zu gewinnen).
- Rasche und sorgfältige Einführung des Attest *Gesundheit und Soziales*.
- Evaluation von Kosten und Nutzen für Betriebe bei den Praktikas der Stufen HF und FH. Besonders wichtig für Alters- und Pflegeheime ist die Klärung, wie die Bildungsleistungen finanziert werden. Im neuen KVG ist die Finanzierung der Pflegeleistungen geregelt. Bildungskosten werden darin jedoch nicht durch Krankenversicherer oder Kantone abgedeckt.
- Vereinfachte Validierungsverfahren und flexiblere Ausbildungsmodelle sowie Unterstützung der Absolventinnen und Absolventen von Qualifikationsverfahren LAP für Erwachsenen ohne Berufsabschluss.
- Berufs- und höhere Fachprüfungen sollen den gleichen Stellenwert wie in anderen Branchen haben. Dazu braucht es nebst der Akzeptanz der Organisationen der Arbeitswelt OdA insbesondere diejenige der Leistungsbesteller und der Leistungsfinanzierer.

6. Kosten und Finanzierung des stationären Pflege- und Betreuungsbereiches

6.1. Hintergrund¹¹

Das 1996 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz führte zur Verstärkung der Generationensolidarität das Einheitsprämiensystem in der obligatorischen Krankenversicherung ein. Ferner sollte es insbesondere auch eine Ungleichbehandlung der Risiken aufgrund fortgeschrittenen Alters ausschliessen. So umfasst der Leistungskatalog dieses Bundesgesetzes die gleiche medizinische Versorgung unabhängig davon, ob sie nun stationär in einem Pflegeheim, teilstationär oder bei der pflegebedürftigen Person zu Hause erbracht wird. Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim muss die obligatorische Krankenversicherung die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege oder der Pflege zu Hause vergüten (Art. 25 und Art. 50 KVG).

Solche von den Krankenversicherern zu finanzierenden Leistungen medizinischer Art (für die Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim) dürfen nur nach einer Bedarfsabklärung sowie auf ärztliche Anordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden.

Andere bei Pflegebedürftigkeit ebenso wichtige Leistungen nicht-medizinischer Art wie soziale Betreuung, Aktivierungstherapien oder der eigentliche Aufenthalt im Pflegeheim (sog. Hotellerie- oder Pensionskosten für Verpflegung, Unterkunft, Reinigung usw.) fallen dagegen nicht unter die obligatorische Krankenversicherung bzw. Leistungspflicht der Krankenkassen. Sie werden daher den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in Rechnung gestellt.

Das Krankenversicherungsgesetz schrieb sodann den Krankenversicherern die volle Kostenübernahme für medizinisch erbrachte Pflegeleistungen sowohl im Pflegeheim als auch zu Hause vor. Die Übernahme der Pflegekosten namentlich auch für die Langzeitpflegepatientinnen und -patienten war in der Volksabstimmung von 1994 ein wichtiges Argument zugunsten der Annahme des damals heftig umstrittenen Krankenversicherungsgesetzes. Gleichwohl wurde diese Zahlungspflicht bereits ab 1998 durch den neuen Artikel 9a KLV eingeschränkt. Um die Kostenentwicklung im Spitex- und Pflegeheimbereich besser in den Griff zu bekommen und mit der Begründung einer ungenügenden Kostentransparenz wurden 1998 Rahmentarife für die KVG-Pflegeleistungen eingeführt.

Tabelle 7: Übersicht der Kosten nach Pflegestufe

Tatsächliche Pflegekosten KVG		
Nur Pflegeheime: ganze Schweiz		
		CH
Stufe	Minuten	Kosten KVG-Pflege/Tag
1	1 bis 20	CHF 9.83
2	21 bis 40	CHF 29.50
3	41 bis 60	CHF 49.17
4	61 bis 80	CHF 68.84
5	81 bis 100	CHF 88.50
6	101 bis 120	CHF 108.17
7	121 bis 140	CHF 127.84
8	141 bis 160	CHF 147.51
9	161 bis 180	CHF 167.18
10	181 bis 220	CHF 196.68
11	221 bis 260	CHF 236.01
12	261 bis 300	CHF 275.35
13	über 300	CHF 295.02

Quelle: SOMED 2008

¹¹ H.U. Möhle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

Diese Tariflimiten richten sich nach den Pflegebedarfsstufen und haben zur Folge, dass gegenwärtig die Krankenversicherer nach Schätzung von CURAVIVA Schweiz lediglich noch rund 52% der anfallenden Pflegekosten tragen.

Gestützt auf die 2003 in Kraft getretene Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) haben zwischenzeitlich die meisten Pflegeheime die Kostenrechnung, die Leistungsstatistik sowie die Anlagebuchhaltung eingeführt und umgesetzt. Diese Instrumente zur transparenten Kostenerfassung bilden zusammen mit den Bedarfserfassungsinstrumenten die Basis für die Tarifberechnung.

Aktuell wenden die Pflegeheime der Deutschschweiz vor allem die beiden Bedarfserfassungsinstrumente «BESA» und «RAI-RUG» an. In der französischsprachigen Schweiz wird «PLAISIR» benützt. Diese Instrumente dienen dem Nachweis der Pflegebedürftigkeit und ermöglichen zudem, die geleisteten Pflegezeiten in den Heimen zu erheben. Die Leistungserbringer und die Kantone können die Bedarfsabklärungsinstrumente frei wählen. Benötigt werden die Bedarfserfassungsinstrumente auch zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Finanzierung aus der obligatorischen Krankenversicherung. Dazu sind namentlich die erbrachten Pflegeleistungen ausschlaggebend, die auf einer fundierten Bedarfsabklärung basieren.

6.2. Neue Pflegefinanzierung

Seit 1. Januar 2011 wird die Pflege in den Pflegeheimen auf eine neue Basis gestellt: Während die Heimbewohnenden weiterhin die Kosten für Betreuung und Hotellerie alleine tragen müssen, soll die Finanzierung der Pflege auf drei Schultern verteilt werden – Krankenkassen (je nach Pflegebedarf bis maximal 108 Franken pro Tag), Heimbewohnende (max. 20 % des höchsten Beitrages der Krankenkassen – höchstens Fr. 21.60 pro Tag bzw. CHF 7'884.- pro Jahr) und öffentliche Hand (Restfinanzierung).

Die Kantone weisen die Pflegeheime an, ihre Kosten- und Leistungsausweise sowie die Fakturierung an die Heimbewohnenden mindestens wie folgt zu strukturieren:

- Pensionskosten
- Pflegekosten
- Betreuung
- übrige Kosten (Therapie, Arzt, Medikamente, MiGeL)

Die Neue Pflegefinanzierung bringt Klarheit über die Beiträge der Krankenkassen an die KVG-pflichtigen Pflegekosten. Sie definiert die max. Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an die Pflegekosten. Die Lösung dieser beiden Punkte ist schweizweit in allen Kantonen identisch.

Die Regelung der Restfinanzierung liegt bei den Kantonen. Diese legen die Gesamtkosten für Pflege im Pflegeheim nach Art. 25a Abs. 1 KVK fest. Grundlage für die Festlegung ist i.d.R. der Ausweis der Kosten gemäss VKL und deren Prüfung durch den Kanton – was jedoch kantonal variiert und somit zu kantonal unterschiedlichen Lösungen führt. Die Begriffsdefinitionen sind zurzeit noch derart unklar, dass kantonal unterschiedliche Sprachregelungen auf gesetz- und Verordnungsebene die Folge sind. Die Überprüfungsmechanismen einer für die Krankenkassen kostenneutrale Einführung ist unmöglich, da die max. 3-jährige Übergangsfrist der alten Tarife in die neue Tarifstruktur nicht interkantonal koordiniert ist.

Gründe, weshalb die Pflegefinanzierung in den einzelnen Kantonen unterschiedlich geregelt wird:

- Die Voraussetzung, dass die Kantone für das Gesundheitswesen zuständig sind und die Regelung der Restfinanzierung somit an die Kantone delegiert wird
- Das Fehlen der wichtigsten, elementaren, klaren und eindeutigen Vorgaben für die schweizweit koordinierte Umsetzung
- Die kantonal unterschiedlichen Gesetze und Verordnungen
- Die unterschiedlichen Vertragswerke und Tarifregelungen zwischen santésuisse und den Verbänden
- Die Absenz eines Zwanges für eine interkantonale Koordination und Harmonisierung

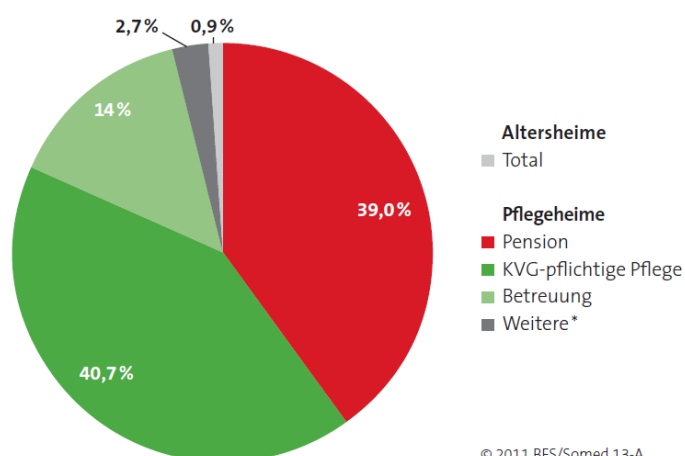
Die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bezahlen die ihnen fakturierten Pensions- und Betreuungskosten (keine KVG-pflichtigen Leistungen) über ihre persönlichen Einkünfte: AHV/IV-Rente und allenfalls Hilfslosenentschädigung, berufliche Vorsorgeleistungen und Vermögenserträge bzw. Vermögensverzehr. Reichen diese finanziellen Mittel nicht aus, erhalten sie zusätzlich zu den AHV/IV-Renten Ergänzungsleistungen (EL) bis zur kantonal festgelegten EL-Obergrenze. Allfällig verbleibende ungedeckte Kosten decken werden durch kantonale oder kommunale Zuschüsse sowie durch die Sozialhilfe finanziert.

6.3. Gesamtkosten der stationären Langzeitpflege in der Schweiz¹²

Für den stationären Pflege- und Betreuungsbereich schätzt CURAVIVA Schweiz die Pensions- und Betreuungskosten (ohne Pflegekosten) für das Jahr 2007 auf rund 4,25 Mrd. Franken (2003: 3,73 Mrd. Franken). Die Kosten für die KVG-pflichtigen Pflegeleistungen beliefen sich 2007 nach Hochrechnung von CURAVIVA Schweiz auf rund 3,03 Mrd. Franken (2003: 2,69 Mrd. Franken). Davon übernahmen gemäss Berechnung der santésuisse die Krankenversicherer 1,58 Mrd. Franken (2003: 1,48 Mrd. Franken) (vgl. santésuisse-Versichertenstatistik 2008 und 2004, BAG Kostenmonitoring). Dies entspricht einem durchschnittlichen gesamtschweizerischen Deckungsbeitrag von 52% (2003: 55%). Die verbleibenden 1,45 Mrd. Franken (2003: 1,2 Mrd. Franken) gingen zu Lasten der Heimbewohnerinnen und –bewohner und der öffentlichen Hand.

Die Gesamtkosten des stationären Pflege- und Betreuungsbereichs dürften somit im Jahr 2007 rund 7,3 Mrd. Franken (2003: 6,4 Mrd. Franken) betragen haben. Dies entspricht ca. 13,6 % (2003: 12%) der Kosten des Gesundheitswesens von rund 53,5 Mrd. Franken (2003: 49,9 Mrd. Franken) (vgl. dazu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007 und 2003, hrsg. vom Bundesamt für Statistik [BFS]).

Grafik 9: Total Betriebskosten nach Hauptkostenträger, 2009, in CHF



¹² H.U. Möhle, Pflegeheime und Pflegeabteilungen, in: Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012.

Tabelle 8: Gesamtkosten Langzeitpflegebereich 2008

		Schnitt pro Tag
Pensionskosten	CHF 3'102'482'000	CHF 101.82
Pflegekosten KVG	CHF 3'167'772'000	CHF 103.96
Betreuung	CHF 1'075'150'000	CHF 35.28
übrige Kosten (Therapie, Arzt Medi, MiGeL)	CHF 206'980'000	CHF 6.79
Gesamtkosten Pflegeheime	CHF 7'552'384'000	CHF 247.85

Quelle: SOMED, 2008

Tabelle 9: Pflegeheime Kostenentwicklung 2006 bis 2008 Langzeitpflegebereich

	2006	2007	2008
Gesamtkosten	CHF 6'808'659'000.00	CHF 7'180'275'000.00	CHF 7'552'383'000.00
Anz. Tage/ Langzeit	28'724'390	29'919'785	30'471'624
Kosten Tag	CHF 237.03	CHF 239.98	CHF 247.85
Anzahl Klienten	110'104	113'192	114'907

Quelle: SOMED BfS, 2008

Die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV erfüllen für Kranke und Pflegebedürftige bei der Finanzierung eines Heimaufenthaltes eine ausserordentlich wichtige Funktion. Die enormen Kosten, die heute bei der Pflege vor allem hochbetagter Personen anfallen, können Betroffene – auch aus dem Mittelstand – vielfach kaum mehr aus eigenen Mitteln decken. Heute sind deshalb rund 60% der in einem Alters- oder Pflegeheim lebenden AHV-Berechtigten auf die EL Leistungen angewiesen.

Seit 1997 liegen die Zuwachsraten der EL-beziehenden Personen im Heim deutlich tiefer als bei den zu Hause Lebenden. Ein Grund dafür sind die verbesserten Leistungen der Krankenkassen an die Pflegekosten im Heim. Die Ausgaben für die Ergänzungsleistungen beliefen sich 2006 auf gut 3 Milliarden Franken. Die Ausgaben der EL zur IV entsprechen einem Anteil von 27% der ausgerichteten IV-Renten; vor zehn Jahren waren es noch rund 15%. Wesentlich tiefer ist dieses Verhältnis bei den EL zur AHV, wo die EL-Ausgaben nur 6% der AHV-Rentensumme ausmachen. Dieser Anteil lag zu Beginn der 90er-Jahre mit 8% etwas höher. (Vgl. dazu Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2006 und 2005, hrsg. vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]).

7. Verbundlösungen¹³

7.1. Integrierte Versorgung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist im Umbruch. Tiefgreifende Veränderungen verlangen nach neuen Lösungsansätzen – auch für die Pflege und Betreuung im Altersbereich.

2011 trat die neue Pflegefinanzierung in Kraft und ab 2012 werden im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung in den Spitälern tarifwirksame Fallpauschalen eingeführt (DRG¹⁴). Die parlamentarischen Kammern diskutieren die flächendeckende Einführung von Managed-Care-Modellen und in allen Bereichen des Gesundheitswesens wächst der Kostendruck. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung stellt die Leistungserbringer von Pflege und Betreuung vor grosse Herausforderungen.

Für deren Bewältigung setzt man in der öffentlichen Diskussion wie auch in Fachkreisen auf verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Man erhofft sich von gemeinsamen Projekten, Kooperationen, Fusionen und anderen Formen der Zusammenarbeit, hier unter dem Begriff «Verbundlösungen» subsumiert, Vorteile auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene – auch für die Pflege und Betreuung im Altersbereich. Auf der strukturellen Ebene können Synergien erzielt werden, indem gemeinsam Infrastruktur genutzt und Fachstellen eingerichtet werden. Letzteres erlaubt eine bessere Abdeckung des zunehmenden Bedarfs an spezialisierten Dienstleistungen, beispielsweise in den Bereichen der Palliative Care, Demenzbetreuung, Onkologie, Psychiatrie oder der präventiven Beratung. Werden Leistungen im Verbund angeboten, hat das auf der Prozessebene nicht nur betriebliche Vorteile, sondern auch Vorteile für den Endkunden, den alten Menschen, der sich nicht mehr alleine durch den «Dschungel» der Angebote organisieren muss.

Zentren und Spitex-Organisationen¹⁵ schliessen sich häufiger in Verbundlösungen zusammen als Heime. Die Spitex-Organisationen sowie die Zentren sind in 60% respektive 68% an Verbundlösungen beteiligt, die Heime zu einem Drittel. Es sind tendenziell die grösseren Organisationen, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschliessen. Anders als erwartet schliessen sich die privatrechtlich gewinnorientierten Organisationen seltener zu Verbundlösungen zusammen als gemeinnützige Organisationen. Über die geographische Verteilung der Verbundlösungen kann aufgrund der Beteiligungen der Organisationen keine eindeutige Aussage gemacht werden.

