



Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
Service de la santé publique

Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie
Dienststelle für Gesundheitswesen

CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

DIE BETREUUNG BETAGTER PERSONEN



August 2005



Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	5
1.1 Einleitung	5
1.2 Die demografische Entwicklung	5
1.3 Die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ)	7
1.4 Die Alters- und Pflegeheime (APH)	8
1.5 Die Spitäler	10
1.6 Die Koordinationsinstanzen	10
1.7 Die Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten und Unfällen	10
2. Zielsetzung und Abgrenzung des Berichts.....	12
2.1 Das Konzept 2001	12
2.2 Das Konzept 2005	12
3. Rückblick	13
3.1 Hilfe und Pflege zu Hause	13
3.2 Alters- und Pflegeheime.....	14
4. Rechtliche Grundlagen / Gesetzesrevision.....	15
4.1 Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994	15
4.2 Das kantonale Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996.....	15
4.3 Das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) vom 1. Februar 2002 und die Revision des Dekrets über das GNW vom 4. September 2003	15
4.4 Die Verordnungen des Staatsrats	15
4.5 Richtlinien des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie	16
4.6 Die Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes.....	16
5. Alterung der Gesellschaft und der betagten Personen	17
6. Sozialmedizinische Zentren (SMZ)	20
6.1 Allgemeines	20
6.2 Bestandesaufnahme.....	21
6.3 Jüngste Entwicklungen	25
6.4 Anpassung des Leistungsauftrags	25
6.5 Finanzierung.....	30
6.6 Zusammenfassung der Vorschläge für die Periode 2005 – 2010.....	31
7. Alters- und Pflegeheime (APH)	33
7.1 Die Bedarfssituation.....	33
7.2 Umsetzung des Konzepts von 2001	39
7.3 Personalbestand.....	46
7.4 Finanzierung der APH	47
7.5 Vorschläge für den Zeitraum von 2005 – 2010 beziehungsweise 2013	49
7.6 Architektur, Bau von APH.....	66
7.7 Die anderen Institutionen für Betagte	66
7.8 Jüngste Entwicklungen	66
8. Die Spitäler	70
8.1 Die Akutspitäler	70



8.2 Die geriatrischen Spitäler und Kliniken.....	71
8.3 Vorschlag	74
8.4 Die Rehabilitationsspitäler und –Einrichtungen	74
8.5 Die Alterspsychiatrie.....	75
9. Die Zwischenstrukturen für die Betreuung.....	79
9.1 Allgemeines	79
9.2 Bestandesaufnahme.....	79
9.3 Vorschläge	82
10. Koordinationsinstanzen.....	83
10.1 Allgemeines	83
10.2 Bestandesaufnahme.....	83
10.3 Vorschläge für die Periode 2005- 2010 beziehungsweise 2013	85
11. Verschiedene Partner: Pro Senectute, Alzheimer Vereinigung, Ärzte und Apotheker	86
11.1 Pro Senectute Wallis	86
11.2 Die Alzheimer Vereinigung Wallis.....	86
11.3 Der Walliser Rentnerverband (Fédération valaisanne des retraités).....	87
11.4 Vorschläge	87
12. Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten und Unfällen	88
12.1 Allgemeines	88
12.2 Gesundheitsschutz, Prävention von Krankheiten und Unfällen und Gesundheitsförderung bei betagten Personen.....	88
12.3 Derzeitige Situation.....	89
12.4 Vorgeschlagene Massnahmen.....	90
12.5 Projekte und Massnahmen zur Gesundheitsförderung.....	91
12.6 Kurze Beschreibung der Projekte	92
13. Arzneimittelkonsum.....	97
13.1 Allgemeines	97
13.2 Arzneimittelkonsum im Alter	98
13.3 Der betagte Patient und seine Besonderheiten	98
13.4 Pilotprojekte	100
13.5 Abschliessende Bemerkung	100
14. Pflegepersonal, anderes Personal und freiwillige Helfer.....	101
14.1 Allgemeines	101
14.2 Bestandesaufnahme.....	101
14.3 Vorschläge	105
15. Ausbildung und Forschung	107
15.1 Die Ausbildung	107
15.2 Die Forschung	108
16. EDV-Einführung auf APH- und SMZ-Ebene	109
17. Empfehlungen zuhanden des Staatsrats	110
17.1 Sozialmedizinische Zentren (SMZ)	110
17.2 Alters- und Pflegeheime (APH).....	111



17.3 Finanzierung der Sozialmedizinischen Zentren und der Alters- und Pflegeheime.....	112
17.4 Kantonale Planung für APH-Betten und Bau neuer Betten	112
17.5 Koordination zwischen den Leistungserbringer	112
17.6 Verschiedenes	112
18. Bibliographie	113
19. Anhänge	116
19.1 Charta der Rechte und Freiheiten pflegebedürftiger betagter Menschen	116
19.2 Prävention und Gesundheitsförderung.....	118
19.3 Rahmenprogramm für die Räumlichkeiten von APH.....	122
19.4 Richtlinien betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Alters- und Pflegeheim	131

Herausgegeben von der
Dienststelle für Gesundheitswesen
August 2005



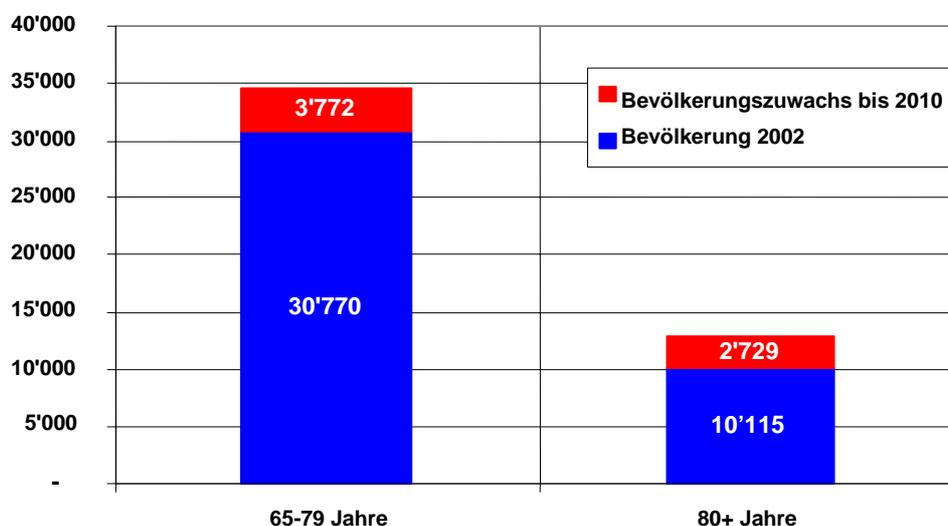
1. Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Im Juli 2001 wurde vom Staatsrat ein allgemeines Konzept für die Betreuung betagter Personen verabschiedet. Der Staatsrat fasste seine Beschlüsse mit der Auflage, deren Auswirkung vor 2005 zu beurteilen. Zu diesem Zweck präsentieren wir in diesem Bericht neben Überlegungen allgemeiner Art über die demografische Alterung und die rechtlichen Grundlagen auch eine Bestandesaufnahme für die verschiedenen Betreuungsarten. Diese Bestandesaufnahme, betreffend die APH-Betten wird durch Vorschläge für die Periode von 2005 bis 2010 respektive 2013 ergänzt. Der Grundgedanke dabei ist, die Richtigkeit und die Auswirkungen der Entscheide auf dem Gebiet der Gesundheitsplanung verfolgen zu können, um sie erforderlichenfalls anzupassen, und sie innerhalb der vorgesehenen Fristen zum Abschluss zu bringen. Bei der Wahl der Massnahmen und der Prioritätensetzung werden aber auch die finanziellen Möglichkeiten dieses Sektors berücksichtigt.

1.2 Die demografische Entwicklung

Die betagte Bevölkerung wird im Laufe der nächsten Jahre voraussichtlich noch stark zunehmen. In den Prognosen für den Kanton Wallis wird bis 2010 mit einer Zunahme von 3'772 Personen in der Altersgruppe von 65-79 Jahren und von 2'729 Personen in der Gruppe von 80 Jahren und darüber gerechnet. Dieser Trend wird in der nachstehenden Grafik veranschaulicht:



Heute ist die überwiegende Mehrheit der Betagten gesund. Die neuen Generationen von Pensionären werden zweifellos ganz andere Bedürfnisse¹ haben als ihre Vorgänger. Zudem haben sich „zwischen 1981 und 1997/99 die Lebensjahre ohne Behinderung bei den Frauen um mindestens 5 Jahre erhöht, während die Lebensjahre mit einer Behinderung um zwei Jahre zurückgegangen sind. In dem gleichen Zeitraum haben sich die behinderungsfreien Lebensjahre der Männer um vier Jahre verlängert, während sich der Lebensabschnitt mit einer Behinderung um ein halbes Jahr verkürzt hat. Diese Feststellung ist wichtig im Hinblick

¹ Verbesserung der materiellen Lebensbedingungen, besserer Gesundheitszustand, Auswirkungen der Prävention, Forderung der Konsumentenbewegungen (Pensionistenorganisationen), etc.



auf die Entwicklung des Pflegebedarfs: Wenn Betagte später hilfs- und pflegebedürftig werden, bedeutet das, dass die Bedarfsentwicklung langsamer verläuft, als aufgrund der demografischen Erhebungen zu erwarten wäre.“ Nach den Schätzungen von Höpflinger und Hugentobler² ist jedoch in Anbetracht der Zunahme des Anteils der über 80-Jährigen in den nächsten Jahren dennoch mit einer Zunahme des Pflegebedarfs zu rechnen. Fachleute gehen von folgenden Zahlen aus: In der Kategorie der 65- bis 79-Jährigen ist mit maximal 5% Pflegebedürftigen zu rechnen, d.h. für das Wallis 1'727 von 34'542 Personen; für die Kategorie der über 80-Jährigen ist mit einem Anteil von 27% Pflegebedürftigen zu rechnen, d.h. für das Wallis mit 3'467 von 12'844 Personen. Ein Teil dieser hilfsbedürftigen und auf Pflege angewiesenen Personen leidet an verschiedenen Formen von Demenz, wie zum Beispiel Alzheimer. Wenn man die Anzahl Personen in diesen beiden Kategorien zusammenrechnet, kommt man auf 5'194 Betagte, die im Wallis pflegebedürftig wären. Diese Prognosen scheinen uns jedoch aus der Sicht der kantonalen Statistik 2004 unterbewertet.

Im Prinzip wollen Betagte so lange wie möglich zu Hause leben, selbst wenn sie sporadisch oder langfristig Pflege oder Hilfe brauchen. Aus einer von der Seniorenuniversität Genf durchgeführten Umfrage geht hervor, dass 66% der Befragten zu Hause bleiben wollen, auch wenn das Alter oder eine Krankheit ihre Selbstständigkeit einschränkt. Diese Aussage gilt sicher auch für die Walliser Bevölkerung.

Die Ziele, die sich der Kanton für seine Politik zur Betreuung pflegebedürftiger Betagter gesetzt hat, sind:

Erhaltung der Selbstständigkeit der Betagten;

Pflege und Unterstützung der Betagten zu Hause;

Pflege und soziale Betreuung von Betagten in Heimen;

Unterbringung der Betagten im Betreuungszentrum unter Förderung der Koordinierung der ihnen gebotenen Leistungen.

² Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung; neues System für die Finanzierung der Pflege; erläuternder Bericht (Vernehmlassung im Gang)



Zur Erreichung dieser Ziele wird dem Pflegepersonal und dem weiteren Personal der Anstalten sowie der Ausbildung, Forschung, Entwicklung und Modernisierung der Anstalten eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

1.3 Die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ)

Neben der Tatsache, dass Betagte zu Hause bleiben möchten, ist zu erwähnen, dass die Betreuung zu Hause im Prinzip weniger kostspielig ist als eine Betreuung in einem Heim. Dies geht aus sozioökonomischen Studien hervor, die in den letzten Jahren in der Schweiz durchgeführt wurden³. Zu Hause wird oft ein Teil der Betreuung von den Angehörigen übernommen. Diese haben jedoch Schwierigkeiten im Falle einer Langzeitbetreuung, auch wenn die SMZ eingeschaltet werden. Nach einem Spitalaufenthalt kann eine allein lebende betagte Person Schwierigkeiten haben, weil ihre Selbstständigkeit punktuell beeinträchtigt ist. Aufgrund ihres Leistungsauftrags fördern die 6 Sozialmedizinischen Zentren die Betreuung zu Hause. Dieser Auftrag ist jedoch durch die nachfolgend vorgeschlagenen Massnahmen zu aktualisieren:

- genauere Festlegung der einzelnen derzeitigen Leistungen der SMZ, d.h. Pflege zu Hause, Haushaltshilfe, Sicherheit zu Hause, Materialverleih, Kleinkinderberatungsstelle;
- Ergänzung des Angebots der SMZ durch die Palliativpflege in Zusammenarbeit mit der Vereinigung FXB;
- Ausbau der geschützten Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung;

³ Hagmann Hermann-Michel und Fragnière J.P. (1998). *Maintien à domicile: le temps de l'affirmation* Lausanne: E. Réalités sociales; *Spitex im Trend* (1998). Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Hans Huber Verlag.



- Hilfeleistung an die pflegenden Angehörigen, um eventuellen Erschöpfungszuständen vorzubeugen;
- Fortsetzung der Politik für die Einstellung und Ausbildung von Personal;
- Beteiligung an der Ausbildung der Studierenden im Pflege- und Sozialbereich;
- Beteiligung an der Forschung auf Wunsch von spezialisierten Institutionen;
- Einführung eines einheitlichen EDV-Systems und einer analytischen Buchführung;
- Sicherstellung der Qualität der Leistungen im Sinne des KVG;
- Festlegung und Sicherstellung der Finanzierung der SMZ im Rahmen der Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes im Zusammenhang mit der Revision des KVG.

1.4 Die Alters- und Pflegeheime (APH)

Trotz aller Massnahmen zur Betreuung Betagter in ihrer Wohnung muss eine gewisse Anzahl von ihnen in einem Heim betreut werden.

Im Wallis gibt es 41 Alters- und Pflegeheime. Ihre Bewohner haben sich stark verändert. Sie sind relativ alt, obwohl auch jüngere Menschen wegen ihrer Krankheit in den APH untergebracht werden. Der Pflegeaufwand hat erheblich zugenommen, und immer mehr Heimbewohner leiden an Demenz. Die Unterbringung dieser Personen wirft hinsichtlich der Betreuung und der Infrastruktur spezifische Probleme auf. Deshalb sind die APH aufgerufen, durch den Betrieb von Betten für vorübergehende Aufnahmen (Ferienbetten) an der Betreuung zuhause mitzuwirken.

Die konkreten vorgeschlagenen Massnahmen für die APH sind:

- Erteilung eines Leistungsauftrags an die APH, und zwar: die Aufnahme von pflegebedürftigen alten Menschen, die Sicherstellung ihrer medizinischen Versorgung und Pflege sowie eine soziale Betreuung;
- Erhöhung der Zahl der Aufnahmeplätze für Kurzaufenthalte, um die Angehörigen bei der Pflege zu entlasten oder einen Übergang zwischen Spital und der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Die Schaffung von Ferienbetten-Einheiten in den APH wurde gefördert, muss aber fortgesetzt werden;
- Eröffnung von Tagesheimen oder auch Nachheimen, um die Betreuung zu Hause von leicht Pflegebedürftigen zu fördern;
- Anstellung und Ausbildung des Pflegepersonals und des anderen für die Leistungserbringung des erforderlichen Personals. Eine Neubewertung der Pflegepersonaldotation wurde 2005 durchgeführt;
- Mitwirkung an der Ausbildung der Studierenden des Pflege- und Sozialbereichs;
- Mitwirkung an der Forschung auf Wunsch von spezialisierten Institutionen;
- Einführung eines einheitlichen EDV-Systems und einer Kostenrechnung;
- Sicherstellung der Qualität der Leistungen im Sinne des KVG;
- Festlegung und Sicherstellung der Finanzierung im Rahmen der Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes im Zusammenhang mit der Revision des KVG;
- Renovierung und Anpassung der Infrastruktur der APH; das Programm der Räumlichkeiten überprüfen;
- Schaffung der notwendigen Infrastruktur für die Aufnahme pflegebedürftiger alter Menschen und zu diesem Zweck die Bereitstellung (Bau oder Umwandlung) von 390 neuen Betten vorsehen.

Was den letzten Punkt anbelangt, so sah das Konzept von 2001 langfristig für das Jahr 2010 eine Norm von 2'500 Betten für den gesamten Kanton vor. Das war sowohl viel als auch



wenig. Es war viel, weil dieser Beschluss die Zurverfügungstellung von 232 neuen Betten bis 2010 erforderlich machte. Und es war wenig, weil sich die verfügbare Bettenzahl von 239 Betten pro 1'000 Bewohner über 80-Jährigen im Jahr 2001 aufgrund der Alterung der Bevölkerung und trotz dieser Neubauten im Jahre 2010 auf 195 Betten pro 1'000 Bewohner über 80-Jährigen verringern würde.

Dieser im Jahr 2001 gefasste Beschluss ist heute insofern nicht mehr vertretbar als:

- die demografische Analyse die starke Zunahme der über 80-Jährigen bestätigt;
- in der Planung von 2001 die pflegebedürftigen Personen unter 80 Jahren nicht berücksichtigt wurden;
- die Bestückung mit APH-Betten im Kanton Wallis im Vergleich zu den anderen Kantonen relativ gering ist;
- die Wartelisten für die dringenden Aufnahmen in eine APH wachsen;
- die Nachfrage nach APH-Betten zunimmt;
- zurzeit nicht geplante APH-Betten betrieben werden;
- 55 Betten gestrichen wurden, um gewisse Zimmer, die zu klein waren oder keine Toilette hatten, zu vergrössern;
- die Betten für die Personen, die auf eine Spitalaufnahme warten (Wartebetten), eine Übergangslösung sind;
- der Bau eines neuen Heims etwa vier Jahre dauert.

Aus diesen Gründen schlagen wir folgende Massnahmen vor:

- eine Norm von 2'890 APH-Betten für 2013 vorzusehen, damit pro 1'000 Bewohner im Alter von 80 Jahren und darüber 204 Betten zur Verfügung stehen, was der Dotation von Ende 2004 entspricht;
- die fehlenden Betten, d.h. ca. 340 Betten (390 minus rund 50 Betten, die bereits in Betrieb, aber in der Planung noch nicht anerkannt sind) bis 2013 zur Verfügung zu stellen. Manche APH verfügen über ungenutzte Räumlichkeiten, die ohne grossen finanziellen Aufwand in APH-Betten umgewandelt werden könnten;
- unter der Voraussetzung, dass bereits gebaute Einrichtungen als Alters- und Pflegeheime verwendet werden könnten, haben diese natürlich Vorrang, sofern sie rasch verfügbar sind und die Umbauten kurzfristig und zu deutlich niedrigeren Kosten durchgeführt werden könnten als ein Neubau;
- unter den Partnern die Finanzierung der Betriebskosten sowie der Kosten für die neuen Betten gemäss nachstehenden Schätzungen sicherstellen (in Millionen Franken):

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pflegekosten	100.367	108.7	117.8	124.833	134.433	144.833	156.833	*	*	*
APH-Subventionen (Art. 125): die Betriebsausgaben für die Pflege betragen 30%	30.11	32.61	35.34	** ab 2007:Die Aufteilung der Betriebs- und Investitionskosten unter der öffentlichen Hand ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht definitiv geregelt						
Total Investitionen	1.667	3.333	8.947	17.567	17.833	15.467	12.333	12.333	12.333	11.333
APH-Subventionen (Art. 113): die Investitionsausgaben belaufen sich auf 30%	0.5	1.0	2.684	** ab 2007:Die Aufteilung der Betriebs- und Investitionskosten unter der öffentlichen Hand ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht definitiv geregelt						

*Die Schätzungen über die Betriebseinnahmen und -ausgaben wurden bis 2010 berechnet. Nach diesem Datum sind die Daten für eine Hypothese noch nicht klar zu definieren.



1.5 Die Spitäler

Die Alterspyramiden der stationär behandelten Personen lassen die Bedeutung des Phänomens der Alterung erkennen. In allen Kategorien der Spitäler ist tendenziell eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer zu verzeichnen. Zwischen 1990 und 2002 betrug diese Entwicklung in Prozent ausgedrückt -27% für die Akutspitäler, -56% für die Psychiatrie, -16.5% für das CVP und -63% für die Geriatrie. Nach einem Spitalaufenthalt sind betagte Menschen nicht immer in der Lage, sofort nach Hause zurückzukehren. Oft ist eine einfache Betreuung notwendig. Wenn eine Rückkehr nach Hause als unmöglich erachtet wird, zieht man die Suche nach einem Platz in einem APH in Betracht. Oft muss man lange warten, bis eine solche Unterbringung möglich ist. Um diesen Schwierigkeiten – Rückkehr nach Hause oder Unterbringung in einem APH – abzuhelfen, müssen die folgenden Massnahmen verstärkt werden:

- Einplanung eines Rehabilitationsaufenthalts im CVP oder in Leukerbad, um die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen;
- Einplanung des Übergangs in ein Ferienbett eines APH, lediglich im Hinblick auf eine Rückkehr nach Hause;
- Erhöhung der Anzahl Wartebetten in den Spitälern, um dem Bedarf zu entsprechen;
- Sicherstellung der Kontinuität der Pflege beim Übergang von einer Institution zur anderen;
- Ausbau der ambulanten psychogeriatrischen Dienstleistungen.

1.6 Die Koordinationsinstanzen

In den drei Regionen des Kantons wurden regionale Koordinationsinstanzen eingeführt (CORIF in Siders, SOMEKO für das Oberwallis, BRIO für das Chablais). Die Arbeit dieser Koordinationszentren wird von der Gesamtheit der Leistungserbringer als sehr positiv beurteilt. Die Initiative ist also aufrechtzuerhalten.

Die zu ergreifende Massnahme:

- Entwicklung der Koordinationsinstanz CORIF in der Region Sitten und Martigny und die Verstärkung der CORIF im Unterwallis;
- Verstärkung der Zusammenarbeit mit der CORIF mit den Tutoren und –innen, um Einlieferungen in den unpassenden Orten zu vermeiden;
- die Indikatoren zu definieren, die erlauben, die Wirksamkeit der CORIF zu kontrollieren, zum Beispiel: die Senkung des Personensatzes unter 80 Jahren in den APH;
- die Zusammenarbeit zwischen den CORIF zu verbessern.