7.2. Kooperationspartner

Die erfassten Verbundlösungen sind meistens bilaterale Kooperationen. Verbundlösungen, in denen mehr als zwei Partner zusammenarbeiten, sind seltener. Bei den Spitex-Organisationen ist eine Tendenz zur horizontalen Integration feststellbar: Als Kooperationspartner treten bei Spitex-Organisationen häufig ebenfalls Spitex-Organisationen auf. Das ist beinahe bei jeder dritten Verbundlösung mit Spitex-Beteiligung der Fall (31%). Ähnliches, wenn auch weniger ausgeprägt, lässt sich bei den Heimen feststellen. Auch sie kooperieren häufig mit ihresgleichen, nämlich bei jeder fünften Verbundlösung mit Heimbeteiligung (20%). Neben der horizontal integrierten Form gibt es auch zahlreiche vertikal integrierte Zusammenarbeitsformen. Sehr oft zählen Spitex-Organisationen zu den Kooperationspartnern der Heime und umgekehrt. Als wei-

¹³ Auszüge aus der kommentierten Zusammenfassung der Studie «Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich» der Age Stiftung und von CURAVIVA Schweiz, in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz.

¹⁴ Vgl. Kapitel 11.2.: Diagnostic Related Groups DRG

¹⁵ Vgl. Kapitel 12: Spitex Schweiz.

tere wichtige Kooperationspartner treten Freiwillige/Angehörige sowie Anbieter von Mittagstischen/Mahlzeitendiensten auf.

7.3. Leistungen

Viele Verbundlösungen haben ein beschränktes Leistungsangebot. Oft wird nur eine bestimmte Leistung im Rahmen der Zusammenarbeit erbracht. Die häufigsten Leistungen von Spitex-Organisationen, Heimen und Zentren, die in den Verbundlösungen gemeinsam erbracht werden, sind: Grund- und Behandlungspflege, Hauspflege/Haushilfe sowie Übergangspflege/Kurzzeitpflege/ Ferienpflege. Oft werden Verbundlösungen auch genutzt, um spezialisierte Dienstleistungen anzubieten, am häufigsten die Betreuung von Menschen mit Demenz und Palliative Care.

7.4. Formalisierungsgrad

Gesamthaft basieren Verbundlösungen überwiegend auf vertraglichen Zusammenarbeitsformen oder auf der Rechtsform einer einfachen Gesellschaft, eines Vereins oder einer Stiftung. Dabei werden meist keine durchgängigen Prozesse definiert. Die Schnittstellen sind mehrheitlich individuell, punktuell und situativ ausgestaltet. Die gemeinsame interne und externe Kommunikation sowie die gemeinsam erbrachten Supportdienste (z.B. Administration, Aus- und Weiterbildung, Marketing) sind bei Zentren stärker ausgeprägt als bei Heimen und Spitex-Organisationen. Die Verbundlösungen von Heimen und Spitex-Organisationen haben eher einen informellen Charakter.

7.4.1. Die stationäre Minimallösung

Verbundlösungen fallen in diesen grössten Cluster. Sie charakterisieren sich dadurch, dass sie vorwiegend durch Heime eingetragen wurden (91,4%), die häufig mit ihresgleichen und eher selten mit Spitex-Organisationen eine Kooperation eingehen und häufig nur an einer oder wenigen Verbundlösungen beteiligt sind. Zudem werden in diesen Verbundlösungen nur wenige Dienstleistungen und Spezialisierungen angeboten.

7.4.2. Die ambulante Minimallösung

Dieser zweitgrösste Cluster wird durch 60 Verbundlösungen vertreten. Die eintragenden Organisationen sind hauptsächlich Spitex-Organisationen (95%), welche nur in wenigen Fällen Kooperationen mit Heimen eingehen. Tendenziell bieten sie wenige Dienstleistungen in den Verbundlösungen an, rund die Hälfte betreibt jedoch Spezialisierungen. Die Organisationen, welche diese Verbundlösungen eingetragen haben, sind meist nur an dieser oder nur an wenigen anderen Verbundlösungen beteiligt.

7.4.3. Die Breitgefächerten

Mit 38 Verbundlösungen ist dies der drittgrösste Cluster. Er wird zu 50% durch Heime und je einem Viertel durch die Spitex und die Zentren repräsentiert. Diese Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass in jeweils ca. zwei Dritteln der Verbundlösungen mehrere Dienstleistungen gemeinsam erbracht werden. Zudem werden innerhalb dieser Verbundlösungen eine oder mehrere Spezialisierungen erbracht. Die Organisationen, welche diese Verbundlösungen eingetragen haben, sind meist nur an dieser oder nur an wenigen anderen Verbundlösungen beteiligt.

7.5. Fazit und Ausblick Verbundlösungen

Die Deutschschweizer Heime und Spitex-Organisationen streben durchaus Verbundlösungen an, jedoch noch zaghaft, eher unstrukturiert und in kleinem Umfang. In den meisten Fällen wird eine Kooperation zweier «gleicher» Akteure zur Erbringung einer gemeinsamen Dienstleistung auf Vertragsbasis eingegangen. Komplexe Verbundlösungen zwischen mehreren Leistungserbringern entlang der Behandlungspfade sind die Ausnahme. Es besteht ein hohes Potenzial zur Bildung und Förderung von Verbundlösungen. Insbesondere kleine, ländliche Heime haben einen grossen Nachholbedarf. Supportdienste, beispielsweise administrative Tätigkeiten oder die Nutzung von Infrastruktur, sollten aus betriebswirtschaftlicher Sicht vermehrt gemeinsam und institutionsübergreifend erbracht bzw. genutzt werden. Die Schnittstellen zwischen den Organisationen sollten besser abgestimmt und koordiniert werden. Viele Verbundlösungen sind informell geregelt. Um die Nachhaltigkeit der Angebote zu gewährleisten, sollte die Zusammenarbeit im Bereich Betreuung und Pflege zunehmend in gefestigte rechtliche und organisatorische Strukturen überführt werden.

Der Begriff «Verbundlösung» sollte im Bereich Pflege und Betreuung einen festen Platz erhalten und im täglichen Gebrauch sowie in weiteren Studien in Anwendung kommen. Zudem sollte definiert werden, was gute Verbundlösungen sind und wie diese beschrieben werden können. Allerdings sind vermehrt Anstrengungen der Leistungserbringer bei der Realisierung von Verbundlösungen zu erbringen – dies wird zukünftig auch verstärkt von Seiten der Patienten, Klienten und Kostenträger gefordert werden.

8. Qualität

8.1. Lebensqualität in Heimen¹⁶

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz hat mit Fokus auf die Förderung der Lebensqualität im Heim folgende Grundsätze erarbeitet, welche er all seinen Mitgliederinstitutionen zur entsprechenden Umsetzung empfiehlt.

Menschen, welche in ein Heim eintreten, stehen in einer besonderen Lebenssituation. Aus verschiedenen Gründen verlassen sie vorübergehend oder dauerhaft ihre gewohnte Umgebung und finden ein neues Umfeld im Heim.

Heime ersetzen oder ergänzen das Primärsystem ihrer Bewohnenden. Als Kompetenzzentren für besondere Lebenssituationen unterstützen sie die Bewohnenden in der Alltagsgestaltung und machen Angebote in den Bereichen Wohnen, Betreuung, Freizeit, Pflege, Ausbildung, Arbeit und/oder Beschäftigung.

In einem Heim mit hoher Lebensqualität gelten folgende Grundsätze:

A. Das Heim schafft einen fließenden Übergang zwischen ersetzenden und ergänzenden Angeboten.

- Das Heim bildet keine Sonderwelt. Es unterstützt die Integration seiner Bewohnenden in einem umfassenden Sinne und erbringt bei Bedarf auch Leistungen, welche externen Bevölkerungsgruppen offen stehen. In Zusammenarbeit mit andern Organisationen sorgt es für ein abgestimmtes Angebot von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen.
- Den Ein- und Austrittsprozessen wird grosse Aufmerksamkeit geschenkt. Gemeinsam mit allen internen und externen Beteiligten werden die Prozesse sorgfältig und adressatengerecht gestaltet.
- Die Bewohnenden haben die Möglichkeit, den Ein- oder Austrittsprozess fließend zu absolvieren (z.B. Heim, externe Wohngruppe, Begleitung in der Suche nach einer Anschlusslösung).
- Zukünftige Bewohnende, resp. ihre Angehörigen können den Heimalltag probeweise kennen lernen, bevor sie sich für oder gegen einen Eintritt entscheiden.
- Der Übertritt in eine andere Wohnform inner- oder ausserhalb des Heims ist regelmässig Thema in den Standortgesprächen: Welche Entwicklung ist möglich und anzustreben? Welche förderlichen Bedingungen sind zu schaffen?

B. Das Heim sucht und pflegt die Begegnungen in seinem Umfeld

- Das Heim sieht sich selber als gestaltenden Akteur in seinem Umfeld und beteiligt sich an der Quartier- oder Gemeindeentwicklung.
- Es tauscht seine ethischen Grundsätze mit allen Anspruchsgruppen aus und informiert diese über seine Entwicklung.
- Mit den Quartier- oder Dorfbewohnenden sucht das Heim direkte Begegnungen, indem es entsprechende Angebote initiiert.

¹⁶ Auszüge aus der Publikation «Lebensqualität im Heim» (2005) von CURAVIVA Schweiz.

- Das Heim begrüsst es, wenn die Bewohnenden am gesellschaftlichen Leben im Umfeld teilhaben und externe Angebote nutzen, es sei denn, der Vollzug von Massnahmen spreche dagegen.

C. Das Heim unterstützt den Kontakt zwischen den Angehörigen und den Bewohnenden.

- Das Heim steht im Austausch mit den Angehörigen sowie den gesetzlichen Vertretenden der Bewohnenden und informiert sie regelmässig über personelle, strukturelle und konzeptionelle Veränderungen des Heims.
- Die Angehörigen und die gesetzlichen Vertretenden der Bewohnenden wissen, wer ihre Ansprechpersonen sind. Sie sind über ihre Rechte und Pflichten informiert
- Das Heim schafft Bedingungen, welche dem Kontakt zwischen den Angehörigen und den Bewohnenden förderlich sind, respektiert aber gleichzeitig die Autonomie der Bewohnenden.
- Angehörige haben die Möglichkeit, an alltäglichen Routinen teilzuhaben und sich insbesondere an der Pflege und Betreuung zu beteiligen, sofern nicht schwerwiegende Gründe dagegen sprechen.
- Bei Problemen zwischen den Angehörigen und den Bewohnenden greift das Heim dann ein, wenn es selbst vom Konflikt tangiert ist.

D. Das Heim befürwortet die Autonomie der Bewohnenden.

- Die Bewohnenden haben ein Recht auf autonome Gestaltung ihres Alltags und selbständige Erledigung ihrer Angelegenheiten. Ihre Privat- und Intimsphäre ist gewahrt. Ihr Recht wird begrenzt durch die Bedürfnisse ihrer Mitbewohnenden oder durch den Vollzug von Massnahmen.
- Menschen, welche aufgrund ihrer Fähigkeiten den Alltag nicht autonom zu gestalten vermögen, erhalten die notwendige Unterstützung.
- Die Bewohnenden verfügen über die «Schlüsselgewalt», es sei denn, sie können sich oder andere gefährden oder der Vollzug von Massnahmen verbiete es.
- Die kulturelle und/oder religiöse Identität der Bewohnenden wird respektiert. Die Grenzen der Toleranz sind durch die schweizerischen Gesetze und Verordnungen festgeschrieben.
- Das Heim hat eine klare, offen kommunizierte Haltung zu Fragen der Sexualität.
- Bei Krankheit und Tod gehen die Mitarbeitenden bestmöglich auf die Wünsche der Betroffenen ein.
- Das Heim strebt danach, den Bewohnenden die freie Wahl der professionellen Bezugspersonen zu gewährleisten.
- Rechte und Pflichten sind den Bewohnenden resp. ihren gesetzlichen Vertretenden bekannt. Im Konfliktfall wissen sie, wie sie Beschwerde einlegen können.

E. Das Heim unterstützt die Verbundenheit der Bewohnenden untereinander.

- Das Heim gestaltet den Alltag beziehungsfördernd und schafft spezielle Anlässe, welche die Verbundenheit unter den Bewohnenden stärken. Gleichzeitig wird die Autonomie der Bewohnenden respektiert.
- Die gemeinschaftliche genutzten Räume und die Umgebung sind so eingerichtet, dass sie den Beziehungen zwischen den Bewohnenden förderlich sind.
- Können Bewohnenden Konflikte untereinander nicht selbständig lösen, intervenieren die Mitarbeitenden. Die Integrität aller Beteiligten ist zu schützen.

- Sexuelle Übergriffe und andere Formen von Gewalt werden nicht toleriert. Das Heim ergreift die notwendigen präventiven Massnahmen und legt das Vorgehen bei Grenzüberschreitungen fest.

F. Das Heim unterstützt die Bewohnenden in ihrer Entwicklung.

- Die Persönlichkeit jeder Bewohnerin und jedes Bewohners ist einzigartig. Das Heim fördert ein Klima des gegenseitigen Respekts und setzt sich dafür ein, dass Angehörige beider Geschlechter und aller Kulturen gleichermassen Achtung finden.
- Es schafft Bedingungen, welche der Entwicklung der Bewohnenden förderlich und auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen abgestimmt sind.
- Die Mitarbeitenden kennen die Lebensumstände der einzelnen Bewohnenden, zeigen ihnen gegenüber Offenheit und Interesse und versuchen, ihr Verhalten zu verstehen.

G. Das Heim entwickelt sich selber stetig weiter.

- Das Heim sieht sich als lernende Organisation. Es schafft die Voraussetzungen für eine kontinuierliche Auseinandersetzung der Mitarbeitenden mit den eigenen Werten, Normen und Kompetenzen sowie mit den Zuschreibungen der Gesellschaft gegenüber den Bewohnenden.
- Die Bewohnenden können ihren Möglichkeiten entsprechend am Reflexionsprozess mitwirken. Das Heim stellt die nötige Unterstützung zur Verfügung.
- Gefördert wird insbesondere ein Austausch zu Fragen der Autonomie und Abhängigkeit, zur Gleichstellung von Mann und Frau und zum Zusammenleben von Menschen unterschiedlicher Kulturen.
- Das Heim stellt sicher, dass die Mitarbeitenden auf dem neuesten Stand des Wissens ihrer Profession sind und ihr Wissen umsetzen können.
- Die Mitarbeitenden engagieren sich in der Heimentwicklung. Sie sind sich der komplexen Zusammenhänge bewusst und streben nach einer transdisziplinären Zusammenarbeit.

H. Das Heim gewährleistet einen angemessenen Lebensstandard.

- Die Mitarbeitenden verfügen über die notwendigen professionellen Qualifikationen, um die geforderten Qualitätsstandards erfüllen zu können. Die Stellenpläne sind ausreichend dotiert.
- Die Gestaltung von Gebäude und Umschwung kommt den Bedürfnissen der Bewohnenden entgegen. Die Inneneinrichtung fördert Geborgenheit und Wohnlichkeit. Die Bewohnenden können sich an der Ausstattung der Räumlichkeiten und der Umgebung beteiligen.
- Die Bewohnenden verfügen über einen privaten Wohnbereich und können ihn selbständig einrichten. Menschen, welche aufgrund ihrer Fähigkeiten dazu nicht in der Lage sind, erhalten die notwendige Unterstützung.
- Die Ernährung ist ausgewogen und qualitativ hochwertig. Sie entspricht so weit wie möglich den Wünschen der Bewohnenden.
- Hygiene und Sauberkeit sind gewährleistet. Die Bewohnenden werden ihren Fähigkeiten entsprechend in der Pflege ihres Körpers und ihres Erscheinungsbildes unterstützt.
- Die nötigen Hilfsmittel für die Alltagsbewältigung stehen den Bewohnenden zur Verfügung.

I. Das Heim wird professionell geführt.

- Das Heim steht in kontinuierlichem Austausch mit seinen Anspruchsgruppen über die sich verändernden gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen. Es sucht nach einem Ausgleich zwischen den verschiedenen Interessen der einzelnen Anspruchsgruppen.
- Die Heimleitung schafft gemeinsam mit den Mitarbeitenden und – so weit wie möglich – mit den Bewohnenden eine Vision der zukünftigen Gestaltung des Heims. Ausgerichtet auf die Vision entwickelt das Heim seine Organisationskultur, erarbeitet sich geeignete Strukturen und trifft in regelmässigen Abständen die notwendigen strategischen Entscheidungen, um auch in Zukunft erfolgreich wirken zu können.
- Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse sind definiert und auf die Bedürfnisse der Bewohnenden sowie am Auftrag der Aufsichtsorgane und Kostenträger ausgerichtet.
- Das Heim erarbeitet ein Qualitätssystem und entwickelt die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich weiter.

8.2. Grundlagen für verantwortliches Handeln in Heimen und sozialen Institutionen¹⁷

Der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz hat für die Sicherstellung verantwortlichen Handelns in Heimen und sozialen Institutionen eine klare Werthaltung definiert, die in der täglichen Pflege-, Betreuungs- und Begleitarbeit Orientierung und Richtschnur sein soll.