Eine angemessene Betreuung pflegebedürftiger betagter Personen macht die Mitwirkung und die Koordination aller Instanzen, die den Betagten nahe stehen, notwendig. Die wichtigsten Partner sind Pro Senectute, die Alzheimer Vereinigung, die Ärzte und die Apotheker.

1.7 Die Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten und Unfällen

Diese Themen müssten in Bezug auf die Betagten, die pflegenden Angehörigen sowie das Personal der Institutionen, insbesondere in den SMZ und den APH entwickelt werden. Sie werden zu einer Verbesserung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität führen. Eine



positive Auswirkung müsste mittelfristig auch bei den Gesundheitskosten festzustellen sein. Die Bewertung der Projekte dürfte dies belegen.

Es wäre zweckmässig, gezielte Programme für Betagte einzuführen. Vorschläge:

- präventive Besuche;
- Prävention von Stürzen;
- Prävention von Mangelernährung, Förderung einer ausgewogenen Ernährung;
- Feststellung von Misshandlungen;
- Sensibilisierung für den Medikamentenkonsum;
- Prävention und Behandlung von Schmerz ;
- die Sensibilisierung für die Patientenverfügungen;
- Einführung der Patientenkarte;
- Früherkennung von Alzheimererkrankung.

Einige dieser Vorschläge wurden zum Teil bereits realisiert, sei es auf Initiative der APH, der SMZ oder von Pro Senectute. Diese Arbeit ist jedoch fortzusetzen.

Es wäre zweckmässig, gezielte Programme für das Institutionspersonal einzuführen. Diese Massnahmen dürften die Zufriedenheit des Personals im Unternehmen erhöhen. Die Zufriedenheit ist ein wesentliches Element für die Treue des Personals.

Massnahmen zugunsten des Personals:

- Anwendung der Konzepte zur Sicherheit am Arbeitsplatz;
- zu Unternehmungen der Gesundheitsförderung werden.

Es wäre zweckmässig, gezielte Programme des informellen Netzwerkes von Pflegepersonen einzuführen, durch:

- die Ausweitung des Oberwalliser Pilotprojekts betreffend die Unterstützung von pflegenden Angehörigen auf die verschiedenen Gesundheitsregionen. Mit dieser Aufgabe könnten die regionalen Gesundheitsnetze oder die SMZ betraut werden;
- den Aufbau von Kursen für Angehörige (Allie'age) durch die Pro Senectute.

Für die Durchführung der Betreuung pflegebedürftiger Betagter ist eine ausreichende Anzahl von Gesundheitspersonal und von freiwilligen Helfern erforderlich. Aus den Statistiken der SMZ geht hervor, dass der vorgesehene Personalbestand nahezu erreicht ist. Was die APH anbelangt, so wurden grosse Anstrengungen zur Personalerhöhung unternommen. Die Norm von 0.5 Posten pro Bett wurde 2004 in praktisch allen Institutionen erreicht. Ferner ist in Anbetracht der Erhöhung der Bettenzahl auch die Erhöhung des Pflegepersonals vorzusehen. In Erwägung zu ziehende Massnahmen:

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, um das Personal an den Arbeitgeber zu binden;
- Förderung der notwendigen Zusatzausbildungen für alle Gesundheitsfachleute;
- Verstärkung der Kontakte zwischen Ausbildungskreisen und Arbeitgebern;
- Ausbildung von Pflegepersonal in den verschiedenen Studiengängen;
- die Gemeinde-Pflegeassistentinnen in das System integrieren;
- Entwicklung der Freiwilligentätigkeit

Die in dem Konzept angeführten Massnahmen sind nicht vollständig und werden fortlaufend verbessert.



2. Zielsetzung und Abgrenzung des Berichts

2.1 Das Konzept 2001

Das Konzept vom Mai 2001 für die Betreuung Betagter hatte zum Ziel, eine bedarfsgerechte medizinische Betreuung der Betagten sicherzustellen. Es war also wichtig, dass pflegebedürftige Betagte unter den für sie am besten geeigneten Wohnbedingungen leben können. Die Anerkennung dieses Postulats setzte auch die Berücksichtigung der Notwendigkeit einer parallelen Verstärkung der wichtigsten Betreuungsstrukturen für Betagte voraus: die spitalexterne Hilfe und Pflege durch die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ), die Zwischenstrukturen (Tagesheime, Ferienbetten, integrierte Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung), die Alters- und Pflegeheime (APH) sowie die Spitäler. Aus diesem Postulat ergab sich auch die Notwendigkeit einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen allen Leistungserbringern.

Im Rahmen der Annahme des Konzepts zur Betreuung Betagter vom Mai 2001 hat der Staatsrat am 4. Juli 2001 eine Reihe von Massnahmen ergriffen, um den Bedarf in Sachen Betreuung pflegebedürftiger Betagter abzudecken. Dabei handelte es sich insbesondere um:

- die Entwicklung der spitalexternen Hilfe und Pflege durch die Festlegung von Mindestnormen für die Personalausstattung;
- die Einführung regionaler Koordinationsinstanzen im Hinblick auf eine geeignete Unterbringung der Patienten (CORIF in Siders, SOMEKO Oberwallis, BRIO im Chablais);
- Anpassung der Aufnahmekapazität in den Alters- und Pflegeheimen durch die Subventionierung des Baus und des Betriebs von 232 neuen Betten (132 im Oberwallis, 70 im Zentralwallis, 30 im Unterwallis); d.h. bis 2010 sind im Kanton 2'500 APH-Betten vorgesehen;
- Einführung von Wartebetten in den Akutspitälern;
- Anhebung der Mindestnorm für das Pflegepersonal in den Alters- und Pflegeheimen auf 0.6 Posten pro genutztes Bett;
- Subventionierung der Ferienbetteneinheiten (FBE) und der Tagesheime.

2.2 Das Konzept 2005

Mit dem vorliegenden Konzept entspricht das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie dem Beschluss des Staatsrats von 2001, vor 2005 eine neue Bedarfsanalyse und eine Bewertung der ergriffenen Massnahmen durchzuführen.

Die Ziele des Konzepts von 2005 sind:

- Durchführung der Bestandesaufnahme im Zusammenhang mit den Beschlüssen von 2001;
- Beschreibung der Entwicklungen der letzten Jahre;
- Verbesserung der Betreuung Betagter;
- Berücksichtigung neuer Anforderungen;
- Zielsetzung für den Zeitraum von 2005 bis 2010 beziehungsweise 2013 Festlegung der Zurverfügungstellung der APH-Betten.



3. Rückblick

Nachstehend geben wir einen Rückblick auf die früheren Entscheide des Staatsrats und des Gesundheitsdepartements in Bezug auf die Betreuung Betagter.

3.1 Hilfe und Pflege zu Hause

3.1.1 Die 70er- und 80er-Jahre

Während der 70er-Jahre wurden im Wallis die ersten regionalen Sozialmedizinischen Zentren eingeführt, vor allem dank einer erheblichen finanziellen Unterstützung des Kantons und der Gemeinden. Vom Standpunkt des eingestellten Personals verfügen die Sozialmedizinischen Zentren in der Regel über ein multidisziplinäres Team, das aus Pflegepersonal, Familienhelfern und Sozialhelfern besteht.

3.1.2 Die 90er-Jahre

Nach der durchgeführten **Privatisierung** der Sozialmedizinischen Zentren zu Beginn der 90er-Jahre subventionierte das BSV 30% der Lohnkosten der SMZ. Diese neue Finanzierungsquelle hat vorübergehend die Entwicklung der SMZ begünstigt.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) hat die Deckung der spitalexternen Pflegeleistungen erheblich erweitert. Seit 1996 übernimmt die Krankenversicherung alle Kosten, die durch spitalexterne ambulante Untersuchungen, Behandlungen und Pflegeleistungen verursacht werden. Für die Zulassung zu Lasten der obligatorischen Grundversicherung müssen die von der KLV vorgesehenen spitalexternen Behandlungen und Pflegeleistungen auf ärztliche Verschreibung oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden.

Nach dem Beschluss des Staatsrats vom 29. November 1995 wurden neue Planungs- und Subventionierungsbestimmungen eingeführt. Die sozialmedizinische Betreuung erfolgt nunmehr durch sechs regionale Sozialmedizinische Zentren, die befugt sind, mit den subregionalen Sozialmedizinischen Zentren Kooperationsverträge abzuschliessen. Diese Kooperationsverträge werden vom Departement gutgeheissen.

Nach der Regionalisierung der Sozialmedizinischen Zentren erteilte das Departement im Laufe des Jahres 1997 den sechs Sozialmedizinischen Zentren Leistungsaufträge gemäss den Bestimmungen des KVG.

Schliesslich haben im letzten Jahrzehnt auch andere Leistungserbringer als die Sozialmedizinischen Zentren Aktivitäten auf dem Gebiet der Hilfe und Pflege zu Hause entwickelt (Vereinigung François Xavier Bagnoud, Kinderspitex Oberwallis). Der Kanton Wallis hat diese Leistungserbringer in das Walliser Gesundheitssystem einbezogen, insbesondere durch die Erteilung von Betriebsgenehmigungen. In diesem Zusammenhang mussten diese Leistungserbringer Kooperationsverträge mit den Sozialmedizinischen Zentren abschliessen.



3.2 Alters- und Pflegeheime

Mit der Umsetzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) vom 18. März 1994 ändert sich die Lage der Heime für Betagte im Wallis erheblich. Dieses Gesetz sieht die Einführung einer bedarfsdeckenden Planung vor und legt die Anforderungen fest, die von den Anstalten erfüllt werden müssen, damit sie ihre Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausüben können. Ferner präzisiert das neue Walliser Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996 den Gegenstand der Gesundheitsplanung.

1994 und 1996 hat der Kanton Wallis eine Studie durchgeführt, um den Pflegebedarf von APH-Bewohnern festzustellen. Nach der Feststellung, dass ein Teil dieser Personen täglich eine mehrstündige Pflege benötigt, konnte mit den Krankenversicherern ein Vertrag zur Beteiligung an der Finanzierung der Pflege ausgearbeitet werden.

Der Kanton subventionierte damals die Pflegekosten der 31 als gemeinnützig anerkannten Heime.

1999 präzisierte das „Walliser Konzept der Alters- und Pflegeheime und der anderen Pflegeinstitutionen für Betagte“ den Platz der APH in der Gesundheitsplanung. Dieses Konzept befasste sich schwerpunktmässig mit den Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsgenehmigung als APH. Es wurden auch Richtlinien in Bezug auf Fragen der Organisation der APH, der Ausbildung der Verantwortlichen und insbesondere des Personals herausgegeben. Auch die Finanzierungsfragen wurden angeschnitten. Für das Jahr 2000 wurde eine Norm von 2'200 Betten festgelegt. Um den Anforderungen des KVG zu entsprechen, wurden auch die Betten der Privatheime in die Planung einbezogen. Die Heime und Pflegeanstalten wurden nunmehr als Alters- und Pflegeheime bezeichnet.

2001 wurde das Konzept überprüft und abgeändert. Die neue Fassung berücksichtigt die anderen Erbringer von Pflegeleistungen, weshalb auch der Titel entsprechend geändert wurde: Konzept für die Betreuung der betagten Personen – Koordination und Abstimmung zwischen den Leistungserbringer.