A) Recht auf Würde und Achtung

«Wir setzen uns dafür ein, dass in unserem Heim die Voraussetzungen geschaffen werden, dass Würde und Achtung aller Menschen im Heim gewahrt werden.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Die Bewohnerinnen und ihre Angehörigen sowie die Mitarbeiterinnen haben ein Recht auf Würde und Achtung.
- Die Beziehungen zwischen Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen und Bezugspersonen sind durch Akzeptanz und Ehrlichkeit gekennzeichnet.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Bewohnerinnen mit unterschiedlichsten Charaktereigenschaften, Fähigkeiten, Ressourcen und Lebenszielen, aber auch Problem- und Krankheitsbildern haben die gleichen Anrechte auf Wertschätzung und auf optimale Lebensqualität.
- Zur Würde der Bewohnerinnen gehören sowohl die Respektierung des Privatbereichs und der Intimsphäre als auch die Möglichkeit zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse.
- Die Bewohnerinnen, soweit sie nicht durch gesetzliche Vorgaben eingeschränkt sind, können selbstverständlich ihre bürgerlichen Rechte ausüben.

¹⁷ Auszüge aus der Publikation «Grundlagen für verantwortliches Handeln in Heimen und Institutionen» (2010) von CURAVIVA Schweiz.

B) Recht auf Selbstbestimmung

«Wir anerkennen das Recht jedes Menschen im Heim auf grösstmögliche Selbstbestimmung.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Jeder Mensch im Heim sollte Gelegenheit haben, seine Wünsche und Ziele zu äussern und diese Ziele durch eigenes Handeln wie auch mit Hilfestellung anderer Menschen zu erreichen. Konflikte zwischen sich widersprechenden Zielen werden durch Gespräche einer für alle Seiten annehmbaren und transparenten Lösung zugeführt.
- Bewohnerinnen, gegebenenfalls Erziehungsberechtigte, Angehörige oder Beistände, und Mitarbeiterinnen werden an Entscheidungen, die sie betreffen, beteiligt. Heimräte und Team- oder Gruppensitzungen sind mögliche Formen, in denen gemeinsame Entscheide vorbereitet und verwirklicht werden.
- Das Recht auf Selbstbestimmung endet dort, wo das Recht auf Freiheit anderer Menschen im Heim oder ausserhalb des Heims eingeschränkt würde. Um widerstreitende Interessen vereinen zu können, wird die Fähigkeit, gute Beziehungen zu unterhalten und gemeinsame Probleme partnerschaftlich zu lösen, gefördert.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Bewohnerinnen werden darin unterstützt, die Ressourcen ihrer bisherigen Lebenswelt weiterhin zu nutzen und ihre Lebensgewohnheiten – soweit möglich und sofern sie nicht selbst- oder für Dritte schädigend sind – weiterzuführen.
- Das Recht auf Kündigung muss vertraglich geregelt sein. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie urteilsunfähige Erwachsene ist ein schriftlicher Betreuungsvertrag abzuschliessen.
- Mündige Bewohnerinnen haben das Recht, Dienstleistungen, Behandlungen und Medikationen abzulehnen, nachdem sie über die Konsequenzen informiert wurden. Bei Verständnisproblemen können sie jederzeit Entscheidungshelfer hinzuziehen.
- Das Recht auf Selbstbestimmung kann auch bedeuten, keine lebensverlängernden Massnahmen um jeden Preis, sondern ein möglichst begleitetes, angst- und schmerzfreies Hinübergehen in den Tod anzustreben.

C) Recht auf Information

«Jeder Mensch im Heim hat das Recht, über alles, was ihn betrifft, ausführlich, verständlich und rechtzeitig informiert zu werden.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen und Bezugspersonen oder gesetzliche Vertreter werden über alle Vorkommnisse, die sie betreffen, rechtzeitig informiert. Das betrifft für Bewohnerinnen auch rechtzeitige und verständliche Information über finanzielle Fragen, über Exteraleistungen und über einschränkende Massnahmen.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Bewohnerinnen werden auf die Konsequenzen ihres Verhaltens, das Regeln oder Empfehlungen im Heim widerspricht, hingewiesen.
- Jede Bewohnerin kennt die Zuständigkeiten der für sie wichtigen Personen im Heim. Jede unmündige Bewohnerin verfügt über eine Ansprech- bzw. Bezugsperson im Heim.

- Jede urteilsfähige Bewohnerin kennt den Beschwerdeweg in ihrem Heim. Jede unmündige Bewohnerin verfügt über eine rechtliche Vertretung, die über den Beschwerdeweg informiert ist.

D) Recht auf Gleichbehandlung

«Wir setzen uns dafür ein, dass das Leben im Heim frei von Diskriminierungen jeder Art ist.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen aus fremden Kulturen können ihre Traditionen, Werte und Weltanschauungen, sofern sie unseren Gesetzen nicht widersprechen, in gleicher Weise leben wie Schweizerinnen. Auch vielleicht unverständlich erscheinende Ziele von Personen werden beachtet und ernst genommen.
- Chancenungleichheiten des bisherigen Lebens werden im Heim, soweit es in unseren Möglichkeiten liegt, ausgeglichen.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Bewohnerinnen mit geringeren finanziellen Möglichkeiten erfahren in gleicher Weise Betreuung und Pflege wie Personen in guten materiellen Verhältnissen.
- Das Recht auf Gleichbehandlung schliesst den individualisierenden Umgang mit jeder Bewohnerin nicht aus.

Punkte, die die Mitarbeiterinnen betreffen:

- Mitarbeiterinnen mit vergleichbaren Voraussetzungen erhalten den gleichen Lohn.
- Das Recht auf Würde und Achtung der Mitarbeiterinnen wird geschützt, niemand wird aufgrund der Nationalität, der sozialen Herkunft oder der Qualifikation diskriminiert.
- Die Heime stellen nach Möglichkeit auch Personen, die auf dem Arbeitsmarkt besonderen Problemen ausgesetzt sind, Arbeitsplätze zur Verfügung.

E) Recht auf Sicherheit

«Wir setzen uns für Sicherheit für alle im Heim ein.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Alle Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen werden durch entsprechende Vorkehrungen vor körperlichem Schaden geschützt.
- Der Datenschutz und das Bedürfnis der Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen nach vertraulicher Behandlung ihrer Angelegenheiten werden geachtet.
- Abhängigkeitsverhältnisse werden nicht ausgenützt.
- Die Institution schützt durch entsprechende Vorkehrungen alle Bewohnerinnen/ Betreuten und Mitarbeiterinnen vor seelischer, körperlicher oder geistiger Misshandlung.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Die Institution bietet ihren Bewohnerinnen Rahmen und Struktur und gibt ihnen ein Zuhause und Geborgenheit.
- Jede Bewohnerin kann grundsätzlich in dem Heim ihrer Wahl bleiben, sofern diese Wahlfreiheit nicht durch vormundschaftliche Massnahmen eingeschränkt ist.

- Wenn die Sicherheitsbedürfnisse einer Bewohnerin mit anderen Zielsetzungen in Konflikt stehen, ist mit allen Beteiligten das Gespräch zu suchen und eine Lösung anzustreben, wobei der Wille dieser Person (bzw. ihr mutmasslicher Wille) massgebend ist.
- Wenn sich das Recht auf Sicherheit und das Recht auf Selbstbestimmung widersprechen, kann nach Absprache zwischen den Beteiligten, und allenfalls mit den für sie rechtlich Zuständigen, den Bewohnerinnen das Eingehen von bestimmten, begründeten Risiken zugestanden werden.

Punkte, die die Mitarbeiterinnen betreffen:

- Die Heimleitung bemüht sich um sichere Arbeitsplätze.
- Die Institutionen stellen genügend Personal ein, um die Sicherheit und die Qualität der Dienstleistung zu garantieren.

F) Recht auf qualifizierte Dienstleistungen

«Wir streben an, im Heim Dienstleistungen jeder Art auf einem Niveau zu bieten, das dem jeweiligen Stand der Praxis und der Wissenschaft entspricht.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- In Situationen, in denen die Möglichkeiten des Heims nicht ausreichen, werden externe Fachleute beigezogen.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Die Gestaltung und die Einrichtung eines Heimes sollten den Anforderungen entsprechen,
- die der körperliche, seelische und geistige Zustand der Bewohnerinnen stellt.
- Die medizinische und pflegerische Betreuung wird garantiert.
- Heimbewohnerinnen können von externen Dienstleistungen profitieren wie auch externe Personen Dienstleistungen des Heimes beanspruchen können.

Punkte, die die Mitarbeiterinnen betreffen:

- Heimleitung und Mitarbeiterinnen bilden sich regelmässig fort und wenden neue Erkenntnisse in ihrer Arbeit an.

G) Recht auf Wachstum der Persönlichkeit

«Wir setzen uns dafür ein, dass sich alle Menschen im Heim weiterentwickeln können und dass sie aktiv an unserer Gesellschaft partizipieren und so gut wie möglich selbstständig leben können.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Die Lebensbedingungen sind im Heim so gestaltet, dass für die Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen eine förderliche Entwicklung erfolgen kann hinsichtlich ihrer körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Interessen. Dabei wird eine ganzheitliche Förderung angestrebt.
- Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen werden unterstützt, wenn sie unzumutbare Forderungen zurückweisen.

Punkte, die die Bewohnenden betreffen:

- Da eine Überbetreuung die Förderung oder Erhaltung eigener Fähigkeiten behindert, werden nicht mehr Dienstleistungen als nötig angeboten. Bezugspersonen werden über diese Heimpolitik informiert.
- Bei Kindern und Jugendlichen in Heimen und Institutionen stehen dabei die Persönlichkeitsentwicklung, die Sozialisation und die (Aus-)Bildung im Vordergrund, erwachsene Behinderte benötigen in der Regel während ihres ganzen Lebens eine besondere Form von Unterstützung. Bei betagten Menschen wird die Auseinandersetzung mit der Verminderung von Fähigkeiten und mit dem eigenen Sterben gefördert.

Punkte, die die Mitarbeiterinnen betreffen:

- Mitarbeiterinnen werden darin unterstützt, auch Bildungsveranstaltungen zu besuchen, die ihre persönliche Weiterentwicklung fördern.

H) Recht auf Ansehen der Menschen in Heimen und Institutionen

«Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen im Heim in der Gesellschaft geachtet und ernst genommen werden.»

Punkte, die alle Parteien im Heim betreffen:

- Alle Personen im Heim tragen das Ihre dazu bei, dass die Interessen und Bedürfnisse der Menschen im Heim in der Gesamtgesellschaft gesehen und beachtet werden. Sie gehen verantwortungsbewusst mit den finanziellen Mitteln und mit der Umwelt um. Sie achten darauf, dass Medien und Öffentlichkeit objektiv über Ereignisse im Heim informiert werden.

8.3. Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen¹⁸

Die Leistungs- und Qualitätsansprüche an die Alters- und Pflegeheime steigen laufend. Die durchschnittliche Pflegebedürftigkeit der Heimbewohnenden nimmt weiter zu und ebenso steigen die Erwartungen der Bewohnenden und ihren Angehörigen. Für den Pflegebereich verlangt das Krankenversicherungsgesetz eine Qualitätssicherung.

Der grösste Teil der Heime wird von privatrechtlichen Trägerschaften (Vereine, Stiftungen, Einzelpersonen) geführt. Die direkte Führung von Heimen durch staatliche oder kommunale Instanzen ist eher die Ausnahme. Gemeinden erteilen in der Regel Leistungsaufträge an die Heimträger. Deshalb muss sich das Qualitätsmanagement (Qualitätssicherung und Entwicklung) diesen Strukturen anpassen. Der Kanton und die Gemeinde haben eine Aufsichtspflicht. Zudem treten Kanton und Gemeinden als Auftraggeber einer Dienstleistung auf, deren Lieferung sie in Umfang und Qualität überprüfen müssen und einer entsprechenden Aufsichtspflicht nachkommen müssen.

Gleichzeitig haben die Betreiber der Heime eine Selbstverantwortung und ein Eigeninteresse in der Qualitätssicherung und Qualitätsweiterentwicklung, da davon die Existenz des Betriebes abhängt. Das Qualitätsmanagement in der Langzeitpflege soll diese gemeinsame Verantwortung widerspiegeln.

¹⁸ Auszüge aus der Publikation «Grundangebot und Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen». Steuerungsgruppe BL, BS und SO. 3. Auflage. Januar 2006.

In der Regel wird das Niveau der einzelnen Standards so angesetzt, dass 80% der Heime den betreffenden Standard ohne ausserordentliche Anstrengungen erreichen resp. Bereits heute erfüllen (80/20-Regel). Weiter geht es darum, dasjenige Niveau zu definieren, das nicht nur von den Aufsichtsbehörden durchgesetzt, sondern auch von den Kostenträgern anerkannt (=bezahlt) wird. Die Standards in Bezug auf Angebot und Qualität müssen sowohl aufsichtsrechtlichen Anforderungen als auch dem Konsumentenschutz und der Verantwortung der Kostenträger genügen.

Erreicht ein Leistungserbringer trotz Mahnung die Standard sind (mehr), wird ihm die Zulassung als Heimbetreiber (Betriebsbewilligung) entzogen.

In der Schweiz wird die Basisqualität grundsätzlich in folgenden Kategorien (und entsprechenden Unterkategorien) definiert und geprüft:

Tabelle 10: Kategorisierung der Basisqualität in Alters- und Pflegeheimen

Kategorien Basisqualität	Subkategorien
Grundlagen, Führung und Organisation:	<ul style="list-style-type: none"> • Heimträgerschaft • Heimleitbild • Führung • Heimleitung • Arbeits-/Einsatzplan des Personals • Weiterbildung • Rechnungswesen • Qualitätssicherung • Einhaltung übergeordneter Gesetze und Verordnungen
Pflege und Betreuung:	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege- und Betreuungskonzept • Bedarfsabklärungsinstrument (die zwei grössten Systemanbieter in der Schweiz sind BESA und RAI) • Pflege- und Betreuungsdokumentation • Fachverantwortliche • Mitarbeitende • Medikamentenverwaltung • Berufliche Kompetenzstufen
Alltagsgestaltung und Aktivierung:	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept Alltagsgestaltung und Aktivierung • Fachverantwortliche

Ärztliche Dienste:	<ul style="list-style-type: none"> • Regelung der freien Arztwahl • Zusammenarbeitsregelung mit den im Pflegeheim tätigen Ärztinnen • Psychiatrischer Konsiliardienst
Freiheit und freiheitsbeschränkende Massnahmen:	<ul style="list-style-type: none"> • Konzepte betreffend Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen
Sterbebegleitung und Todesfall:	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept Sterbefall und Todesfall
Essen und Trinken:	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept Essen und Trinken • Küchenfachpersonal
Hauswirtschaft:	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept Hauswirtschaft
Sicherheit:	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheitskonzept • Hygiene
Bauliche Voraussetzungen:	<ul style="list-style-type: none"> • Anforderungen an Zimmer, allgemeine Räume und Gebäude in Pflegeheimen und Pflegestationen • Bauliche Voraussetzungen für Pflegewohngruppen mit vorwiegend demenzkranken Bewohnenden • Ausnahm- und Übergangsregeln

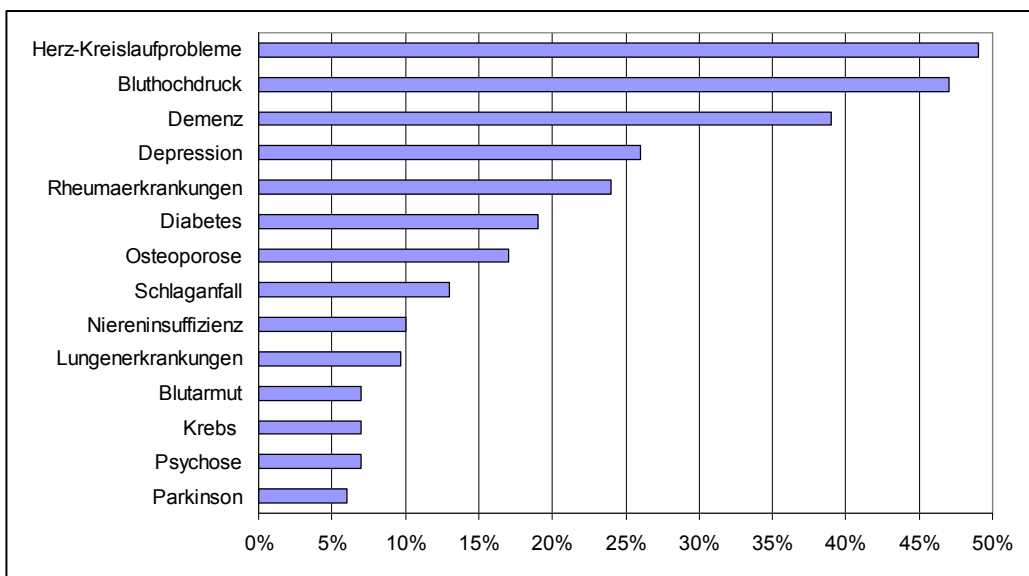
Aufgrund des föderalistischen Systems, sind in der Schweiz die einzelnen Kantone für die Erstellung und Kontrolle der Qualitätskriterien der Heime verantwortlich.

9. Demenz

9.1. Einleitung

Immer mehr Menschen erkranken an Demenz. Das hat mit der Errungenschaft des hohen Alters zu tun. Denn das Risiko, von der Hirnkrankheit betroffen zu werden, steigt mit zunehmendem Alter ab 60 Jahren exponentiell an und erreicht für die Gruppe der 90-Jährigen das Maximum von 40%. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl von heute rund 107'000 Demenzkranke (in der Schweiz) in zehn Jahren bereits auf 140'000 steigen. Bis im Jahr 2050 muss mit 300'000 Demenzkranken gerechnet werden.

Grafik 10: Häufigste Diagnosen bei betagten Personen in Institutionen



Quelle: BFS, Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen, 2008/2009

Tabelle 11: Anzahl Demenzkranke pro Altersgruppe in der Schweiz, 2010

Bevölkerung nach Altersgruppen			Anzahl Demenzkranke pro Altersgruppe*	
Alter	Männer	Frauen	Männer	Frauen
30-64	1 938 146	1 924 794	1 299	1 290
65-69	1 842 254	1 987 799	4 054	2 187
70-74	1 376 629	1 626 671	6 331	6 344
75-79	1 086 634	1 451 100	5 432	9 722
80-84	728 13	1 187 72	8 810	16 034
85-89	39 441	80 169	7 297	18 279
90+	16 054	44 355	5 121	15 125
Total			38 344	68 981

* Die Anzahl Demenzkranke 2010 in der Schweiz basiert auf Schätzungen.
Berechnung: Prävalenzraten pro Altersgruppe der aktuellen Wohnbevölkerung Ende 2009

Quelle: Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010

9.2. Pflege- und Betreuungsansätze von Demenz

Die Demenzkrankheit kann medizinisch nicht geheilt und der Krankheitsverlauf medikamentös nicht aufgehalten, sondern höchstens verlangsamt werden. Deshalb liegt das Hauptinteresse der Demenzversorgung auf einer optimalen Pflege und Betreuung, welche den Anspruch ihrer unverlierbaren Würde und ihre spezifischen Defizite ernst nimmt. Ein heimintern entwickeltes Konzept, das punkto räumlicher Voraussetzungen und betrieblicher Abläufe auf die Bedürfnisse der Menschen mit einer Demenz Rücksicht nimmt, dient als Rückgrat und Basis der verschiedenen Interventionsmöglichkeiten.

Folgende Ansätze und Methoden gehören heute zum unverzichtbaren Rüstzeug einer angemessenen «Dementia Care»:

A) Validation:

Dieser Kommunikationsansatz wurde von Naomi Feil entwickelt. Er beruht auf einem unzensurierten, wertfreien Sich-Einlassen auf die Welt der demenzkranken Person. Durch eine validierende Haltung soll ermöglicht werden, dass demenzkranke Menschen wichtige ungelöste Aufgaben aus früheren Lebensabschnitten erledigen können.

Nicole Richard hat den Ansatz weiterentwickelt (Integrative Validation). Sie verzichtet auf den fragwürdigen Anspruch einer Therapie und stellt die Schaffung der Beziehung in den Vordergrund, indem in erster Linie die gezeigten Gefühle und Antriebe dieser Menschen ernst genommen werden.

B) Milieutherapie:

Der Begriff «Milieu» beinhaltet sowohl die räumliche Umgebung als auch Umgangsform und Aktivitäten. Milieutherapie wird als ein therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenz der Demenzkranken verstanden. Da demenzkranke Menschen durch die alltäglichen Anforderungen immer mehr überfordert sind und mit Stresssymptomen reagieren, können durch eine bewusste räumliche Gestaltung der Umgebung und einen den Bedürfnissen angepassten Tagesablauf viel zu ihrem Wohlbefinden beigetragen werden. In diesen Bereich gehören räumlich-architektonische Aspekte wie Licht, Farben, Raumgestaltung, aber auch die angemessene Gestaltung der sozialen Umgebung.

C) Erinnerungspflege/Biografiearbeit:

Die Kenntnis der individuellen Biografie fördert das unvoreingenommene Verständnis für das Verhalten und Alltagsroutinen. Hilfreich ist besonders das Wissen um die Interaktionsstile der Betroffenen, ihre Bewältigungs- und Verarbeitungsweisen und das Kennen von wichtigen lebensgeschichtlichen Ereignissen.

D) Kinästhetik:

Hinter diesem Konzept steckt die Analyse von menschlichen Bewegungsmustern. Diese Bewegungsmuster sowohl in der Entwicklung wie auch in ihren individuellen Gewohnheiten erkennen zu können, hilft, Menschen mit Demenz in ihren körperlichen Bewegungsabläufen wirkungsvoll zu unterstützen. Und da alle Bewegungsabläufe auch im Gehirn gespeichert sind, hilft die

Kenntnis individueller Gewohnheiten, den «richtigen Einstieg» in den individuellen Bewegungsablauf zu finden.

E) Basale Stimulation/Snoezelen:

Wenn die verbale Kommunikation immer mehr in den Hintergrund tritt, ist der demenzkranke Mensch über die Sinne ansprechbar. Augenkontakt und Hörwahrnehmung, Körperstimulation, Anregung des Gleichgewichtssinnes, Haptische Stimulation, vibratorische Anregung, orale Stimulation olfaktorische Stimulation dienen ihm zur Orientierung und helfen ihm, Körper und Umwelt besser wahrzunehmen.

9.3. Lebensqualität demenzkranker Menschen

Ziel all dieser Pflege- und Betreuungsmassnahmen ist die Sicherstellung einer möglichst hohen Lebensqualität der demenzkranken Menschen während dem ganzen Verlauf ihrer Krankheit. Inzwischen wurden verschiedene Methoden entwickelt, um diese individuell verschiedenen Bedürfnisse einer guten Lebensqualität zu erheben und abzubilden.

A) Dementia Care Mapping (DCM):

Diese Methode beruht auf dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood. Es ist ein Beobachtungsverfahren, um das relative Wohlbefinden von Menschen detailliert festzuhalten und um Rückschlüsse auf die personale Qualität der Pflege zu ziehen.

B) Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.DE):

Mit diesem, in einem mehrstufigen Projektverfahren entwickelten Instrument, können Pflegepersonen selber die individuelle Lebensqualität ihrer Bewohnenden in ihren mehrdimensionalen Ausdrucksformen erfassen und daraus Pflege- und Betreuungsmassnahmen ableiten.

9.4. Bedeutung der steigenden Anzahl an Demenz Erkrankten für die Heimlandschaft

9.4.1. Hohe Anforderungen an Pflege

Der Verlauf der Demenzkrankheit ist fortschreitend. Während des durchschnittlichen Krankheitsverlaufs von zirka acht Jahren der Alzheimer-Demenz (55 Prozent aller Demenzerkrankungen) nimmt der Schweregrad sukzessive zu. In der mittleren und letzten Phase des Krankheitsverlaufs sind die Anforderungen an Pflege und Betreuung so hoch, dass diese kranken Menschen kaum mehr in ihrer angestammten Umgebung leben können. Sie brauchen professionelle Pflege und Betreuung rund um die Uhr und leben deshalb meistens in Alters- und Pflegeheimen.

Diese Entwicklung führt dazu, dass heute mindestens zwei von fünf Heimbewohnenden an einer Demenzkrankheit leiden. In den Pflegezentren der Stadt Zürich sind es knapp 70 Prozent. Die Pflege und Betreuung der demenzkranken Menschen ist für die Heime zu einer der grossen Herausforderungen geworden. CURAVIVA Schweiz will in Zukunft durch fachlichen Austausch, spezifische Weiterbildungsangebote und konkrete Erfahrungsberichte («Best Practice») vermehrt Unterstützung dazu leisten.

9.4.2. Besondere Herausforderung

Für die Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen stellen sich einige besondere Herausforderungen. Dazu gehören:

A) Sturzgefährdung:

Da demenzkranke Menschen zunehmend auch die Kontrolle über ihre Körperfunktionen verlieren, sind sie je nach ihrer Krankheitsphase besonders sturzgefährdet. Mit verschiedenen Massnahmen werden sie in der Pflege vor dieser Gefahr geschützt. Diese Massnahmen sind gleichzeitig mehr oder weniger einschneidend und freiheitseinschränkend. In Zusammenarbeit mit der Evangelischen Hochschule Freiburg im Breisgau startet der Fachbereich Menschen im Alter von CURAVIVA Schweiz das Projekt ReduFix. Durch gezielte Schulungen sollen Pflegenden geeignete Schutzmassnahmen kennen lernen und Verfahren einüben, die ihnen erlauben, in unvermeidbaren Dilemma-Situationen professionell handeln zu können.

B) Weglaufgefährdung:

Besonders im Stadium der mittleren Demenz haben demenzkranke Menschen oft einen starken Bewegungsdrang. Da sie gleichzeitig in ihrer zeitlichen und örtlichen Orientierung eingeschränkt sind, verlassen sie oft alleine ihre gewohnte Umgebung. Zu ihrem Schutz haben sich zwei Massnahmen bewährt:

Geschützte Demenzabteilungen: Viele Institutionen haben gleichzeitig durch räumliche und optische Massnahmen Wohnumgebungen geschaffen, die bei den demenzkranken Menschen das Gefühl des «Eingeschlossen-Seins» erheblich reduzieren.

Elektronische «Begleiter»: Die demenzkranken und weglaufgefährdeten Menschen werden individuell mit einem GPS-Sender ausgestattet, über den sich ihr Aufenthaltsort sowie ihre momentane körperliche Befindlichkeit identifizieren lassen.

9.4.3. Betreuung und Pflege von an Demenz erkrankten Personen im Heim

A) Betreuung

Betreuung demenzkranker Menschen bedeutet ihnen entsprechend ihrer Ressourcen Hilfestellungen in allen Verrichtungen und Lebenssituationen anzubieten. Die Betreuung muss auf wohlwollender, wertschätzender und partnerschaftlicher Grundhaltung aufgebaut sein. Es ist eine stetige Gratwanderung, um die Menschen mit Demenz nicht zu unter- oder überfordern. Beispiele für Betreuungsschwerpunkte der Biografie entsprechend sind:

- Würdevolle, respektvolle Kommunikation
- Beschäftigungsangebote
- Gesellschaftlich musische Aktivitäten
- Bewegungsfreiheit
- Möglichkeiten zum Entspannen
- Gesellschaftliche Integration (dabei sein können, Feste feiern etc.)

B) Pflege

Die Pflege demenzkranker Menschen muss individuell und ihren Tagesformen angepasst sein. Die oben genannten Konzepte der Validation, Kinästhetik und basalen Stimulation dienen als Grundlagen der individuellen Pflege. Im Spätstadium demenzkranker Menschen gewinnt die Palliativ Pflege zunehmend an Gewicht. Hierzu gehört auch die Angehörigenarbeit sowie die Vermeidung von Überforderung durch fixe Strukturen. (Duschen nach Plan, zu Bett gehen nach Dienstplan etc.)

Häufige Pflegerische Herausforderungen sind:

- Inkontinenz
- Verhaltensauffälligkeiten wie: lautes Rufen, herumwandern, allgemeine Unruhe
- Sturzgefährdung
- Schluckstörungen
- Epileptische Anfälle
- Körperliche Leiden erkennen wie: Schmerzen, Infekte, Stuhl und Harndrang etc.
- Schlafstörungen
- Wahnhaftigkeit
- Agitiertheit
- Depressionen
- Delirium

9.4.4. Wohnformen für an Demenz erkrankten Personen in der schweizerischen Heimlandschaft

- Spezialisierte Wohngruppen, die ausschliesslich Menschen mit einer dementiellen Erkrankung betreuen
- Wohngruppen, in welchen Menschen ohne kognitive Störung mit Menschen dementiellen Erkrankung betreut werden
- Betreute Wohngruppen mit wohngemeinschaftsähnlicher Struktur
- Tagesstätten
- Ferienbetten
- Nachtbetten

9.4.5. Erkenntnisse in Bezug auf die Architektur und Gestaltung von Demenzabteilungen in Heimen

Auch wenn spezialisierte Wohnformen gewisse Vorzüge gegenüber gemischten Wohngruppen aufweisen (siehe weiter unten), so darf man dennoch nicht die eine gegen die andere Wohnform ausspielen. Beide Wohnformen haben ihre Vor- und Nachteile, jede kann für bestimmte Menschen mit Demenz die geeignete Form sein.

Untersuchungen aus Australien und den USA haben gezeigt, dass etwa 10 Prozent der Menschen mit Demenz so schwerwiegende neuro-psychiatrische Begleitsymptome aufweisen, dass sie in einer spezialisierten Institution betreut werden müssen. Die übrigen Menschen mit Demenz können entweder zu Hause durch geschulte und unterstützte Angehörige oder durch geschulte und unterstützte Pflegeteams einer nicht-spezialisierten Institution gepflegt werden.

Wichtig für Menschen mit schwerer Demenz und ausgeprägtem Bewegungsdrang ist ein möglichst barrierefreies Umfeld mit Zugang zu geschützten Gartenanlagen. Die Innengestaltung soll

an bekannte Wohnformen anknüpfen. Die Beleuchtung soll heller sein als es die Gesunden gewohnt sind, es werden 500 Lux empfohlen.

In öffentlichen Räumen, halböffentlichen und privaten Räumen: Gemeinsamer Wohn- und Essraum, helle gemütlich eingerichtete Gänge die zum Gehen und Sitzen animieren, das eigene Schlafzimmer mit individuellen persönlichen Gegenständen.

- Lichtkonzepte: Gute Beleuchtung die indirekt ist und keinen Schatten wirft!
- Warme Farben
- Fussböden ohne Hindernisse und Farbveränderungen.
- Handläufe
- Gartenanlagen die wenig Sturzgefährdung aufweisen

10. Palliative Care¹⁹

10.1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten verschob sich in der Schweiz die Zahl der Todesfälle zunehmend von zu Hause in die Spitäler und Heime, wie Statistiken für alle Altersgruppen aufzeigen. 1969 starben 38% der Menschen daheim, 2001 waren es noch 23%. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der Männer und Frauen, die am Ende ihres Lebens in einem Alters- oder Pflegeheim zu Hause waren, von 6 auf 34% zu. 1969 registrierten die Spitäler 56% der Todesfälle, 12 Jahre später 37%. Diese Entwicklung dürfte sich mit der flächendeckenden Einführung des Abrechnungssystems über einheitliche diagnoseabhängige Fallpauschalen (DRG) ab 2012 weiter verstärken.

Werden die Todesfälle älterer Menschen gesondert betrachtet, zeigt sich die Entwicklung noch ausgeprägter. Gemäss aktuellen Meldungen des Bundesamtes für Statistik starben im Jahr 2007 lediglich 15% der über 75-Jährigen und lediglich 5% der über 90-Jährigen zu Hause. Entsprechend sind es 51% der 75-Jährigen und 75% der über 90-Jährigen, die ihre letzte Lebensphase im Heim verbringen und in der Regel auch hier sterben. Im Spital waren es 20% der über 90-Jährigen.

Verschiedene Gründe führen zu dieser Situation. Zivilisatorische Errungenschaften und medizinische Möglichkeiten verlängern die durchschnittliche Lebensdauer. Immer mehr Menschen sterben nicht mehr überraschend in verschiedenen Lebensphasen, sondern im hohen Alter, wie auch die Nationale Strategie Palliative Care festhält. Oft sind hochaltrige Menschen am Lebensende in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt und leiden an gesundheitlichen Schwächen und Störungen (Multimorbidität). Dies macht sie fragil und über längere Zeit zunehmend pflegebedürftig.

Diese intensive Pflege und Betreuung überschreitet oftmals die Möglichkeiten der ambulanten Dienste (Spitex). Zudem führen vor allem gesellschaftliche Entwicklungen und demografische Veränderungen wie die berufliche Tätigkeit von Frau und Mann, Klein- und Patchworkfamilien, Singlehaushalte, aber auch die höhere berufliche Mobilität dazu, dass das familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungsnetzwerk oftmals nicht mehr vorhanden ist. Die Situation verschärft sich, wenn der ältere Mensch allein lebt. So können viele ältere Menschen in ihrer letzten Lebensphase nicht mehr zu Hause gepflegt werden. Sie benötigen eine kontinuierliche, qualitativ hochstehende Pflege und ein soziales Milieu, wie sie die Alters- und Pflegeheime gewährleisten.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnet sich bei den Menschen mit Behinderung ab. Auch sie erreichen dank guter Lebensverhältnisse und medizinischem Fortschritt in der Regel ein hohes Lebensalter, und auch sie sind vor schweren chronischen und unheilbaren Krankheiten am Lebensende nicht gefeit. Immer mehr Behinderteninstitutionen haben darum in ihr Betreuungsteam Pflegefachkräfte integriert und/oder spezifische Pflegeabteilungen eingerichtet. Sie sorgen dafür, dass Menschen mit Behinderung in ihrer angestammten Umgebung bleiben können, auch wenn sie pflegebedürftig werden.