Im Juli 2001 wurde das Konzept vom Staatsrat angenommen, der unter anderem Entscheide traf in Bezug auf die Anpassung der Aufnahmekapazität durch die Schaffung von 200 neuen Betten auf Kantonsebene, die neuen Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsgenehmigung, die Bereitstellung von Wartebetten in den Akutspitälern und die Einführung eines Qualitätsverfahrens.

2004 sind die gesetzten Ziele entweder bereits erreicht oder ihre Umsetzung ist im Gange. Zurzeit sind mehrere Projekte für die Vergrösserung von Alters- und Pflegeheimen in Ausführung, insbesondere in der Region Oberwallis (Naters, Ried-Brig, Brig). Hingegen lässt die Konkretisierung der Projekte im Zentral- und Unterwallis noch auf sich warten.

Gemäss Staatsratsbeschluss vom 1. September 2003 werden Bau und Betrieb von Ferienbetten-Einheiten (FBE) subventioniert.

2003 wurden alle APH auf der Grundlage der Richtlinien des Departements sowie nach den Kriterien der Westschweizer Konferenz der Gesundheits- und Sozialdirektoren (CRASS) kontrolliert.

Die Arbeiten der mit der Revision des 7. Abschnitts des kantonalen Gesundheitsgesetzes (APH/SMZ) beauftragten ausserparlamentarischen Kommission sind ebenfalls im Gange.



4. Rechtliche Grundlagen / Gesetzesrevision

4.1 Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994

Gemäss den Bestimmungen der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung sind die Kantone aufgefordert, die Planung zur Deckung des langfristigen Bedarfs an ärztlicher Hilfe sowie die Liste der Alters- und Pflegeheime im Sinn von Artikel 39 Abs. 3 KVG zu erstellen. Das Konzept 2005 für die Betreuung Betagter entspricht diesem Erfordernis, weil es dem Walliser Staatsrat gestattet, seine Planung auf dem Gebiet der Alters- und Pflegeheime zu aktualisieren.

4.2 Das kantonale Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996

Die 1996 vorgenommene vollständige Revision der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung hat es gestattet, das Prinzip der Gesundheits- und Spitalplanung in den gesetzlichen Bestimmungen zu verankern. Aufgrund seiner im Gesetz verankerten Kompetenzen hat der Staatsrat den Auftrag, durch die Planung seine Spital- und Gesundheitspolitik festzulegen. Diese Kompetenz bleibt auch nach der Annahme des Dekrets über das Gesundheitsnetz Wallis vom 1. Februar 2002 durch den Grossen Rat sowie nach der Änderung dieses Dekrets vom 4. September 2003 unverändert.

Die Verabschiedung eines neuen Konzepts für die Betreuung Betagter erfolgt somit in Anwendung der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung.

4.3 Das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) vom 1. Februar 2002 und die Revision des Dekrets über das GNW vom 4. September 2003

Nachdem es im Herbst 2001 von der parlamentarischen Kommission geprüft und in der Session vom Januar 2002 im Walliser Grossen Rat debattiert worden war, konnte das Dekret über das Gesundheitsnetz Wallis (GNW) am 1. Februar 2002 vom Grossen Rat verabschiedet werden. Diese neue rechtliche Grundlage enthält Bestimmungen über die Schaffung einer gemeinsamen Struktur für alle Spitäler des Kantons.

Am 4. September 2003 hat der Grosse Rat den neuen Text verabschiedet. Dieser hat eine Änderung des Status der subventionierten kantonalen Spitäler zur Folge. Diese Spitäler werden nunmehr vom GNW geleitet und verwaltet.

Auf dem Gebiet der Alters- und Pflegeheime wurde die Beteiligung des Staats an den Betriebskosten der Alters- und Pflegeheime zum derzeitigen Höchstsatz von 30% bestätigt. Für die Alters- und Pflegeheime hat diese Bestimmung eine nicht zu vernachlässigende Bedeutung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Finanzierung.

4.4 Die Verordnungen des Staatsrats

Die Verordnung über die Gesundheitsplanung und die Subventionierung der Krankenanstalten und -institutionen vom 1. Dezember 1999 legt die Bestimmungen für diese beiden Bereiche fest.



4.5 Richtlinien des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie

Im Rahmen der Anwendung der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung hat das DGSE eine gewisse Anzahl von Richtlinien erlassen:

4.5.1 Richtlinien betreffend die APH

- Richtlinien des DGSE betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheim für Betagte vom 22. April 2005;
- Richtlinien des DGSE zur Festlegung der Modalitäten der finanziellen Beteiligung des Kantons an die Alters- und Pflegeheime vom 1. Dezember 2004;
- Richtlinien des DGSE betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheim für Betagte und für die Subventionierung von Ferienbetten vom August 2003;
- Richtlinien des DGSE für die Arzneimittelversorgung in den Alters- und Pflegeheimen vom 14. September 2000.

4.5.2 Richtlinien betreffend die Institutionen für die Hilfe und Pflege zu Hause

- Richtlinien des DGSE betreffend die Organisation der SMZ vom 13. Januar 1997;
- Richtlinien des DGSE betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Institution für die Hilfe und Pflege zu Hause vom 1. März 2000.

4.6 Die Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes

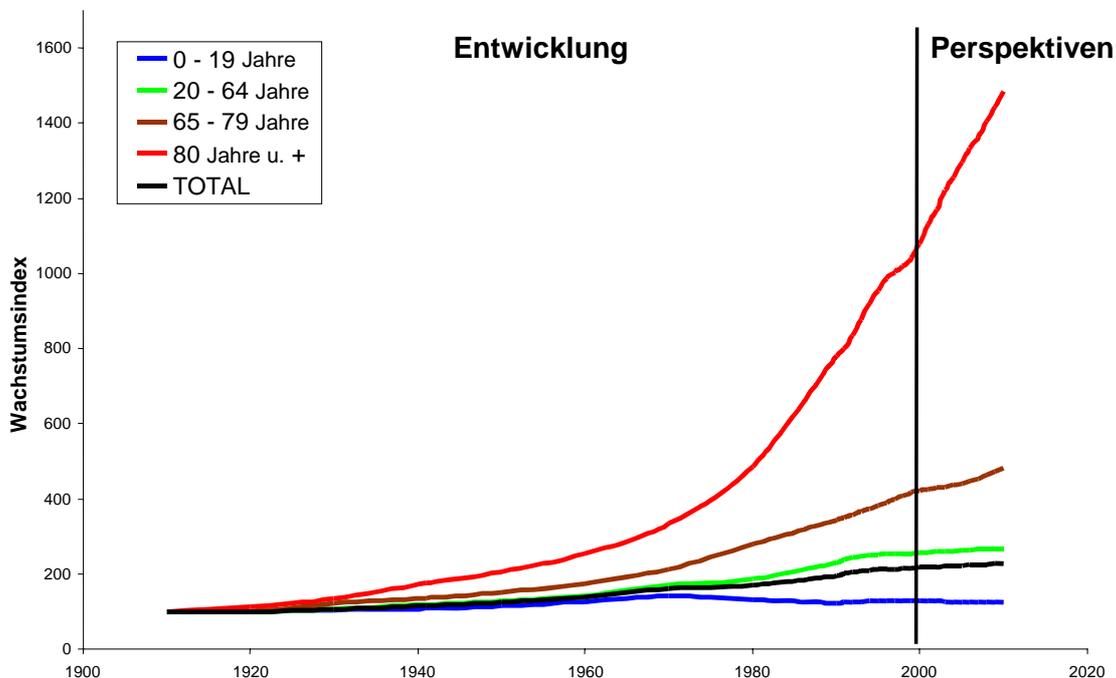
Das Dekret über das GNW vom 1. Februar 2002 ist eine juristische Norm, deren Gültigkeitsdauer auf fünf Jahre beschränkt ist. Die Änderung des Dekrets vom September 2003 verlängert diese Frist nicht. Das bedeutet, dass eine Revision des Gesundheitsgesetzes bis spätestens Januar 2007 zu erfolgen hat, damit die Bestimmungen des Dekrets in das Gesetz aufgenommen werden können. Anlässlich dieser Gesetzesrevision müssen auch die Bestimmungen über die Alters- und Pflegeheime, die Sozialmedizinischen Zentren und die regionalen Gesundheitsnetze überprüft und gegebenenfalls abgeändert werden.



5. Alterung der Gesellschaft und der betagten Personen

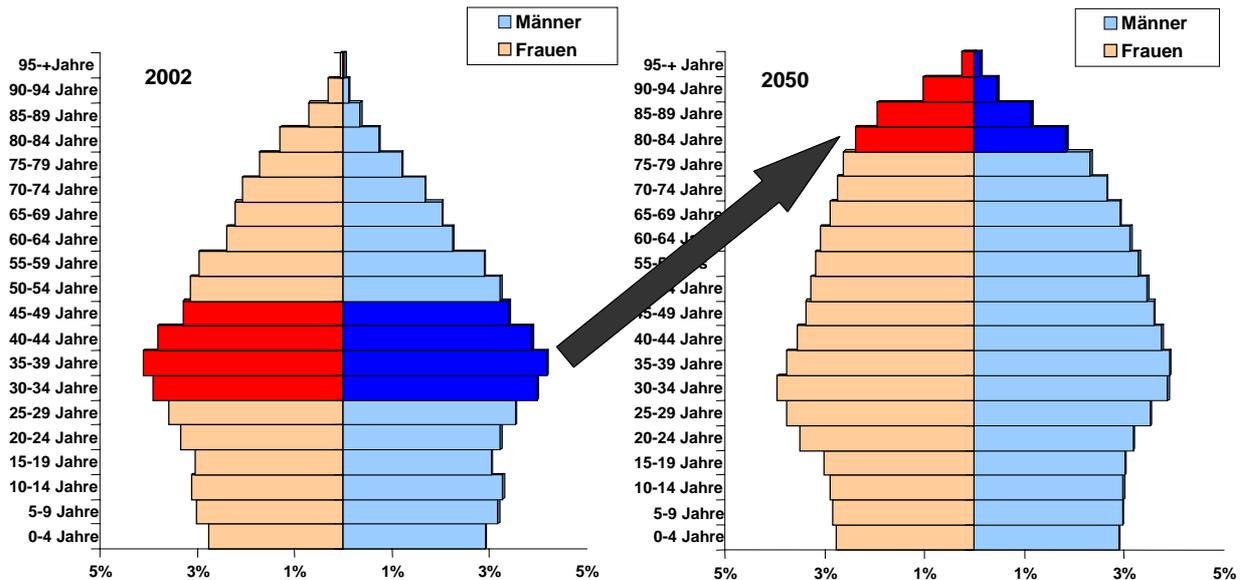
Die demografische Entwicklung ist seit Beginn des 20. Jahrhunderts einer der wichtigsten Veränderungsfaktoren unserer gegenwärtigen Gesellschaft.

1910 machten die unter 20-Jährigen 42% der Gesamtbevölkerung aus. Der Anteil der über 65-Jährigen betrug 6%. Die demografischen Perspektiven bis zum Jahr 2010 lassen einen Rückgang des Bevölkerungsanteils der unter 20-jährigen auf unter 23% erwarten, während die über 65-Jährigen mehr als 16% der Gesamtbevölkerung ausmachen dürften. Wenn man vom „Trend“-Szenario der demografischen Entwicklung zwischen 2005 und 2035 ausgeht, wird dem BfS zufolge das allmähliche Eintreten der Babyboom-Generationen in das 3. und 4. Alter der wichtigste Wachstumsfaktor der Bevölkerung der über 65-Jährigen sein. Davon abgesehen wird das Wachstum mässig, wenn nicht rückläufig sein.