Trotz stetem Ausbau und einer allgemeinen Favorisierung der ambulanten Versorgung sind viele ältere und behinderte Menschen also auf die stationäre Langzeitversorgung angewiesen. Die demografische Entwicklung wird den Bedarf weiter erhöhen. Das Bundesamt für Statistik geht davon aus, dass die Zahl der Todesfälle pro Jahr von gegenwärtig 60 000 bis im Jahr 2050 auf 90 000 ansteigen wird.

¹⁹ Auszüge aus der Publikation «Palliative Care in der stationären Langzeitpflege» (2011) von CURAVIVA Schweiz.

10.2. Rahmen der nationalen Palliative Care Strategie

Die Entwicklung von Palliative Care wurde bis jetzt vor allem durch die «Schweizerische Fachgesellschaft Palliative Medizin, Pflege und Begleitung» getragen (www.palliative.ch). Sie hat sich folgende Ziele gesetzt: Verbreitung der Palliative Care in der Schweiz zu fördern, den Zugang betroffener Menschen und ihrer Angehörigen zu Palliative Care zu verbessern und die Qualität von palliativer Medizin, Pflege und Begleitung professionell zu fördern und zu sichern. Weltweit bestehen intensive Beziehungen zu ausgewählten Fachzentren – vor allem in Kanada und in Australien und zur «Europäischen Vereinigung Palliative Care»: European Association for Palliative Care, EAPC (www.eapcnet.eu).

Mit der Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012, die am 22. Oktober 2009 von «Dialog Nationale Gesundheitspolitik», einer ständigen Plattform von Bund und Kantonen in Kraft gesetzt wurde, wird Palliative Care in der Schweiz auch politisch getragen und gefördert.

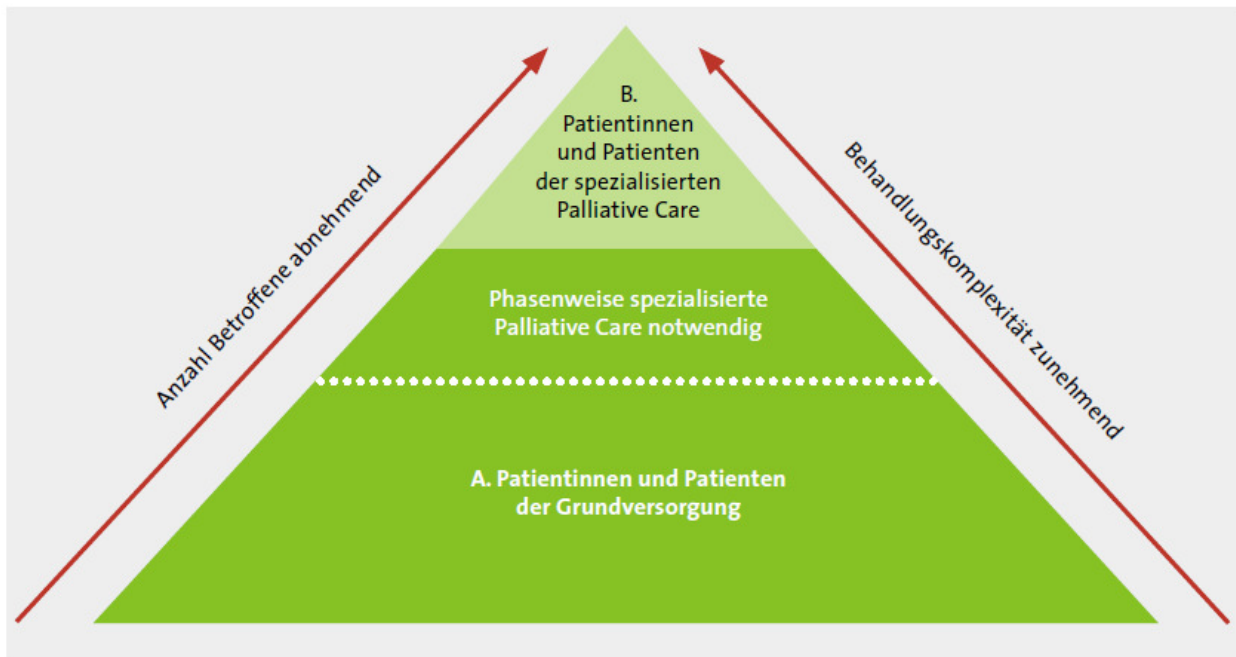
In der Nationalen Strategie Palliative Care sind in Form einer generellen Zielsetzung und in sechs Teilprojekten konkrete Ziele für den Aufbau einer flächendeckenden Palliativ-Care-Versorgung in den Bereichen «Versorgung», «Finanzierung», «Sensibilisierung», «Bildung», «Forschung» und «Übergreifend» für die ganze Schweiz festgelegt. Seit 2010 ist der Umsetzungsprozess dieser Strategie in Gange.

Der Halbzeitbericht der Gesamtprojektleiterin vom Juni 2011 gibt einen Einblick in den aktuellen Stand der Umsetzung (www.bag.admin.ch/palliativecare): Als wichtige Grundlage wurden die «Nationalen Leitlinien Palliative Care» geschaffen. Darin wird einheitlich definiert, wann Palliative Care beginnt, was sie alles beinhaltet und wer sie erbringt:

- Im Teilprojekt «Versorgung» wurden als Entscheidungshilfe Indikationskriterien zur Frage definiert, wann der Beizug von spezialisierten Fachpersonen bzw. die Zuweisung in eine spezialisierte Palliative-Care-Institutionen angezeigt ist. Zudem können sich die Einrichtungen mit einem spezialisierten Angebot an Palliative Care zertifizieren lassen, um ein Qualitätslabel zu erlangen. Ab Herbst dieses Jahres haben auch die Langzeitpflege-Einrichtungen diese Möglichkeit.
- Im Teilprojekt «Finanzierung» wird eine Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung vorbereitet. Gleichzeitig wird in einem wissenschaftlich begleiteten Projekt die erforderliche Leistungs- und Kostenerhebung für die Tarifierung von Leistungen in der spezialisierten Palliative Care bearbeitet.
- Im Teilprojekt «Sensibilisierung» wurde die Nationale Informationsplattform «Palliative Care» (www.palliative.ch) eingerichtet und die Informationsbroschüre «unheilbar krank – was jetzt» publiziert. Im Projekt «Bildung» wird ein Nationales Bildungskonzept erarbeitet. Zudem liegen Projekte für die Freiwilligenunterstützung und zur Inhouse-Weiterbildung für Mitarbeitende ohne Fachausbildung vor.
- Im Teilprojekt «Forschung» schliesslich wurde eine nationale Informations- und Koordinationsplattform für die Forschung aufgebaut. Zudem wurden im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Lebensende» erste Forschungsskizzen begutachtet.

Die palliative Versorgung in der Langzeitpflege, wie sie der nationale Dachverband CURAVIVA Schweiz wahrnehmen will, orientiert sich an den Nationalen Leitlinien Palliative Care. Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten, die in der Langzeitpflege betreut werden, gehören gemäss diesem Grundlagenpapier der Nationalen Strategie Palliative Care zur Patientengruppe A. Die für sie aufgewendeten Leistungen sind der Grundversorgung zuzurechnen. Quantitativ macht Gruppe A den grössten Teil der Menschen aus, die auf Palliative Care angewiesen sind. Die Komplexität ihrer Behandlung und Betreuung bleibt in der Regel stabil. Das bedeutet aber nicht, dass sie weniger pflege- und zeitintensiv ist.

Grafik 11: Pyramide der nationalen Palliative Care Strategie



Aus: Nationale Leitlinien Palliative Care, S.15, BAG, Bern 2010

Einzelne Patientinnen und Patienten der Gruppe A benötigen vorübergehend zusätzliche spezifische Leistungen der spezialisierten Palliative Care bei schubweisem Krankheitsverlauf, einer Verstärkung der Symptomatik sowie längeren Phasen der Instabilität.

Der Übergang zwischen den Patientengruppen A und B ist also fließend. Das bedeutet: Eine Patientin, ein Patient der Patientengruppe A kann zwar im Rahmen der Grundversorgung palliativ behandelt und betreut werden. Dazu benötigen die Pflegenden im Heim palliative Basiskompetenzen. In instabilen Phasen oder bei erhöhter Komplexität im Krankheitsverlauf ist punktuell der Beizug von spezialisierter Palliative Care notwendig. Infrage kommt entweder eine Überweisung des Patienten, der Patientin in eine spezialisierte Palliative-Care-Einheit oder der Beizug eines mobilen Palliative-Care-Teams zur Unterstützung des regulären Pflege- und Betreuungsteams. Für die Inanspruchnahme von spezialisierten Palliative-Care-Leistungen sind Indikationskriterien nötig. Diese werden im Rahmen der Teilprojekte zur Umsetzung der Nationalen Strategie erarbeitet.

Da bei älteren und behinderten Menschen im Heim eine Verlegung in eine andere Institution möglichst zu vermeiden ist, sind Heime in diesen Situationen vor allem auf punktuelle und/oder konsiliarische Unterstützung bei spezialisierter Palliative Care in der Pflegeinstitution selbst angewiesen. Gleichzeitig befähigt diese Unterstützung die Pflegenden, komplexere palliative Massnahmen selbstständig und auf Dauer zu übernehmen.

10.3. Palliative Care im Kontext der Langzeitpflege

Palliative Care, die ganzheitliche Betreuung und Begleitung der einzelnen Bewohnenden sowie ihrer Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen am Lebensende, gewinnt also in den Alters-, Pflege- und Behindertenheimen in zunehmendem Masse an Bedeutung. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass in den Heimen neben der palliativen Versorgung elementare Aufgaben in der geriatrischen und sozialpädagogischen Versorgung weiterhin sehr grossen Raum einnehmen. Dazu gehören beispielsweise Rehabilitation, Demenzbetreuung, Lebensweltgestaltung und Unterstützung in der Alltagsbewältigung.

Palliative Care kommt in der stationären Langzeitpflege immer dann zum Zuge, wenn bei chronisch fortschreitenden Krankheiten ausschliesslich Linderung Ziel der unterstützenden Massnahmen ist. Ganz speziell wird Palliative Care eingesetzt, wenn das Lebensende absehbar ist. Das Ausschöpfen der palliativen Möglichkeiten soll dabei in erster Linie gewährleisten, dass die Menschen im Heim behandelt und betreut werden können, sodass keine Verlegung in ein Spital notwendig wird.

Für die palliative Behandlung und Betreuung der Menschen im Heim stellen sich gegenwärtig einige zusätzliche, spezifische Herausforderungen:

10.3.1. Pluralität von Pflegesituationen

In den Langzeitinstitutionen leben heute Menschen mit ganz unterschiedlichen «Krankheitsbildern» und körperlichen, psychischen und geistigen Einschränkungen. Dazu gehören Betagte mit schweren und/oder chronischen fortschreitenden Krankheiten ohne Aussicht auf Heilung, jüngere schwerkranke Menschen mit Krebsleiden oder neurologischen Krankheiten, demenzkranke Menschen, Menschen mit psychischen Störungen und/oder psychiatrischen Krankheitsbildern, Menschen mit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung. Sie alle haben je einen spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf und benötigen eine auf ihre Situation zugeschnittene Palliative Care.

10.3.2. Hohe, individuelle Lebensqualität am Lebensende

Alle diese Menschen sollen durch eine qualitativ hochstehende palliative Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase in körperlicher, psychosozialer, kultureller und spiritueller Hinsicht eine hohe Lebensqualität erfahren dürfen. Dazu gehören vor allem das Ernstnehmen der psychischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse und die Gestaltung eines Umfeldes, das den Menschen am Lebensende individuell entspricht. Menschen sollen auch im Kontext der Langzeitpflege Rahmenbedingungen erleben, die ein Sterben in Würde ermöglichen.

Wichtig ist zudem der Einbezug der Angehörigen und vertrauten Bezugspersonen, die für die im Heim lebende Person von Bedeutung sind. Sie sollen uneingeschränkt begleitend da sein können, besonders auch in der Sterbephase. Auch sie benötigen gleichzeitig selbst frühzeitige Aufmerksamkeit, Beratung und Begleitung, sofern sie diese wünschen.

10.3.3. Kurze Aufenthaltsdauer

Je länger, desto mehr treten ältere Menschen erst bei einer sehr hohen Pflegebedürftigkeit oder nach einem Spitalaufenthalt in eine Altersinstitution ein. Ihre Lebensdauer im Heim ist dann sehr kurz; sie dauert oft nur einige Wochen bis Monate. Die Pflegenden müssen dann rasch und mit erhöhtem Aufwand die aktuelle Lebenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren individuellen Gepflogenheiten und Bedürfnissen kennen lernen. Durch die kurze Aufenthaltsdauer erhöht sich zudem die Zahl der Todesfälle pro Jahr. Das bedeutet, dass die Pflegenden innerhalb kurzer Zeit mit vielen Sterbesituationen konfrontiert sind. Auch wenn in der Begleitung sterbender Menschen ein professioneller Umgang vorausgesetzt werden kann, ist die Begleitung von Menschen in der terminalen Phase doch mit einer erhöhten Belastung verbunden. Die Institutionen und ihre Leitungspersonen haben also darauf zu achten, dass die Pflegepersonen nicht überfordert werden und/oder psychisch ausbrennen.

10.4. Palliative Leistungen in der stationären Langzeitpflege

Im Folgenden werden die palliativen Grundleistungen der stationären Langzeitpflege im Einzelnen näher beschrieben. Sie orientieren sich an der Definition von Palliative Care, wie sie in der ersten Nationalen Leitlinie zu finden ist:

«Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird und kein primäres Ziel mehr darstellt. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.»

Diese Zielsetzung von Palliative Care deckt sich über weite Strecken mit den generellen Zielsetzungen der Langzeitpflege. Die Abgrenzung ist deshalb nicht einfach. Palliative Care in der Langzeitpflege nimmt die nachfolgend genannten Anliegen bewusster und expliziter auf. Sie wendet neues Fachwissen, zum Beispiel zur Linderung von Krankheitssymptomen, gezielter an. Andere Forderungen wie Multiprofessionalität, Einbezug der Angehörigen und Gestaltung der Entscheidungsfindungssituationen erhalten erhöhte Dringlichkeit und Selbstverständlichkeit. In der Begleitung in der Auseinandersetzung mit Tod und Endlichkeit und der Gestaltung einer strukturierten Abschiedskultur werden neue Schwerpunkte gesetzt.

Alle diese Intensivierungen, die Bewältigung von Krisensituationen und die Begleitung in der terminalen Phase erfordern neben teilweise neuem fachlichem Know-how in erster Linie mehr Zeit.

Der Ansatz von Palliative Care nach der allgemeinen Definition erfährt in seiner Anwendung in der stationären Langzeitpflege folgende Konkretisierungen:

10.4.1. Symptombehandlung

Die Gesundheitssituation älterer und behinderter Menschen am Lebensende ist oft instabil und unberechenbar (Multimorbidität). Immer wieder können Krisensituationen auftreten, die erhöhte Pflege- und Betreuungsleistungen verlangen. Abklärungen und Neueinschätzungen der Situation sind oftmals in kurzen Abständen nötig. Der Pflegebedarf in der Grundpflege (Probleme mit

den Ausscheidungen, Kraftlosigkeit, Infektionen, Spasmen) und zur Linderung von chronischen Schmerzen und andern schweren Symptomen wie Kachexie, Dyspnoe, Hyperästhesie, Fatigue usw. ist besonders in der terminalen Phase erhöht.

10.4.2. Auseinandersetzung mit Tod und Endlichkeit

Am Lebensende setzen sich Menschen oftmals intensiver mit ihrer Endlichkeit auseinander. Sie ziehen Bilanz über gelungene wie auch weniger gelungene Momente im Leben. Dabei können (nochmals) ungelöste Lebensprobleme, die Erinnerung an Schicksalsschläge und erlittenes Leid belastende spirituelle Fragen nach Gerechtigkeit und Sinn auslösen. Ein Gegenüber lässt die Sterbenden erleben, dass sie wahrgenommen werden und angenommen sind. Pflegende sind oftmals die ersten und wichtigsten Gesprächspartnerinnen und -partner. Liegt ein intensives, psychisches, soziales und/oder spirituelles Leiden vor, ziehen sie Fachpersonen bei (Seelsorge, Psychologie).

Ein Sterben in Würde im Heim setzt zudem längere Gespräche zu den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase und beim Sterben voraus. Die individuellen Vorstellungen von einem «guten Sterben» müssen erfasst werden, damit sie zum entsprechenden Zeitpunkt umgesetzt werden können.