Quelle: BfS, ständige Wohnbevölkerung per 31. Dezember, Eidgenössische Volkszählungen, Prognosen des BfS für das Wallis nach Angaben 2000

Gemäss den demografischen Entwicklungsperspektiven des Bundesamts für Statistik weisen die Alterspyramiden der Walliser Bevölkerung 2002 und 2050 eine alternde Struktur auf. Ein Vergleich zwischen den beiden Alterspyramiden zeigt eine sehr starke Verbreiterung des oberen Teils der Pyramide, d.h. eine starke Zunahme in den Kategorien betagter Personen.



Quelle: BFS, ständige Wohnbevölkerung per 31. Dezember, eidgenössische Volkszählungen, Entwicklungsperspektiven des BFS für das Wallis, 2000

Die Anzahl der über 90-Jährigen hat sich zwischen 1990 und 2000 mehr als verdoppelt. Gemäss den vom BFS erstellten Prognosen wird sich diese Zahl zwischen 2001 und 2020 erneut verdoppeln. In diesem Zusammenhang werden sich die in den letzten zehn Jahren festgestellten Tendenzen wahrscheinlich im Laufe des nächsten Jahrzehnts verstärken, insbesondere die Anzahl der Betreuungstage von Betagten in allen Kategorien von Institutionen.

Unter Berücksichtigung der Studien, laut denen die Betreuung der Betagten während der beiden letzten Lebensjahre aufwändiger wird, ist davon auszugehen, dass die Bedürfnisse der betagten Walliser im Laufe der nächsten Jahre zunehmen. Die Frage der Betreuung dieser Personen wird zu einer Priorität, der Rechnung zu tragen ist.

Die Studien belegen ferner, dass mehr als 10% der Arzt- und Arzneimittelkosten der Grundversicherung auf die letzten 12 Lebensmonate entfallen. Ausserdem leiden 10 bis 20% der Betagten an chronischen Krankheiten und verursachen 60 bis 70% der Gesundheitskosten in ihrer Altersgruppe. In der Studie von F. Höpflinger und V. Hugentobler⁴ wird diesbezüglich erwähnt: „Ausgehend von dem derzeitigen Anteil betagter Personen, die auf eine Pflege angewiesen sind, schätzt man, dass dieser Bevölkerungsanteil zwischen 2002 und 2010 um 15% zunehmen wird. Bis zum Jahr 2020 ist damit zu rechnen, dass die Anzahl pflegebedürftiger betagter Personen aufgrund der Alterung der Bevölkerung maximal um ein Drittel (zwischen 32 und 36%) zunimmt, wenn dieser Bevölkerungsanteil stabil bleibt.“

Hingegen zeigt diese Studie auch, dass man durch die Einführung von wirksamen Präventionsstrategien in der Bevölkerung diesen Anstieg eindämmen könnte, so dass man nur mit einer Zunahme von 20% statt 32 bis 36% Pflegebedürftiger zu rechnen hätte. Eine

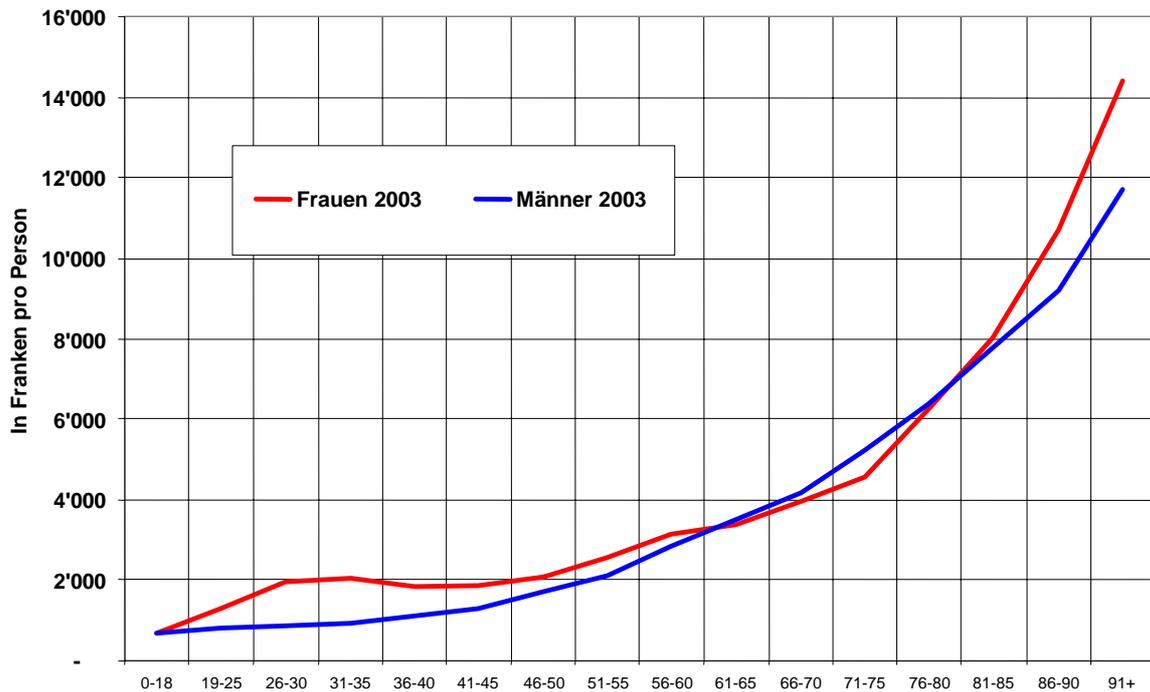
⁴ Pflegebedürftigkeit in der Schweiz Bern: Huber 2003 und Politik des 3. Alters im Kanton Bern: Entwurf in der Vernehmlassung, Bern, März 2004.



verstärkte Prävention wäre in folgenden Bereichen notwendig: Prävention von Stürzen, Prävention von Depressionen und die Früherkennung von Altersdemenz.

Eine erfreuliche Tatsache ist auch die Feststellung, dass sich die Lebensqualität betagter Menschen im Vergleich zu den früheren Generationen verbessert hat. Zu der höheren Lebenserwartung kommt eine Zunahme der behinderungsfreien Lebenserwartung hinzu. Das Risiko von schweren körperlichen Gebrechen nimmt erst nach dem 85. Lebensjahr signifikant zu.

Anhand der nachstehenden Grafik zeigen wir die Entwicklung der Gesamtkosten zu Lasten der Krankenversicherung (2003), wobei zwischen Männern und Frauen unterschieden wird. Diese Progression ist seit vielen Jahren festzustellen.



Quelle: Jahreskosten nach Altersgruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Krankheitsfall, 2003



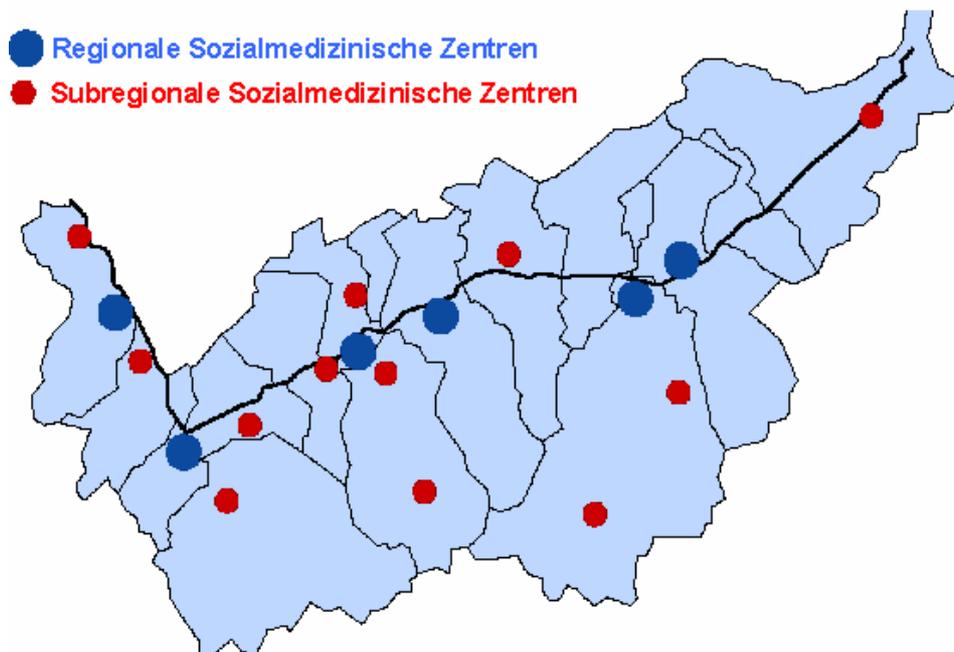
6. Sozialmedizinische Zentren (SMZ)

6.1 Allgemeines

Der Druck auf die Spitalkosten und die kürzeren Aufenthaltsdauer im stationären Bereich haben eine Erhöhung des Bedarfs im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause zur Folge. Die Hilfe und Pflege zu Hause bieten die folgenden Vorteile: Die betagten Personen können in ihrem gewohnten Lebensrahmen bleiben oder dahin zurückkehren; die Angehörigen sind in die Pflege einbezogen; die Kosten sind niedriger als im stationären Bereich. Die Dienste für die Hilfe und Pflege zu Hause erfolgen je nach Bedarf in Form von Leistungen, die der Patient braucht, und nicht in Form von Luxusleistungen.

6.1.1 Die Sozialmedizinischen Zentren im Wallis

Der Bedarf in Sachen Hilfe und Pflege zu Hause wird durch sechs Sozialmedizinische Regionalzentren gedeckt. Die 6 regionalen SMZ sind verantwortlich für die Regionen von Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach und Monthey.



6.1.2 Leistungsauftrag

Mit ihren Leistungen fördern, erleichtern und ermöglichen die regionalen Sozialmedizinischen Zentren das Leben zu Hause von Personen aller Altersgruppen, die Hilfe, Pflege, soziale Betreuung und Begleitung benötigen.

Durch die Erteilung des Leistungsauftrags an die sechs regionalen SMZ überträgt ihnen der Kanton den Auftrag, die Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause zu fördern, mit dem Ziel, einen Beitrag zur Eindämmung der Gesundheitskosten unter Berücksichtigung der Lebensqualität der Betreuten zu leisten. Die regionalen Sozialmedizinischen Zentren haben im Dezember 1997 vom DGSE den folgenden Leistungsauftrag (allgemeine Leistungen) erhalten:



- Gewährleistung einer sozialmedizinischen Versorgung, die sich auf alle Leistungen bezieht, die in der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Krankheitsfall (KLV) und in den Richtlinien des Gesundheitsdepartements vom 13. Januar 1997 vorgesehen sind. Diese Leistungen erstrecken sich auf das gesamte Kantonsgebiet und sind wie folgt zu erbringen:
- 24 Stunden pro Tag: geplante Pflegeleistungen, System der Sicherheit zu Hause;
- 7 Tage pro Woche: Mahlzeiten, Materialverleih;
- Werkzeuge: Haushaltshilfe, Familienhilfe;
- Entwicklung der Gesundheitsförderung im Auftrag des Gesundheitsdepartements und in Zusammenarbeit mit den anderen Partnern;
- Sicherstellung des schulmedizinischen Dienstes gemäss den Richtlinien des Gesundheitsdepartements und des Departements für Erziehung, Kultur und Sport.