10.4.3. Erschwerte Kommunikation bewältigen

Basis einer professionellen Palliative Care ist eine offene, adäquate und einfühlsame Kommunikation. Dazu gehört eine verständliche, redundante und auf die reduzierten Kräfte der kranken Person Rücksicht nehmende Information. Bei älteren Menschen kommen zusätzlich oftmals Hör- und Spracheinschränkungen dazu, bei psychisch und geistig behinderten Menschen andere schwerwiegende Einschränkungen. Auf diese Einschränkungen ist Rücksicht zu nehmen, wenn die Gesundheitssituation und die entsprechenden möglichen Massnahmen besprochen werden. Diese aufmerksame Kommunikation ist elementar, wenn für die Menschen in der letzten Lebensphase eine bestmögliche Lebensqualität erreicht werden soll.

Ein wesentlicher Grundsatz von Palliative Care besteht in der multiprofessionellen Zusammenarbeit und der Weiterbildung. In der stationären Langzeitpflege ist in erster Linie eine kontinuierliche, enge Zusammenarbeit zwischen der Pflege und der medizinischen Versorgung zentral. In zweiter Linie ist der punktuelle Zuzug von und die Absprache mit der Seelsorge, einer Fachperson für die soziale Betreuung und therapeutischen Fachpersonen angezeigt. Für eine palliative Kultur ist aber auch der Einbezug des gesamten übrigen Personals in eine Gesamtverantwortung wichtig. Mitarbeitende der Küche, des Hausdienstes und der Administration sind oft bedeutsame Kontaktpersonen für die pflegebedürftigen Menschen.

Die in der Regel sehr grosse Anzahl von Haus- und Belegärzten in ein und derselben Institution stellt eine nicht unbedeutende Herausforderung für die optimale Zusammenarbeit dar. Der organisatorische Aufwand für die Sicherstellung der Erreichbarkeit, für Einzelbesprechungen, für gemeinsame, multiprofessionelle Visiten ist oft sehr gross. Zudem haben die verschiedenen Ärztinnen und Ärzte oft ganz unterschiedliche Haltungen, Auffassungen und Verordnungsprinzipien, was den Aufbau einer kontinuierlichen und abgesicherten Pflegekultur im Heim zusätzlich erschwert.

10.4.4. Unterstützung in schwierigen Entscheidungsfindungssituationen

Entscheidungen zu lebenserhaltenden medizinischen Massnahmen folgen dem in Medizin und Pflege geltenden Grundsatz des «informed consent». Dazu sind in der Regel zwei Schritte nötig. Zuerst werden im multiprofessionellen Team mögliche Lösungen zur aktuellen Situation des Patienten gesucht. Diese medizinischen und pflegerischen Massnahmen werden dann mit der betroffenen Person besprochen. Falls diese Person nicht urteilsfähig ist, wird gemäss neuem Erwachsenenschutzrecht die stellvertretende Person in medizinischen Angelegenheiten beigezogen. Solche multiprofessionelle Runde-Tisch- oder Standortgespräche unter Einbezug der oder des Betroffenen, einer stellvertretenden Person und/oder der Angehörigen sind personal- und zeitintensiv. Zudem müssen die einzelnen Wünsche, Aussagen, Entscheidungen der Bewohnerinnen und Bewohner immer wieder neu erfragt werden, weil sie je nach Krankheitsverlauf kurzfristig ändern können.

Eine zusätzliche Herausforderung besteht, wenn die Person selbst ihren Willen nicht (mehr) kundtun kann, sodass zur Eruierung des mutmasslichen Willens die eventuell vorhandene Patientenverfügung zurate zu ziehen ist und/oder im Betreuungsumfeld früher gemachte Äusserungen zusammengetragen werden müssen.

10.4.5. Kontakt zu den Angehörigen

Die Beziehung zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen bekommt am Lebensende eine zugespitzte, zentrale Bedeutung. Angehörige möchten ihr Familienmitglied oft auch im Heim begleiten. Die Pflegenden erhalten dadurch die zusätzliche Aufgabe, die Angehörigen in den Pflege- und Betreuungsablauf einzubeziehen, sie bei einfachen Pflegehandlungen zu instruieren und sie zu unterstützen. In dieser letzten Lebensphase tauchen aber oft auch Beziehungsthemen, finanzielle Fragen, ungelöste Familienkonflikte, die Regelung von «letzten Dingen» auf. Aufgabe der Pflegenden ist es dann, ein offenes Ohr für psychosoziales Leiden zu haben und bei Bedarf ein Klärungsgespräch zu leiten und/oder eine geeignete Fachperson einzuschalten.

Die letzte Lebensphase eines Familienmitglieds bedeutet für die Angehörigen, die selbst oft hochbetagt sind, aber häufig ebenfalls einen schmerzhaften Prozess des Abschiednehmens. In diesem Prozess der Trauer bedürfen die Angehörigen selbst der Unterstützung und der Anteilnahme. Diese Aufgabe gehört qua Definition ebenfalls zum Grundverständnis von Palliative Care.

10.4.6. Einbezug von Freiwilligen

Zur Unterstützung sowohl der Pflegenden wie der Angehörigen – vor allem für Besuche und Sitzwachen – leisten oft Freiwillige einen wichtigen Beitrag zu einer kontinuierlichen Begleitung. Sie entlasten Pflegende vor allem in der Nacht, in der die pflegerische Präsenz in der Regel stark reduziert ist. Mit dem Einsatz von Freiwilligen sind aber zusätzliche Aufgaben und Leistungen verbunden, die von der Institution wahrzunehmen sind. Freiwillige müssen sorgfältig rekrutiert, vorbereitet und weitergebildet sowie in ihrem Einsatz begleitet werden.

10.4.7. Abschiedskultur

Zu einem Sterben in Würde gehört eine institutionseigene Abschiedskultur, die auf die individuellen Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner Rücksicht nimmt. Dazu gehören: ein würdiger Umgang mit den Verstorbenen (Einkleidung des Verstorbenen, Aufbahrung), vor allem aber

die Schaffung von geeigneten Formen des Abschieds (Information, Rituale, Abschiedsfeier) für Angehörige, Mitbewohnende und Mitarbeitende der Institution. Solche ritualisierten Formen, aber auch Fall- und/oder Evaluationsgespräche im Rückblick auf die Begleitung einer Person am Lebensende tragen zudem dazu bei, ein potenzielles «Ausbrennen» von Pflegenden zu verhindern.

10.4.8. Zusammenarbeit im Rahmen des palliativen Versorgungsnetzes

Eine optimale palliative Versorgung gelingt nur, wenn die verschiedenen Akteure der Versorgungsregion in einem steten Kontakt und in einem regelmässigen Austausch stehen. Die Institutionen der stationären Langzeitpflege sind auf die Zusammenarbeit mit der ambulanten Spitex, mit spezialisierten palliativen Versorgungseinheiten, mit Fachpersonen verschiedener Disziplinen angewiesen. Die Pflege dieses formellen und informellen Versorgungsnetzes bietet eine wichtige Basis für die konkreten Entscheide und Massnahmen, die zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner und der vertrauten Bezugspersonen getroffen werden.

10.5. Finanzielle Abgeltungen

Alle diese aufgeführten Leistungen von Palliative Care in den Langzeitinstitutionen sind entsprechend dem faktischen, zeitlichen Aufwand abzugelten. Die Abgeltung dieser Leistungen hat sich an den Prinzipien der in der Schweiz gültigen Aufteilung zur Finanzierung der Gesundheitskosten zu orientieren.

Als Orientierungspunkt in der Finanzierung von Palliative Care bietet sich die in den Nationalen Leitlinien dargestellte Unterscheidung der Patientengruppe A (Grundversorgung) und der Patientengruppe B (spezialisierte Versorgung) an. Entsprechend dieser Aufteilung ergeben sich folgende Finanzierungsprinzipien:

10.5.1. Grundversorgung

Die Grundversorgung von Palliative Care ist im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung zu gestalten. Zur Anwendung kommt die Grundaufteilung der anfallenden Kosten auf die drei Bereiche Pflege, Betreuung und Kost/Logis. Die Leistungen für den Pflegeaufwand sind entsprechend der politisch gefundenen Lösung auf die Versicherer, die Bewohnenden und die öffentliche Hand (Restfinanzierung) aufzuteilen.

Die Pflegeleistungen der Grundversorgung sind im Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) umschrieben. Verschiedene Leistungen einer umfassenden Palliative Care, wie sie die Nationalen Leitlinien Palliative Care einfordern und wie sie für die stationäre Versorgung in diesem Papier konkretisiert wurden, sind darin bis jetzt ungenügend abgebildet. Zudem werden in der höchsten Pflegestufe 12 höchstens 220 Minuten pro Tag finanziert. Zusätzliche Pflegeleistungen gehen zulasten der Restfinanzierung und werden von den Kantonen auf verschiedene Weise limitiert.

Das Parlament hat im Beschluss zum Inkrafttreten der neuen Pflegefinanzierung per 1. Januar 2011 festgelegt, dass zu einem späteren Zeitpunkt zu überprüfen sei, ob «die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind». Dies hält der Kommentar 1 zur Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflege-

versicherung (KLV) vom 10. Juni 2009 fest. Diese Lücke ist jetzt in der Phase der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care zu diskutieren, und es ist zu entscheiden, wer im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung die verschiedenen Palliative-Care-Leistungen der Grundversorgung finanziert.

10.5.2. Phasenweise spezialisierte Palliative Care

Bewohnende der stationären Langzeitpflege (Grundversorgung) benötigen – wie es auch die Nationalen Leitlinien aufzeigen – phasenweise spezialisierte Palliative Care. Anhand von festgelegten Indikatoren, die zurzeit im Teilprojekt «Versorgung» in Bearbeitung sind, haben Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachleute zu beurteilen, ob und in welcher Weise punktuelle Unterstützung durch Fachleute der spezialisierten Palliative Care notwendig ist. In der Regel dürfte diese Unterstützung in Form von Abklärung, Beratung und kurzfristigen Interventionen eines mobilen Palliative-Care-Teams geleistet werden. Das Ziel besteht darin, belastende Symptome wieder zu stabilisieren. Diese punktuellen Leistungen der spezialisierten Palliative Care können nicht über das Regelwerk der neuen Pflegefinanzierung gedeckt werden. Ihre Abgeltung ist in Analogie zur Finanzierung von spezialisierter Palliative Care sicherzustellen. Dabei sind besonders die Einsätze eines mobilen Palliative-Care-Teams und weiterer Fachdienste, die zu Hause oder im Heim geleistet werden, einander betreffend Finanzierung gleichzustellen.

10.6. Qualitätssicherung von Palliative Care

Nachdem bis jetzt ausschliesslich spezialisierte Leistungserbringer im Bereich Palliative Care über ein externes Audit ein Qualitäts-Label für Palliative Care erlangen konnten, gibt es diese Möglichkeit in der Schweiz nun auch für die Alters- und Pflegeheime.

Eine neue Version «C» der Qualitätskriterien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung zur stationären Behandlung in Institutionen der Langzeitpflege steht seit 2011 zur Verfügung. Sie wurde von Experten der Fachgesellschaft palliative.ch erarbeitet. Damit wird dem Ansatz von Palliative Care auch in der Grundversorgung die gewünschte Beachtung geschenkt.

Die insgesamt 56 Qualitätskriterien, die auch die Basis für die Durchführung von externen Audits sind, lassen sich in folgende Themenbereiche einordnen:

- Konzept
- Gesamtbeurteilung des Patienten
- Therapie und Begleitung
- Patientenrechte
- Ärztliche Behandlung
- Pflege
- Therapien, Seelsorge
- Interprofessionelle Zusammenarbeit, Arbeiten im Team
- Information und Einbezug der Angehörigen
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen

Für die Durchführung dieser Audits ist der Schweizerische Verein für Qualität in Palliative Care zuständig. Anhand der Vorgabe der Qualitätskriterien beauftragt er professionelle Auditororganisationen die Audits durchzuführen und dem Vorstand des Vereins Bericht zu erstatten. Dieser entscheidet dann über die Verleihung des Labels.

11. Ausblick

11.1. Das neue Erwachsenenschutzrecht

11.1.1. Einleitung

Das neue Erwachsenenschutzrecht tritt in der Schweiz am 1. Januar 2013 in Kraft und löst das inzwischen 100 Jahre alte Vormundschaftsrecht ab. Grundlage des Erwachsenenschutzrechts ist ein Menschenbild, das jedem Menschen, unabhängig von seiner Urteils- und Leistungsfähigkeit, eine unverlierbare Würde zusteht. Diese Würde begründet einen unbedingten Anspruch auf Achtung und Schutz, der in der Bundesverfassung in Artikel 7 festgehalten ist. Das neue Erwachsenenschutzrecht bildet die rechtliche Grundlage zur Wahrung der Interessen von Personen, die wegen ihrer Urteilsunfähigkeit in besonderem Masse darauf angewiesen sind, dass man sie entsprechend ihrer unverlierbaren Menschenwürde behandelt. Konkret schützt das neue Erwachsenenschutzrecht den Autonomieanspruch bei eingeschränkten Autonomiefähigkeiten durch den Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung beziehungsweise durch das Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen durch Angehörige.

11.1.2. Was ändert sich mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht?

Eine grundsätzliche Veränderung ist die Professionalisierung des Erwachsenenschutzes. Hierfür gibt es eine neue Fachbehörde und die zentralen Verfahrensgrundlagen sind in Zukunft bundesrechtlich geregelt. Mit der Regelung einer allgemeinen Vertretung einer urteilsunfähigen Person durch den Ehegatten bzw. die Ehegattin sowie speziell bei medizinischen Massnahmen durch Angehörige, wird mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht zudem die Stärkung der Solidarität in der Familie gefördert. Das neue Erwachsenenschutzrecht fordert, dass auch vertretungsberechtigte Personen bei medizinischen Massnahmen differenziert aufgeklärt werden müssen, damit sie in die Lage versetzt werden, in stellvertretender Funktion Behandlungen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Deshalb müssen Gründe, Art, Zweck, Risiken, Modalitäten, Kosten, Nebenwirkungen, Folgen bei Unterlassung und Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung den vertretungsberechtigten Personen erläutert werden.

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht wird auch die freie Arztwahl gesetzlich statuiert. Zudem gibt es aufgrund der Beschränkung ärztlicher Einweisungskompetenz eine Verbesserung des Rechtsschutzes bei der fürsorgerischen Unterbringung. Zudem sind mit dem neuen Erwachsenenschutzgesetz die Bedingungen und das Vorgehen bei freiheitsbeschränkenden Massnahmen gesetzlich statuiert. Wenn sich niemand um eine urteilsunfähige Person kümmert, wird automatisch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB benachrichtigt.

Nicht zuletzt findet mit dem Inkrafttreten des neuen Erwachsenenschutzrechts auch eine Beseitigung von Stigmatisierung statt, da dieses neue Terminologien beinhalten wird.²⁰

Im neuen Erwachsenenschutzrecht spielen die Patientenverfügung eine zentrale Rolle, da diese im neuen Recht gesetzlich verankert ist. Zuvor ergaben sich die Grundsätze dazu aus dem allgemeinen Persönlichkeitsschutz. Bereits nach der heutigen Rechtslage ist zwar solchen Verfügungen nachzugehen, doch ist mit der gesetzlichen Statuierung samt Formvorschrift klargestellt, inwiefern diese rechtsgültig sind.

²⁰ Alt – Neu: Vormundschaft – Beistandschaft / fürsorgerische Freiheitsentziehung – fürsorgerische Unterbringung / Geistesranke – psychisch Kranke / Geistesschwache – geistig Behinderte / suchtkranke Abhängige – Suchtkranke / das Wort «Mündel» wird ebenfalls abgeschafft.

11.1.3. Was bedeutet das neue Erwachsenenschutzrecht für die Heimlandschaft?

Mit dem neuen Recht sind der schriftliche Betreuungsvertrag und der medizinische Behandlungsplan gesetzlich vorgeschrieben. Entscheidungsberechtigte Angehörige müssen bei medizinischen Massnahmen involviert werden – auch wenn keine Patientenverfügung oder ein Vorsorgeauftrag besteht. Bewegungseinschränkende Massnahmen, so zum Beispiel aufgrund starker Demenz und entsprechendem Verhalten, werden im Rahmen des neuen Erwachsenenschutzrechts nur noch als «ultima ratio» angewendet. Bei einer bewegungseinschränkenden Massnahme hat die Institution der betroffenen urteilsunfähigen Person zu erklären, was geschieht, warum die Massnahme angeordnet wird, wie lange diese dauern und wer sich während dieser Zeit um sie kümmern wird. Erst durch ein Protokoll dieses Gesprächs, das den Namen der betroffenen Person, den Zweck, die Art und die Dauer der Massnahmen wiedergibt, erlangt die Massnahme Rechtsgültigkeit. Zudem ist die zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigte Person zu informieren. Diese kann das Protokoll, welches über jede Massnahme geführt wird, einsehen. Für freiheitsbeschränkende Massnahmen müssen somit klar definierte Arbeitsabläufe eingehalten und gemäss Gesetz dokumentiert werden. Die Entscheidungskompetenz bezüglich freiheitsbeschränkender Massnahmen liegt bei der Institution, kann aber durch die urteilsunfähige oder durch die zur Vertretung berechtigte Person mittels einer Beschwerde bei der Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) angefochten werden. Die KESB kann Anordnungen der Institution überprüfen.