6.1.3 Private Leistungserbringer

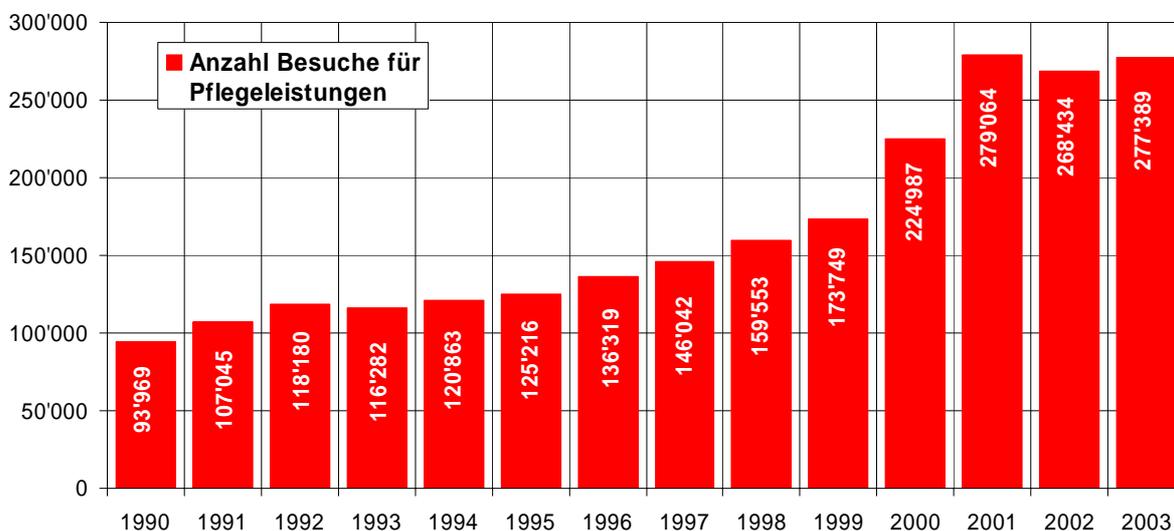
Die privaten Leistungserbringer sind auf bestimmte Leistungen spezialisiert, wie Hilfe- und Pflegeleistungen für Kinder oder die Palliativpflege.

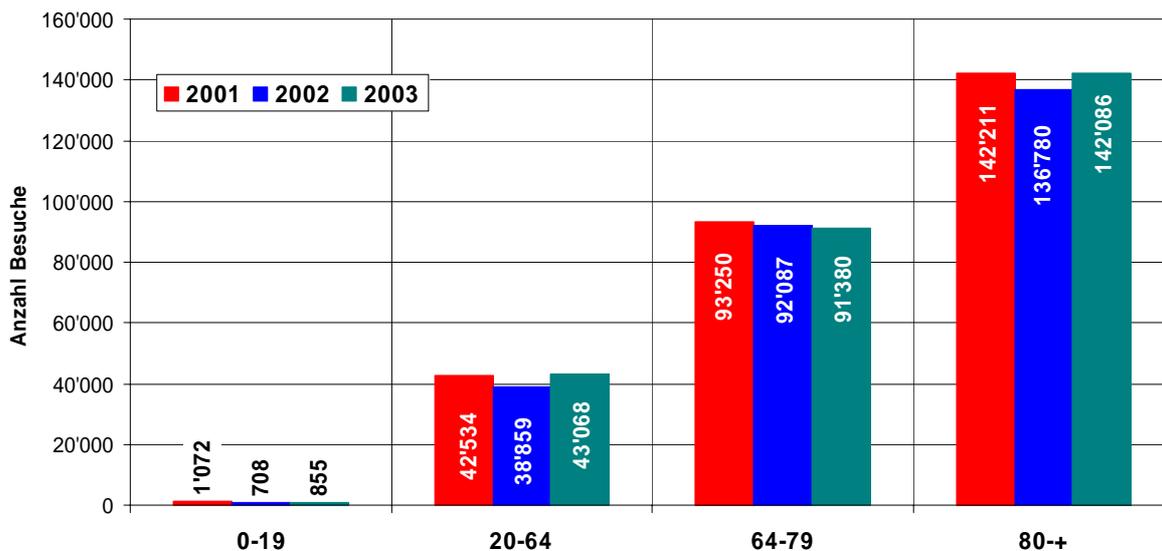
Aufgrund ihres vom Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie erteilten Leistungsauftrags gelten die Sozialmedizinischen Zentren als primäre Leistungserbringer. Die privaten oder sekundären Leistungserbringer haben die Möglichkeit, gemäss den Richtlinien des Departements vom März 2000 eine Betriebsgenehmigung zu beantragen. Die Erteilung ist jedoch mit der Auflage verbunden, mit den regionalen Sozialmedizinischen Zentren einen Kooperationsvertrag abzuschliessen. Die regionalen Sozialmedizinischen Zentren haben auch die Möglichkeit, Aufgaben an Dritte zu delegieren. Die Sozialmedizinischen Zentren sind dafür verantwortlich, dass die an Dritte übertragenen Aufgaben den Qualitätsanforderungen entsprechen und dass die erforderlichen Informationen an das Departement weitergeleitet werden.

6.2 Bestandesaufnahme

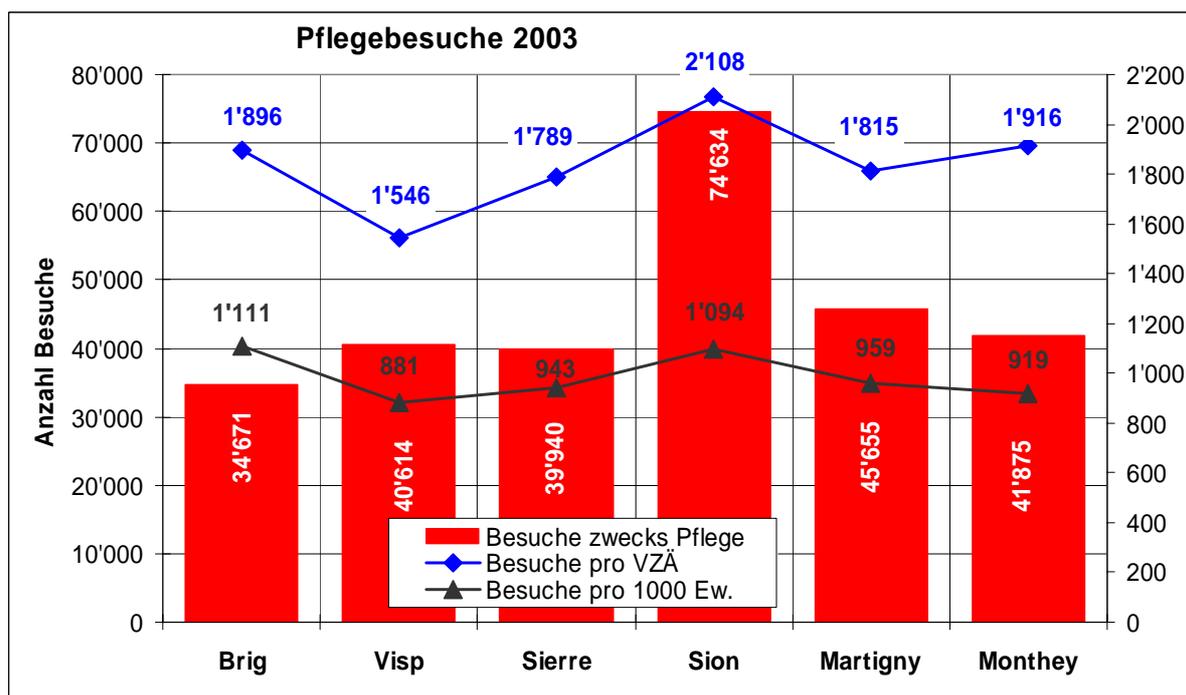
6.2.1 Entwicklung der Zahl der Hausbesuche

Die Zahl der Hausbesuche für Pflegeleistungen hat in den letzten Jahren markant zugenommen.





Wenn man von der Anzahl Besuche als Berechnungsgrundlage ausgeht, nimmt die Altersgruppe der über 80-Jährigen die Hälfte der Pflegeleistungen in Anspruch. Der Bedarf an Pflegeleistungen nimmt folglich ab dem 80. Lebensjahr markant zu. Unter Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung ist davon auszugehen, dass die Nachfrage für Pflegeleistungen zu Hause in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird.



Die Zahl der von Krankenschwestern durchgeführten Hausbesuche ist in fünf SMZ annähernd gleich. Nur in Sitten ist eine deutlich höhere Zahl zu verzeichnen. Wenn man jedoch die Zahl der Besuche pro 1'000 Einwohner berechnet, ist festzustellen, dass die SMZ etwa die gleiche Zahl von Besuchen pro Einwohner durchführen.



6.2.2 Personaldotation

6.2.2.1 Anforderungen in Sachen Personal und Personalausstattung

Die regionalen Sozialmedizinischen Zentren sind dafür zuständig, dass kompetentes und verantwortungsbewusstes Personal mit geeigneter Ausbildung angestellt wird. Sie sind aufgefordert, die erforderlichen Mindestnormen für die Personaldotation gemäss Staatsratsbeschluss vom Juli 2001 zu respektieren. Diese Mindestdotationen sind auch eine der vom DGSE anerkannten Bedingungen für eine Subventionierung. Sie lauten:

A. 1 Krankenschwester pro	1'700 Bewohner
B. 1 Sozialhelfer pro	5'500 Bewohner
C. 1 Familienhilfe pro	2'500 Bewohner
D. 1 Verwaltungskraft pro	10'000 Bewohner

Die Inkraftsetzung dieser Mindestnormen erfolgt schrittweise, wie aus dem folgenden Zeitplan hervorgeht:

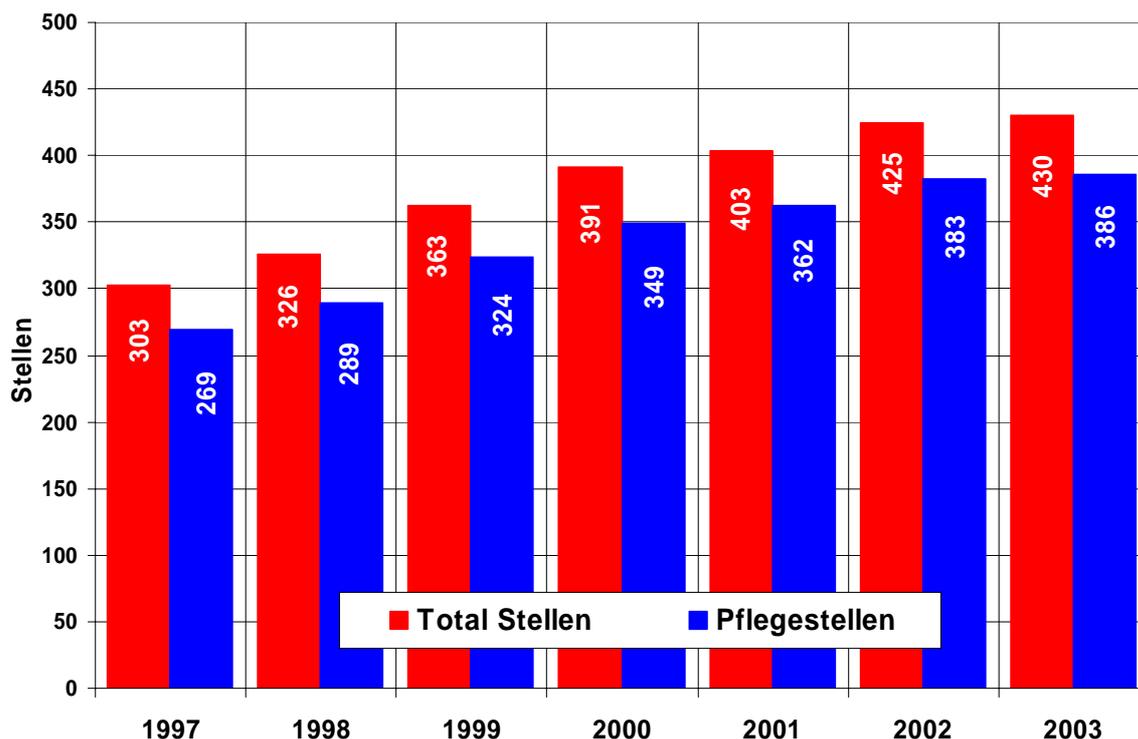
Jahr	2002	2004	2005
Zu erreichendes Ziel	35%	70%	100%

Die Pflegeleistungen müssen von diplomiertem Personal erbracht werden. Gewisse Leistungen können an Hilfskräfte delegiert werden. Die Verantwortung für die Betreuung trägt jedoch das diplomierte Personal. Der neue Leistungsauftrag sieht vor, dass die Anforderungen in Sachen Personal nach Leistungskategorien geregelt werden.

Gemäss den Richtlinien vom Januar 1997 verpflichtet sich das Personal der Zentren zum Besuch von Weiterbildungskursen. Die regionalen Sozialmedizinischen Zentren erstellen einen Jahresplan für die Personalausstattung und teilen ihn der Gruppe Walliser Sozialmedizinischer Zentren mit. Die Gruppe erstellt eine zusammenfassende Tabelle, die an das DGSE weitergeleitet wird.

6.2.3 Derzeitige Situation betreffend die Anpassung der Mindestnormen für die Personaldotation

Die Entwicklung der Gesamtzahl von Posten in den SMZ stellt sich wie folgt dar:



Was die verschiedenen Aktivitätsbereiche der SMZ anbelangt, so wurden die Mindestnormen für die Personaldotation 2003 wie folgt eingehalten:

SMZ	Bw. 2002	Pflegepersonal		Sozialhelfer		Familienhilfen		Verwaltungspersonal		Sonstiges Personal
		Ziel 2005	Stand 2003	Ziel 2005	Stand 2003	Ziel 2005	Stand 2003	Ziel 2005	Stand 2003	Stand 2003
Brig	31'202	18.4	21.3	5.7	3.8	12.57	12.8	3.1	4.4	0.9
Visp	46'107	27.1	26.3	8.5	6.8	18.6	17.9	4.6	6.8	2
Siders	42'333	24.9	22.6	7.5	4.4	16.6	14.3	4.1	6.9	30.3
Sitten	68'217	40.1	34	12	8.6	26.5	39	6.6	9.6	5.9
Martinach	47'591	27.9	22.4	6.4	6.6	18.5	34.7	4.6	5.3	1.1
Monthey	45'570	26.8	20.6	7.7	11.8	16.9	26	4.2	8.1	3.1

Aus dieser Tabelle gehen deutlich die regionalen Unterschiede bei der Einhaltung der Mindestnorm für die Personaldotation hervor. Obwohl die SMZ global die gleichen Leistungen anbieten, werden sie je nach Region unterschiedlich genutzt. Folglich sind auch bei der Personalausstattung regionale Unterschiede zu verzeichnen, und zwar sowohl bei den Krankenpflegern als auch bei den Familienhilfen.

In der Kategorie „sonstiges Personal“ sind die Hilfskräfte für die Pflege und die Sozialhilfe unterschiedslos zusammengefasst. Die Ersteren können unter der Verantwortlichkeit des geschulten Personals gewisse Pflegeleistungen erbringen. Bei der Berechnung der Mindestpersonaldotation können sie nicht berücksichtigt werden, da man die genaue Zahl der auf die Pflege entfallenden VZÄ nicht kennt. Dies erklärt somit die Unterschiede.



6.2.4 Die Ausbildung des Personals

Eine der Anstellungsbedingungen für die in den SMZ tätigen Krankenschwestern ist die Absolvierung einer Nachdiplomausbildung in Gemeindegrenzenpflege. 2002 hatten sich 90 Krankenschwestern auf diesem Gebiet spezialisiert. Gewisse Krankenschwestern hatten auch andere Nachdiplomabildungen absolviert.

6.3 Jüngste Entwicklungen

6.3.1 RAI-HomeCare

Der Spitex-Verband Schweiz bemüht sich seit 1996, ein einheitliches Bewertungsinstrument für den Pflegebedarf zu finden, das in der ganzen Schweiz anwendbar ist. RAI-HomeCare ist ein Instrument zur Bedarfsbewertung, das den Pflegebedarf der Patienten in der ganzen Schweiz nach den gleichen Kriterien definiert. Dieses Instrument ermöglicht somit eine grössere Transparenz bei der Bedarfsbewertung und beim Leistungsangebot, wie dies von den Krankenversicherern (santésuisse) verlangt wird.

Nach einer Pilotphase an 15 Schweizer Standorten (darunter das SMZ von Visp) von August 2000 bis Ende März 2002 wird dieses System auf der Grundlage der Empfehlungen der GDK schrittweise in allen SMZ eingeführt werden.

6.3.2 Harmonisierter Buchhaltungsplan

Ab 2005 werden alle Walliser SMZ einen harmonisierten Buchhaltungsplan einführen. Dieser Plan, der auf dem Finanzhandbuch des Spitex-Verbands Schweiz beruht, wurde von den Krankenversicherern geprüft und von santésuisse empfohlen. Dieser neue Buchhaltungsplan dürfte eine grössere Transparenz ermöglichen und die Position der SMZ bei ihren Verhandlungen mit den Krankenversicherern stärken. Für die SMZ handelt es sich um eine Massnahme, die geeignet ist, die Kosten einzudämmen und bei den Krankenversicherern den Kosten entsprechende Tarife durchzusetzen.

6.4 Anpassung des Leistungsauftrags

6.4.1 Leistungsdefinition der SMZ von 1997

Der derzeitige Auftrag wird überprüft, um ihn an den Bedarf im Bereich der Pflege zu Hause anzupassen. Der Leistungsauftrag von 2004 wird deshalb durch einige Leistungen ergänzt, die zwar zum Teil bereits angeboten werden, im Leistungsauftrag von 1997 aber nicht explizit enthalten waren.

6.4.1.1 Die Pflege zu Hause im Allgemeinen

Unter „Pflege zu Hause“ sind die Leistungen zu verstehen, die vom Krankenpflegepersonal im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 7 KLV) erbracht werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Bestandesaufnahmen, Informationen und Beratungen der Patienten sowie ihres Umfelds, um die von Ärzten delegierte Fachpflege und die komplexe Grundpflege. Die Pflegeleistungen werden 7 Tage pro Woche rund um die Uhr geplant und erbracht. Um eine optimale Kontinuität der Pflege sicherzustellen, müssen enge Kontakte und eine gute Koordination mit den drei Walliser Spitalzentren, den Ärzten und den anderen Institutionen hergestellt werden. Zu diesem Zweck verfügen heute die meisten SMZ über eine regionale interinstitutionelle Koordinationsinstanz.



6.4.1.2 Die Haushaltshilfe

Unter „Haushaltshilfe“ versteht man Leistungen, die neben der Familienhilfe und der Unterstützung bei der kompletten Haushaltsführung auch Hygiene und Hilfe bei Alltagsverrichtungen umfassen. Diese Leistungen werden nach festgelegten Kriterien entweder von diplomierten Familienhelfern oder von Hilfspersonal für die Haushaltshilfe erbracht. Die Leistungen zur Unterstützung bei Alltagsverrichtungen umfassen die Anwesenheit bei Tag oder bei Nacht, die körperliche und geistige Mobilisierung sowie die Vertretung und Unterstützung der Familien und des Umfelds bei der Begleitung von Personen mit zunehmendem Autonomieverlust. Die Hilfeleistungen werden 7 Tage pro Woche rund um die Uhr geplant. Um eine optimale Kontinuität der Hilfe sicherzustellen, müssen enge Kontakte und eine gute Koordination zwischen den drei Walliser Spitalzentren, den Ärzten und den anderen Institutionen hergestellt werden. Zu diesem Zweck verfügen die meisten SMZ heute über eine regionale interinstitutionelle Koordinationsinstanz.

6.4.1.3 Mahlzeitendienst

Die SMRZ sind verantwortlich für die Schaffung der Organisation und der regelmässigen Verteilung der Mahlzeiten zu Hause auf der Gesamtheit ihres Sektors. Die Mahlzeiten entsprechen Qualitäts-, Ernährungs- und Hygienenormen, die häufigsten Ernährungsweisen umfassen (Mahlzeit ohne Fett, Diabetiker, ohne Ernährungsfasern usw.).

Die Lieferung der Mahlzeiten kann durch Hilfspersonal, welches dem Mahlzeitendienst zugeteilt ist sowie in bestimmten Fällen von Freiwilligen, gewährleistet werden. Die Gesamtheit dieser Personen muss die nötigen Anweisungen erhalten um die Auslieferung der Mahlzeiten zu gewährleisten. Sie müssen regelmässig die Teams über besondere Situationen zu Hause informieren, um die verschiedenen Leistungen wirksam zu koordinieren.

6.4.1.4 Sicherheit zu Hause

Unter Sicherheit zu Hause versteht man alle Massnahmen, mit denen die körperliche und psychische Unsicherheit von zu Hause lebenden Personen reduziert werden soll. Diese Leistungen fallen in den Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause. Sie umfassen die Verhinderung von häuslichen Unfällen, die Anpassung der Wohnung sowie die Unterstützung und fachliche Betreuung im Falle von Angstzuständen der betroffenen Personen und ihres Umfelds. Zur Sicherheit zu Hause zählt auch ein telefonischer Bereitschaftsdienst in Verbindung mit Alarmsystemen. Der Bereitschaftsdienst in Verbindung mit Alarmsystemen funktioniert 24 Std. pro Tag rund um die Uhr.

6.4.1.5 Verleih und Miete von Material

Die SMZ stellen in ihrem jeweiligen Sektor auf Verleih- oder Mietbasis das gesamte Hilfsmaterial zur Verfügung, das für die Pflege und das tägliche Leben von kranken oder zunehmend auf Hilfe angewiesenen Menschen zu Hause benötigt wird. Sie sind verantwortlich für die Lagerhaltung, die Verwaltung der Lagerräume, den Unterhalt und die Hygiene dieser Räume sowie für den Unterhalt des Materials. Bei der fachlichen Bewertung einer Betreuung zu Hause werden die Aspekte der funktionellen Einschränkungen der betroffenen Personen berücksichtigt und Hilfsmittel zur Erhöhung ihrer Autonomie vorgeschlagen. Für die Pflege ist es ebenfalls unerlässlich, über das erforderliche Material für eine angemessene Betreuung zu verfügen. Ein Dienst für den Verleih und die Miete von Hilfsmaterial muss der Öffentlichkeit an Werktagen zu bestimmten Zeiten zugänglich sein.