Ab dem 1. Januar 2013 müssen Institutionen einen Vorsorgeauftrag durch die KESB ausstellen lassen. Auch bei Interessenkonflikten, so zum Beispiel unter Vertretungsberechtigten oder bei Patientenverfügungen, oder zur Errichtung einer Beistandschaft bei Fehlen von Angehörigen, muss die KESB benachrichtigt werden. Zudem wird es bei absehbarer Eigengefährdung oder Delinquenz eine Zusammenarbeitspflicht der betroffenen Stellen mit der KESB und der Polizei und im Rahmen der entsprechenden Meldung und Zusammenarbeit eine Entbindung des Berufsgeheimnisses geben.

Fazit: Das neue Erwachsenenschutzrecht wird für die Bewohnenden in Institutionen, für deren Angehörigen wie auch für die Institutionen diverse Vorteile und grössere Sicherheit mit sich bringen.

11.2. Diagnosis Related Groups (DRG) im Heimbereich²¹

11.2.1. Einleitung

Am 1. Januar 2012 wird in der Schweiz eine neue Spitalfinanzierung eingeführt. Mit dem neuen schweizweit einheitlichen Tarifsysteem SwissDRG mit Fallpauschalen werden die bisher geltenden unterschiedlichen Systeme, die oft Tagespauschalen vorsehen, abgelöst. Man verspricht sich mehr Transparenz und Vergleichbarkeit sowie mehr Wettbewerb. DRG sollen zu mehr Effizienz verhelfen. Die Einführung des neuen Finanzierungssystems wird Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. In Pflegeheimkreisen wird befürchtet, dass die Pflegeheime von den möglichen Auswirkungen negativ betroffen sein werden. Insbesondere wird argumentiert, dass Bewohnerinnen und Bewohner aus den Akutspitalern viel zu früh entlassen würden. Dies könne einerseits bedeuten, dass die Pflegeheime aus fachlichen und personellen Gründen nicht

²¹ Auszüge aus dem von CURAVIVA Schweiz in Auftrag gegebenen Bericht: «Auswirkungen der Einführung von DRG auf die Pflegeheime». Auto: Richard Widmer. Juni 2011.

genügend vorbereitet seien. Andererseits sei die Finanzierung dieser Mehraufwendungen nicht gewährleistet.

Beim SwissDRG-Fallpauschalen-System werden die stationär behandelten Patienten von Akutspitälern in medizinische und ökonomisch homogene Fallgruppen eingeteilt. Die Einteilung erfolgt anhand von bestimmten Kriterien:

- Hauptdiagnose nach ICD-10 (internationale Klassifizierung der Krankheiten),
- Nebendiagnosen nach ICD-10,
- Prozeduren, sogenannte CHOPs (Klassifizierung von Operationen und Behandlungen),
- weitere Faktoren (Alter, Geschlecht, Schweregrad, etc.).

Die so entstehenden Fallgruppen werden Diagnosis Related Groups (DRG, diagnosebezogene Fallgruppen) genannt.

Für die einzelnen DRG (Fallgruppen) werden auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die obere und die untere Grenzverweildauer berechnet. Fälle, die zwischen der unteren und der oberen Grenze liegen, gelten als Normalfälle und werden mit dem festgelegten Kostengewicht abgegolten. Für Fälle, für die weniger als die untere Grenzverweildauer benötigt wird, gibt es einen Abzug (= ein niedrigeres Kostengewicht); Fälle, die länger als die obere Grenzverweildauer dauern, erhalten entsprechend einen etwas höheren Ertrag (= ein höheres Kostengewicht). Die implizierten Aufenthaltsdauern geben einen Rahmen vor; der konkrete Entscheid für den Austritt liegt aber wie bisher in der Kompetenz und der Verantwortung des behandelnden Arztes.

Die meisten Studien, welche die Veränderung der Aufenthaltsdauer messen, zeigen einen signifikanten Rückgang. Allerdings ist zu beachten, dass die Aufenthaltsdauer praktisch in allen Ländern (mit oder ohne DRG) in den vergangenen Jahren infolge der technischen und pharmakologischen Entwicklung kontinuierlich abgenommen hat. So betrug die mittlere Aufenthaltsdauer in Schweizer Akutspitälern im Jahr 2000 9,5 Tage, 2008 nur noch 7,7 Tage. Die Studien lassen den Schluss zu, dass die Einführung von DRG diese Entwicklung zusätzlich beschleunigen wird.

11.2.2. Mögliche Auswirkungen auf die Pflegeheime

Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Pflegeheime sind nur dort zu erwarten, wo Pflegeheimbewohner direkt aus einer «DRG-Umgebung», d.h. in der Regel aus Akutstationen von Akutspitälern, kommen. PflegeheimEintritte veranlasst von Hausärzten, von Rehabilitationskliniken, Psychiatrischen Kliniken oder Übergangspflegeeinrichtungen sind davon nicht betroffen. 2009 betrug der Anteil der PflegeheimEintritte aus Krankenhäusern 40,3%. Für eine weitere Differenzierung (Anteil der Akutspitäler allein) gibt es keine Daten. Hinzu kommt, dass in der Regel Patienten mit Zusatzversicherungen nicht unter DRG-Bedingungen abgerechnet werden. Der Anteil der PflegeheimEintritte aus einer DRG-Umgebung dürfte daher bei etwa 25 bis 30% liegen. Für die Bestimmung des quantitativen Effekts auf den Pflegeheimalltag ist jedoch nicht die Anzahl der möglichen problematischen Eintritte massgebend, sondern die Anzahl der möglichen problematischen Pflegetage. Bei einer mittleren Aufenthaltsdauer in den Pflegeheimen von rund zwei Jahren gibt es im Durchschnitt pro Pflegeheimplatz einen Eintritt in zwei Jahren. Wenn nun angenommen wird, dass infolge des zu frühen Eintritts die ersten 10 Tage als problematisch gelten, ist der Anteil der durch DRG ausgelösten möglichen Problemtage gemessen am Total der Pflegetage sehr klein (unter 0,5%).

Von dieser quantitativen Betrachtung her wird die Einführung der DRG – für sich allein genommen – keine grossen Auswirkungen auf die Pflegeheime haben. Hier gilt jedoch die Einschränk-

kung, dass es Pflegeheime bzw. Spezialabteilungen grösserer Pflegezentren gibt, die stärker betroffen sein werden, weil diese Einrichtungen die Pflegebedürftigen zu einem überwiegenden Teil direkt von Akutspitälern aufnehmen und viel grössere Eintritts- und Austrittsfrequenzen aufweisen.

Ein mögliches anderes Problem, das mittelbar auf viele Pflegeheime wirken könnte, liegt in der Komplexität und der Heterogenität der geriatrischen Patienten. Es besteht einerseits die Gefahr, dass die geriatrischen DRG nicht in allen Akutspitälern zur Anwendung kommen, da in vielen Akutspitälern, die geriatrische Patienten aufnehmen, die notwendigen geriatrischen Strukturen und Konzepte sowie das notwendige Fachpersonal mit Spezialkenntnissen heute noch fehlen. So ist insbesondere nicht auszuschliessen, dass die Abklärung im Akutspital ungenügend ist (bzw. sich auf das akutmedizinische Problem beschränkt) und dadurch nicht das ganze an sich vorhandene Rehabilitationspotenzial der betagten Patienten erfasst wird. Andererseits ist auch noch offen, ob mit den bestehenden geriatrischen DRG die medizinische Wirklichkeit tatsächlich genügend abgedeckt wird.

11.2.3. Generelle Trends

Die Auseinandersetzung mit dem Thema zeigte jedoch, dass generelle Trends die Langzeitbehandlung beeinflussen, die unabhängig von der Einführung der DRG bereits seit einigen Jahren zu beobachten sind. Diese Trends werden mit der Einführung von DRG wohl noch verstärkt. Sie stehen im Zusammenhang mit der generellen Kostendiskussion und der Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen. Der hier interessierende Trend lässt sich auf die Feststellung reduzieren, dass Teile der Leistungserbringung generell vom akutstationären Bereich weg verlagert werden. Er zeigt sich statistisch an der kontinuierlich abnehmenden Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern. Spitalplaner gehen davon aus, dass dieser Trend sich in den nächsten Jahren noch fortsetzen wird (Abnahme der Aufenthaltsdauer von derzeit 7,7 Tage auf rund 6 Tage).

Die konkreten Auswirkungen dieser Entwicklung können sein:

- Die in die Pflegeheime überwiesenen Bewohnerinnen und Bewohner sind ungenügend abgeklärt.
- Es gibt weniger Zeit für die Austrittsplanung (Gespräche mit den Angehörigen, dem übernehmenden Pflegeheim, der Spitex).
- Die postakute Arbeit wird in die Pflegeheime verlagert.
- Die Rehabilitation verlagert sich in die Pflegeheime.
- Medizintechnische Einrichtungen kommen in die Pflegeheime (z.B. Vakuumverbände, Trachealkanülen oder Langzeitbeatmete).
- Palliative Care (mit zeitaufwendigen interdisziplinären Gesprächen) wird in die Pflegeheime verlagert.
- Einrichtungen für terminale Pflege wird vermehrt in die Pflegeheime verlagert.

Ein weiterer Trend besteht in der starken (prognostizierten) Zunahme der chronischen Krankheitsbilder. Dieser steht – verkürzt dargestellt – im Zusammenhang mit der erfolgreichen Akutbehandlung verschiedenster Krankheiten, die ein an sich gutes langes Weiterleben ermöglichen, das aber oft mit chronischen Beeinträchtigungen verbunden ist. Ältere und hochbetagte Menschen leiden dann oft an mehreren Krankheiten und die Auswirkungen in Bezug auf die Unterstützung und Pflege sind gross. Dies gilt auch für die zunehmende Zahl der an Demenz erkrankten Menschen. Auch diese Entwicklung stellt für die Pflegeheime eine Herausforderung dar: Generell nehmen die Anzahl und die Komplexität der Pflege- und Betreuungsfälle zu.

11.2.4. Chancen und Risiken für die Pflegeheime

Für die Pflegeheime können folgende Chancen und Risiken, die sich aus diesen sich abzeichnenden Trends ergeben, genannt werden:

A) Chance 1: Bewohnende kommen früher ins Pflegeheim

Bei den heutigen Tagespauschalen besteht für die Spitäler der finanzielle Anreiz, den Austritt länger als notwendig hinauszuzögern. Sie erhalten pro zusätzlichen Pflege-tag einen zusätzlichen Durchschnittstagesertrag bei deutlich unterdurchschnittlichen zusätzlichen Kosten. Es ist unbestritten und logisch, dass mit der flächendeckenden Einführung von SwissDRG dieses Phänomen wegfallen wird. Dies ist selbstverständlich zu begrüssen und liegt auch im Interesse der Pflegeheime. Nicht selten «fordern» Pflegeheime «ihre» Bewohner (vor allem bei Wiedereintritt nach einem akuten Spitalaufenthalt) von den Spitälern so schnell wie möglich zurück, da sie ihre Plätze – nicht zuletzt aus Ertragsgründen – belegt haben wollen. Auch die Bewohner sind an einer schnellen Rückkehr ins Pflegeheim – ihr Zuhause – interessiert.

B) Chance 2: Pflegeheime werden für die Akutspitäler wichtiger

Die Akutspitäler werden noch mehr als heute an einer guten Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen interessiert sein. Akutspitäler haben alles Interesse daran, dass ihre betagten pflegebedürftigen Patienten schnell und gut weitergegeben werden können. «Schnell» soll der Austritt sein, damit das belegte Spitalbett wieder für einen neuen Fall bereitsteht. «Gut» soll der Austritt sein, damit es wenn immer möglich zu keiner Rückverlegung kommt, da Rückverlegungen in der Regel für die Spitäler zusammengerechnet und wie ein einzelner Fall berechnet werden (d.h., die Spitäler erhalten für die Behandlung des zurückverlegten Patienten keine zusätzliche Vergütung).

C) Chance 3: neuer Markt: Akut- und Übergangspflege bis zum «Spital light»

Für interessierte Pflegeheime gibt es neue Betätigungsfelder. Vom KVG vorgesehen – und teilweise ansatzmässig in einigen Kantonen umgesetzt – ist die *Akut- und Übergangspflege*. Diese ist als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geregelt. Sie erfolgt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, wird ärztlich im Spital verordnet und dauert maximal 14 Tage. Die Akut- und Übergangspflege ist für Patienten gedacht, die akutsomatisch abgeklärt, therapiert und an sich stabil sind, aber aus verschiedenen Gründen noch nicht nach Hause gehen können. Es ist denkbar, dass (grössere) Pflegeheime eine Spezialabteilung für solche Patienten errichten.

Es ist auch absehbar, dass vermehrt komplexere *Palliative-Care* -Patienten und *terminale* Patienten von den Akutspitälern weg verlegt werden. Auch hier könnte sich für interessierte Pflegeheime ein zusätzliches Betätigungsfeld ergeben.

In diesem Zusammenhang kann erwähnt werden, dass sich derzeit bereits verschiedene Pflegezentren hin zum «Spital light» entwickeln mit einem relativ breiten Angebot an ärztlichen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen. Solche Zentren verfügen über Spezialabteilungen, mit – verglichen mit dem normalen Pflegeheim – deutlich mehr Ein- und Austritten pro Bett. Ein grosser Teil der Patienten/Bewohner verlässt diese Abteilungen wieder (nach Hause oder in das «normale» Pflegeheim).

D) Chance 4: generelle Attraktivitätssteigerung für die Pflegeheime

Aufgrund der generellen Leistungsverchiebung weg von den Akutspitälern in den Langzeitbereich werden die Pflegeheime ein (noch) wichtigeres Glied in der Versorgungskette. Die Pflegeheime werden zu wichtigen Partnern nicht nur für die Akutspitäler, sondern auch für die kantonalen Behörden (Gesundheitsversorgung), da Pflegeheime (und hier sind vor allem die grösseren Pflegezentren angesprochen) am ehesten willens und in der Lage sein werden, neue Leistungsbereiche aufzubauen. Dies kann zu einer generellen Aufwertung der Pflegeheime, zu einer stärkeren Macht bei Verhandlungen mit den Finanzierern (Kassen und Kanton/Gemeinden) und zu einer Steigerung der Attraktivität der Pflegeheime auf dem Arbeitsmarkt führen.

E) Risiko 1: Geriatrische Patienten werden in den Akutspitälern ungenügend abgeklärt

Es besteht die Befürchtung, dass geriatrische Patienten zwar akutmedizinisch gut versorgt werden, dass aber Krankheitsbilder unerkannt bleiben und dass das vorhandene Rehabilitationspotenzial nicht ausgeschöpft wird. Sie kommen unvollständig abgeklärt und in einem schlechteren Zustand in die Pflegeheime. Dies erschwert die Pflege und die Betreuung in den Pflegeheimen und beeinträchtigt die Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner.

F) Risiko 2: Bewohner kommen zu früh

Für neu aus dem Akutspital eintretende Patienten besteht das Risiko, dass – unter Zeitdruck – übereilte Einweisungen ins Pflegeheim erfolgen ohne genügende medizinische und vorherige sorgfältige soziale Abklärungen. Weiter oben wurde dargestellt, dass es Vorkehrungen im DRG-System gibt, die verhindern sollen, dass Patienten zu früh entlassen werden:

- Der Entscheid über den Austrittstermin liegt allein in der Kompetenz und der Verantwortung des behandelnden Arztes und nicht beim Management.
- Akutspitäler wollen möglichst keine Rückverlegungen innerhalb von 18 Tagen, weil diese in der Regel nicht zusätzlich finanziert werden.
- Es wird sich in unseren kleinräumigen Verhältnissen schnell herumsprechen, wenn Akutspitäler ihre Patienten zu früh entlassen. Diese Rufschädigung wollen Akutspitäler vermeiden.

Trotz dieser Vorkehrungen ist nicht auszuschliessen, dass einzelne Leistungserbringer aus einseitigen monetären Überlegungen die Patienten – aus Sicht der nachfolgenden Pflegeheime – zu früh weitergeben. Zudem ist die Unterscheidung von zeitlich richtiger und zu früher Entlassung unscharf.

G) Risiko 3: Die Finanzierung für Akut- und Übergangspflege sowie für die postakute Versorgung ist/bleibt ungenügend

Mit den heute gültigen Finanzierungsformen werden die von den Akutspitälern in den Langzeitbereich verschobenen Leistungen nicht genügend finanziert: *Akut- und Übergangspflege*. Es ist vonseiten der Leistungserbringer unbestritten, dass die Limitierung auf maximal 14 Tage für die geriatrischen Patienten ein Unsinn ist. Die (Slow-Stream-) Rehabilitation und generell die körperliche und die seelische Genesung nach der Akutphase dauern beim betagten Menschen naturgemäss einfach länger.

Ein weiteres Problem liegt bei den oft nicht finanzierten *Hotel- und Betreuungskosten* bei Fällen, wo eine Rückkehr nach Hause noch möglich ist. Diese Kosten können – da sie zum grossen

Teil doppelt anfallen (nämlich in der Institution und zu Hause) – in der Regel nicht vom Bewohner getragen werden. Bei der Übernahme von neuen länger dauernden Leistungen (ohne Therapieziel Rückkehr nach Hause, beispielsweise *Palliative Care*, *terminale Pflege*) können heute nicht alle Kosten durch die Pflegebedarfsinstrumente erfasst werden. Wenn die Finanzierung nicht angepasst wird, ist es absehbar, dass die Pflegeinstitutionen diese sinnvollen und gewünschten Leistungen nicht erbringen können.

H) Risiko 4: knappe personelle Ressourcen

Dass es mittel- und langfristig – aufgrund der demografischen Entwicklung – zu Problemen bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal kommen wird, ist hinlänglich bekannt. Die zunehmende Komplexität durch die Verlagerung vom Akutspital ins Pflegeheim verlangt zusätzlich eine höhere Dotation an qualifizierten medizinischen und pflegerischen Fachkräften. Damit werden sich die Rekrutierungsschwierigkeiten weiter vergrössern. Hinzu kommt, dass die oben beschriebene zunehmende Verlagerung der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Aktivitäten in den Langzeitbereich in den Ausbildungen noch nicht in genügendem Ausmass berücksichtigt wird. So ist den wenigsten Akteuren überhaupt bewusst, dass beispielsweise über 50% der Pflegearbeitsplätze in der Langzeitpflege (Heime und Spitex) angeboten werden. In den Ausbildungslehrgängen dominieren aber immer noch die akut-pflegerischen Themen. Auch bei den Ärzten in Praxis, Spitälern und Heimen stellen sich zunehmend komplexe geriatrische Problemsituationen, für die sie oft ungenügend ausgebildet sind.

11.3. Wohnformen und Wohnangebote

In der Schweiz gibt es eine Vielzahl an Wohnformen und entsprechenden Angeboten. Diese Wohnformen lassen sich grundsätzlich in private und kollektive Wohnformen kategorisieren und beinhalten folgende Möglichkeiten:

A) Private Wohnformen:

- Mietwohnung, Eigentumswohnung, Einfamilienhaus
- Alterswohnung nicht betreut

B) Kollektive Wohnformen:

- Seniorenresidenz (Miete mit Pauschalangeboten)
- Betreute Seniorenwohnungen/Alterswohnungen/Alterssiedlungen (Miete mit Pauschalangeboten)
- Alterswohngemeinschaft
- Altersheim
- Pflegeheim (mit Wohngruppen) = Standard
- Pflegewohngruppen (intern/ extern) = für spezialisierte Angebote (z.B. Demenzbetreuung)
- Hausgemeinschaften
- Wohnen mit Services

Vor allem im Alter steigt die Bedeutung des Wohnens und der Wohnumgebung, und Wahlmöglichkeiten sind generell ein zentraler Aspekt der Lebensqualität. Deshalb dürfte in den kommenden Jahren bei den alten und hochbetagten Menschen der Bedarf nach neuen, vielfältigen Wohnformen mit individuellen Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten wachsen. Im Vordergrund steht hierbei vor allem das Konzept des «betreuten» bzw. «begleiteten Wohnens», bei dem die

Bewohnerinnen und Bewohner von Alterswohnungen direkt vom Dienst- und Pflegeangebot eines benachbarten Alters- und Pflegeheims profitieren.

Zukünftig werden insgesamt eher mehr als weniger Pflegeheimplätze benötigt. Aufgrund des zu erwartenden starken Anstiegs der Altersdemenz werden jedoch noch vermehrt spezialisierte Demenzstationen und -heime bzw. dezentrale Pflegewohngruppen mit eigenen Betreuungskonzepten und einer angepassten Architektur entstehen. Sie ermöglichen Personen mit demenziellen Störungen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben in geschützter Umgebung. Generell ist anzunehmen, dass bei den selbstbewussten betagten und hochbetagten pflegebedürftigen Menschen von morgen vermehrt kleinere Pflegewohngruppen und -gemeinschaften mit bedarfsorientierten und differenzierten Dienstleistungen gefragt sein werden.

Der Trend wird eher weg von der grossen regionalen Pflegeinstitution führen. Die tendenziell wohl seltener nachgefragten konventionellen Altersheime dürften sich immer mehr in Richtung Pflegeheime oder Alterspensionen und betreute temporäre Wohngemeinschaften bzw. teilstationäre Tagesheime verändern. Überhaupt ist zu erwarten, dass zukünftig die Übergänge zwischen stationärer, halbstationärer und ambulanter Betreuung und Pflege relativ fließend sein werden. Wie Untersuchungen bestätigen, stellen die Alters- und Pflegeheime in der deutschsprachigen Schweiz schon heute ihre Infrastruktur, ihr Know-how sowie ihre zahlreichen Dienstleistungen auch für betagte Personen zur Verfügung, die nicht im Heim wohnen. Die Leistungen externer Organisationen für Heimbewohnerinnen und -bewohner sind bei der Vielzahl der heimeigenen Angebote hingegen seltener. Solche «Heimex»-Leistungen könnten Ausgangspunkt für eine bereits heute erwünschte enge Zusammenarbeit mit ambulanten Betagtendiensten sein. Dies mit dem Fernziel, die Ressourcen von stationärer und ambulanter Pflege- und Betreuungsarbeit künftig in gemeinsamen geriatrischen Zentren bzw. Sozialzentren zu bündeln.

12. Anhang: Spitex Schweiz

12.1. Gesamtbeschreibung

Spitex bedeutet spitalexterne Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, das heisst Hilfe, Pflege und Beratung zu Hause. Es gibt gemeinnützig organisierte Spitex-Dienste (Non-Profit-Spitex) und profitorientierte Spitex-Unternehmen (kommerzielle Spitex).

Mit Spitex-Leistungen können Betroffene trotz persönlicher Einschränkungen zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben oder früher von einem stationären Aufenthalt nach Hause zurückkehren. Ziel der Spitex ist dabei, die Selbstständigkeit des Klienten/der Klientin zu erhalten und zu fördern. Dabei versuchen die Spitex-Mitarbeitenden, das private Umfeld der Betroffenen wenn immer möglich in die Hilfe und Pflege einzubeziehen.

Spitex steht allen Einwohnerinnen und Einwohnern jeden Alters zur Verfügung, die bedingt durch Krankheit, Unfall, Behinderung, Altersgebrechen, Mutterschaft oder Ähnliches auf Unterstützung angewiesen sind. Massgebend sind Notwendigkeit und ein abgeklärter Bedarf. Die Anmeldung erfolgt über die Spitex-Organisation vor Ort.

Bevor die Spitex die Betreuung einer Person aufnimmt, klärt eine Fachperson den genauen Bedarf an Pflege- und/oder Hilfsleistungen ab. Eine Bedarfsabklärung für KVG-Leistungen ist gesetzlich vorgeschrieben und kassenpflichtig. Sie garantiert, dass die betroffene Person weder unter- noch überversorgt wird.

Wenn die Pflege und Betreuung zu Hause aus fachlichen, menschlichen oder wirtschaftlichen Gründen nicht mehr verantwortbar ist, müssen sinnvolle Alternativen gesucht werden. Ein Wechsel in eine stationäre Einrichtung (Alters- oder Pflegeheim) ist namentlich dann angezeigt, wenn die Sicherheit der Klienten, der Angehörigen oder der Spitex-Mitarbeitenden nicht mehr gewährleistet ist, wenn pflegende Angehörige an ihre Grenzen stossen, oder wenn die Hilfeleistung derart intensiv geworden ist, dass sie die Möglichkeiten der Spitex übersteigt.

Das KVG schreibt unter anderem vor, dass die erbrachten Pflegeleistungen der Spitex nicht nur wirksam und zweckmässig, sondern auch wirtschaftlich sein müssen; das heisst, wenn die Pflege zu Hause im Vergleich zu einer stationären Betreuung massiv teurer ist, muss unter Umständen ein Wechsel ins Heim ins Auge gefasst werden.

Die Arbeitsabläufe und Dienstleistungen der Spitex werden regelmässig auf die Qualität hin durchleuchtet und wo nötig angepasst. Standardwerk für die Qualitätssicherung der Non-Profit-Spitex ist das Qualitätsmanual des Spitex Verbands Schweiz.

Die Non-Profit-Spitex ist in der Schweiz föderalistisch strukturiert. In der Deutschschweiz werden die meisten gemeinnützigen Spitex-Organisationen von privatrechtlichen Vereinen getragen; sie sind meist gemeinde- oder regionsweise organisiert. Anders in der Westschweiz und im Tessin: Dort ist die Non-Profit-Spitex in grösseren Strukturen organisiert; meist als grosse regionale oder kantonale Vereine oder Stiftungen organisiert.

Seit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Januar 1996 müssen Krankenkassen einen gewissen Teil der ärztlich verordneten Pflegekosten übernehmen. Gleichzeitig stieg der Druck auf die Spitex-Anbieter, Kosten zu senken respektive noch effizienter zu arbeiten. Dies, und auch gestiegene Vorgaben der öffentlichen Hand, führten zu einer Fusionswelle, die noch nicht abgeschlossen ist. So hat sich die Zahl der Spitex-Basisorganisationen seit 1995 um rund die Hälfte verringert. Durch die Zusammenschlüsse können Doppelspurigkeiten abgebaut und Infrastrukturkosten (z.B. für gemeinsame Büros und Fahrzeuge)

gesenkt werden. Grössere Organisationen sind tendenziell eher in der Lage, auch spezialisierte Dienstleistungen wie Onkologie-Spitex, psychiatrische Pflege, Kinder-Spitex oder eine 24-h-Dienstbereitschaft anzubieten. Fast alle der gegenwärtig gut 500 gemeinnützigen Spitex-Organisationen sind einem der 26 kantonalen Spitex-Verbände angeschlossen, die ihrerseits den Spitex Verband Schweiz tragen.

12.2. Dienstleistungen

Zum Grundangebot gehören Kranken- und Gesundheitspflege, hauswirtschaftliche Unterstützung sowie Beratung soziale Begleitung. Die weiteren Angebote sind je nach lokaler Spitex-Organisation verschieden; zum Teil werden sie ergänzend von Partnerorganisationen erbracht.

Kerndienstleistungen:

- Abklärung, Beratung (kassenpflichtige Leistungen gemäss KVG)
- Krankenpflege (kassenpflichtige Leistungen gemäss KVG)
- Körperpflege
- Akut- und Übergangspflege (kassenpflichtige Leistungen gemäss KVG)
- Beratung in Gesundheitsfragen
- Prävention
- Hauswirtschaft (Unterstützung im Haushalt)
- Betreuung, soziale Begleitung

Verschiedene Spitex-Organisation bieten in ihren Regionen zusätzliche Dienstleistungen an, so zum Beispiel:

- Kinderspitex
- Onkologiepflege
- Palliativ Care
- Hilfsmittelverleih
- Mahlzeitendienst
- Mittagstisch/Tagesstätte
- Ambulatorium
- Autofahrdienst
- Entlastungsangebote für pflegende Angehörige
- Ferienbett in Alters-/Pflegeheim
- Beratung bei Atemproblemen/Apparateabgabe
- Ernährungs- und Diabetesberatung
- Mütter- und Väterberatung
- Fusspflege zu Hause
- Coiffure zu Hause
- Ambulante Ergotherapie
- Sozialberatung
- Betreuung/Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen
- Notruf
- Reinigungs-, Wohnungsräumungs-, Gartendienst
- Babysitter- und Kinderhütendienst

12.3. Personal

Knapp ein Drittel der Vollzeitstellen ist mit diplomiertem Pflegepersonal besetzt. Insgesamt 28'874 Personen teilen sich 12'978 Vollzeitstellen. Das sind knapp 6% der Erwerbstätigen im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen in der Schweiz. Etwas mehr als ein Viertel dieser Personen hat eine höhere Berufsausbildung im Pflegewesen abgeschlossen (27,1%), und 21,3% verfügen über eine berufliche Grundbildung im Pflegewesen. 39,7% des Personals hat keinen spezifischen Spitex-Ausbildungsabschluss. Die verbleibenden 11,9% haben entweder eine andere nachsekundäre Ausbildung oder eine soziale und therapeutische Fachhochschule abgeschlossen oder eine Ausbildung im Leitungs- und Administrationsbereich absolviert.

12.4. Klientinnen und Klienten

Die Verteilung der Fälle (304'062) und Arbeitsstunden (13,0 Mio.) nach den Altersklassen zeigt die Wichtigkeit der Spitex für die Menschen über 65 Jahren. 82% der verrechneten Arbeitsstunden werden für 65 Jahre alte und ältere Menschen erbracht, die drei Viertel aller Klienten ausmachen. Bei den verrechneten Arbeitsstunden fallen 56% auf mindestens 80-jährige Klienten und nur knapp ein Fünftel auf Klienten im erwerbsfähigen Alter und Kinder. Im Durchschnitt erhielt jeder Klient Pflegeleistungen während 43 Stunden pro Jahr. Klienten unter 65 Jahren wurden 32 Stunden, 65- bis 79-Jährige 39 Stunden und über 80-Jährige 50 Stunden gepflegt und betreut. Auch ein Vergleich der Gesamtbevölkerung mit den verrechneten Stunden nach Altersklasse zeigt den Bedarf an Spitex-Leistungen mit zunehmendem Alter. Obwohl die 80-jährigen und älteren Personen nur 5% der Gesamtbevölkerung ausmachen, werden mehr als die Hälfte aller Stunden für diese Altersgruppe verrechnet.

Die Verteilung der Klienten nach Geschlecht zeigt, dass mehr als zwei Drittel der Klienten Frauen sind. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Frauen ihre älteren Männer pflegen, so dass für diese weniger Spitex-Hilfe beansprucht wird. Bei den über 80-Jährigen erklärt zudem die höhere Lebenserwartung der Frauen die Differenz zu den Männern.

Mehr als die Hälfte der Fälle und knapp zwei Drittel der verrechneten Stunden entfallen auf die Pflege KLV. Bei den erhaltenen Leistungen entfallen 54% der Fälle und 63% der Stunden auf die «Pflegerischen Leistungen». Die «Hauswirtschaftlichen/sozialbetreuerischen Leistungen» machen 36% der Fälle und 35% der Stunden aus. Der durchschnittliche Zeitaufwand pro Fall beträgt im Bereich «Pflegerische Leistungen» 50 Stunden und im Bereich der «Hauswirtschaftlichen/sozialbetreuerischen Leistungen» 41 Stunden.

12.5. Finanzen

Die dem Kunden resp. der Krankenkasse in Rechnung gestellten Tarife sind weder in der Krankenpflege noch im Bereich Hauswirtschaft kostendeckend. Die ungedeckten Kosten der Non-Profit-Spitex werden im Rahmen eines Leistungsvertrags von den Kantonen/Gemeinden finanziert. Die gesetzlichen Auflagen verpflichten die Spitex-Organisationen zum haushälterischen Umgang mit den finanziellen Mitteln. Mit der Einführung des neuen Finanzausgleichs (NFA) auf den 1.1.2008 wurden die Kantone für die Spitex zuständig – der Bund beteiligt sich nicht mehr an der Subvention der Spitex-Organisationen. Es liegt an den Kantonen, die Finanzierung der Spitex-Organisationen sicherzustellen.

Die Erträge der Spitex-Organisationen stammen knapp zur Hälfte (47,6%) aus Erträgen der angebotenen Dienstleistungen. Die «Pflegerischen Leistungen» (KLV-Leistungen) mit 34,7%, die «Hauswirtschaftlichen/sozialbetreuerischen Leistungen» (HWS-Leistungen) mit 9,2% und der «Mahlzeitendienst» mit 2,5% des gesamten Ertrags generieren zusammen 637,4 Mio. Franken. 15,4 Mio. Franken oder 1,1% des gesamten Ertrags stammen aus weiteren Leistun-

gen. Knapp die Hälfte des Ertrags wird somit durch die angebotenen Dienstleistungen (Kern-dienstleistungen plus weitere Leistungen) erwirtschaftet. Während die Beiträge der öffentlichen Hand ebenfalls knapp die Hälfte (49%) des gesamten Ertrags ausma- chen (davon 42% Beiträ- ge von Kantonen und 58% Beiträge von Gemeinden, Kirchgemeinden, Gemeindeverbänden oder Bürgergemeinden), tragen die übrigen Einnahmen wie «Mitgliederbeiträge» und «Spen- den» mit 3,4% zum Gesamtertrag bei.

Die Spitex-Dienstleistungen sind sehr personalintensiv. Der Personalaufwand beträgt 86% des Gesamtaufwands (1,194 Mrd. Franken), wobei die «AHV-pflichtigen Lohnkosten» 71%, die «Sozialleistungen» 12% und der «Übrige Personalaufwand» 3% ausmachen. Unter die restli- chen 13% (181,6 Mio. Franken) fallen Aufwendungen wie Miet-, Fahrzeug- und Verwaltungs- aufwand.