6.4.1.6 Kleinkinderberatungsstelle

Dieser Dienst umfasst Beratungen für Eltern von Säuglingen, die es gestatten, die Entwicklung der Kinder (von 0 bis 2 Jahren) zu kontrollieren und Informationen insbesondere auf dem Gebiet der Ernährung, des Schlafs, der Entwicklung und der üblichen Pflege der Kleinkinder einzuholen. Zu diesem Sektor gehören auch vorschulische Beratungen (2-4 Jahre). Die Kinder werden in Bezug auf ihre psychomotorische, körperliche und sensorische Entwicklung kontrolliert.

6.4.2 Neue Leistungsaufträge der SMZ 2004

In Anbetracht der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Zahl allein zu Hause lebender Betagter sowie der Anzahl von Familien, die an der Pflege betagter Personen mitwirken, ist es angebracht, neue Angebote im Rahmen des Leistungsumfangs der SMZ zu entwickeln oder zu integrieren. Dies trifft auf vier Bereiche zu:

6.4.2.1 Die Palliativpflege

Die Palliativpflege nimmt bei der Betreuung zu Hause einen immer wichtigeren Platz ein. Alte Menschen haben den Wunsch, den letzten Teil ihres Lebens zu Hause und in ihrer vertrauten Umgebung zu verbringen. Für das Personal der SMZ bedeutet das zusätzliche Anstrengungen, um eine Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativpflege und der Pflege am Lebensende sicherzustellen. Auf diesem Gebiet arbeiten die SMZ auch mit privaten Leistungserbringer zusammen.

Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfassen alle ärztlichen Behandlungen, Pflegeverrichtungen sowie Massnahmen zur psychischen, sozialen und geistigen Unterstützung von Patienten, die an einer fortschreitenden und unheilbaren Krankheit leiden. Ziel ist es, die Leiden zu lindern, und dem Patienten sowie seinen Angehörigen die bestmögliche Lebensqualität sowie eine angemessene Betreuung am Lebensende zu bieten.

6.4.2.2 Integrierte Gemeinschaftswohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung (neue Wohnoption DOMINO)

Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung sind gemeinschaftliche Wohnungen, in denen mehrere betagte Menschen beherbergt werden. Sie erhalten von den SMZ Hilfe- und Pflegeleistungen. Diese Wohnungen sind insbesondere für betagte Personen bestimmt, die relativ unabhängig sind und weiter in ihrer Region leben wollen.

Die SMZ entwickeln in ihrer Region und als Ergänzung zu Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause integrierte Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung. Unter „integrierten Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung“ versteht man neue ergänzende Wohnformen neben den üblichen Privatwohnungen und den bestehenden Institutionen. Diese umgestalteten Wohnungen (ohne bauliche Barrieren) beherbergen unter einem Dach mehrere Personen, die eine soziale Integration und Pflege brauchen. „Integriert“ bedeutet, dass diese Wohnungen in das Dorf oder Wohnviertel integriert sind. Die in diesen Wohnungen lebenden Personen sind Mieter und bewahren so ihre Unabhängigkeit, ohne allein zu sein.

Die Hilfe- und Pflegeleistungen werden vom Personal des SMZ wie in einer üblichen Privatwohnung erbracht. Die Begleitung und Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens werden von Hilfspersonal (Hilfskräfte für Lebenshilfe) unter der Verantwortung von Fachleuten ausgeführt. Die SMZ schalten sich als Vermittler für die Miete und die Zurverfügungstellung der Wohnungen ein.



Jedes regionale SMZ eröffnet bei Bedarf mindestens 15 DOMINO-Wohnungseinheiten.

6.4.2.3 Hilfe für pflegende Angehörige

Gemäss den von der Pro Senectute veröffentlichten Zahlen schätzt man, dass in der Schweiz ca. 250'000 Personen kurz- oder langfristig – manchmal während mehrerer Jahre – von Angehörigen oder nahestehenden Personen gepflegt werden. Bei diesen Nahestehenden kann es sich um auch um Nachbarn und/oder Freunde handeln. Die meisten dieser Pflegenden sind bereits im AHV-Alter. Das Bundesamt für Statistik (BfS) 1/2003 erwähnt eine französische Studie des INSEE, aus der hervorgeht, dass *50% der Betagten ausschliesslich durch ihre Angehörigen unterstützt werden. Die Hälfte der Haupthelfenden sind die Ehegatten – meistens die Frau; sie haben ein Durchschnittsalter von 70 Jahren und in der Hälfte der Fälle ist der helfende Ehegatte über 70-jährig. Wenn ein Kind der Hauptbringer der Hilfe ist, beträgt das Durchschnittsalter 51 Jahre.* In einem Anfang Mai in der Krankenschwestern-Zeitung erschienenen Artikel „L'aide aux soignants naturels, un maillon essentiel dans le maintien à domicile“ [Angehörigenpflege – ein wesentliches Glied in der Betreuung zu Hause] werden für die Schweiz die folgenden Zahlen genannt:

- 80% des Pflegebedarfs zu Hause wird von Angehörigen gedeckt;
- 60% der verwandten Pflegenden sind Ehegatten (davon 80% Frauen); 40% Töchter und Schwiegertöchter;
- ein Drittel von ihnen nehmen keine Pflegedienste zu Hause in Anspruch, weil sie keine Fremden im Haus haben wollen;
- die Familienmitglieder leisten 17.9 Stunden Pflege pro Woche, während einer Dauer von durchschnittlich 6.5 Jahren;
- 60% der pflegenden Angehörigen sind 60 bis 90 Jahre alt.

Diese langfristigen Pflegeaufgaben sind anstrengend und führen oft zu Erschöpfungszuständen der informellen Pflegenden. Ausserdem haben manche Familien im Zusammenhang mit dieser langfristigen Pflege finanzielle Probleme. Diese Personen stehen oft mit dem formellen Pflegesystem, d.h. den SMZ, in Verbindung. Es wäre angebracht, eventuell gemeinsam mit anderen Partnern (Pro Senectute, den APH), ein systematisches Angebot von Hilfe für pflegende Angehörige zu entwickeln. Als Hilfe sind vor allem Entlastungszeiten für diese Pflegenden vorzusehen, indem man die Aufnahme der Patienten in Tagesheimen oder Ferienbetten vorsieht und die pflegenden Angehörigen auf ihren Anspruch auf eine Hilflosenrente aufmerksam macht. Dieser finanzielle Zuschuss kann zum Beispiel dazu beitragen, für Entlastungszeiten oder Kosten eines Tagesheims zu zahlen. Es wäre auch zweckmässig, Familien, die den SMZ nicht bekannt sind, auf die Pflegehilfe-Angebote sowie die Entlastungszeiten aufmerksam zu machen.

Der Schlussbericht vom Juni 2001 „Unterstützung der pflegenden Angehörigen“ der Gesundheitsregionen Visp und Brig könnte als Reflexionsgrundlage für die Einführung von Projekten in den 6 Sozialmedizinischen Zentren dienen.

Ein Beispiel für eine finanzielle Beteiligung gibt der Kanton Freiburg:

„Das Freiburger Gesetz vom 27. September 1990 über die Pflege und Familienhilfe zu Hause sieht in seinem Artikel 13 vor, dass die Angehörigen und Nahestehenden, die einer hilflosen Person regelmässig Hilfe leisten, nach einer Wartefrist von 60 Tagen eine Hilflosenpauschale von Fr. 25.- pro Tag erhalten können.“



6.4.2.4 Präventivbesuche bei gefährdeten betagten Personen

Um den Verbleib Betagter mit so genannten leichten Behinderungen in ihrer Wohnung zu fördern, wäre es zweckmässig, Präventivbesuche vorzusehen, um das optimale Autonomiepotenzial dieser Personen aufrechtzuerhalten.

Dieses insbesondere von santésuisse unterstützte Projekt müsste auf die ganze Schweiz ausgedehnt werden. Es besteht darin, die Risiken bei betagten Personen ohne Probleme anhand eines zugeschickten Fragebogens festzustellen. Die Beurteilung der persönlichen Risiken wird an die Person selbst und an ihren Hausarzt geschickt, der sie zu den als geeignet erachteten Massnahmen ermutigt (Beginn einer Behandlung, häusliche Organisation, Ernährung, körperliche Bewegung).

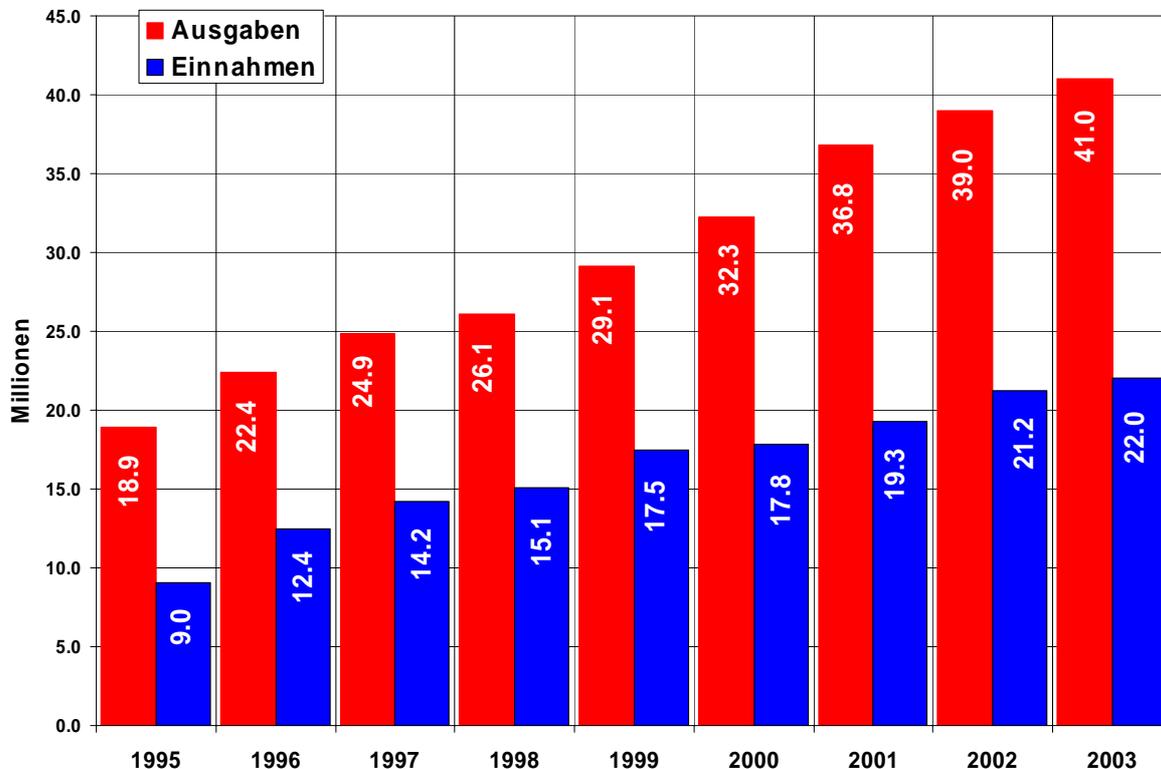
Gemeinsam mit den Hausärzten und den anderen Partnern wäre zu prüfen, ob es zweckmässig wäre, dieses Projekt an die EDV-Einführung auf SMZ-Ebene zu koppeln, auch im Hinblick auf die Möglichkeiten, den Fluss von Informationen und Antworten zu verwalten.



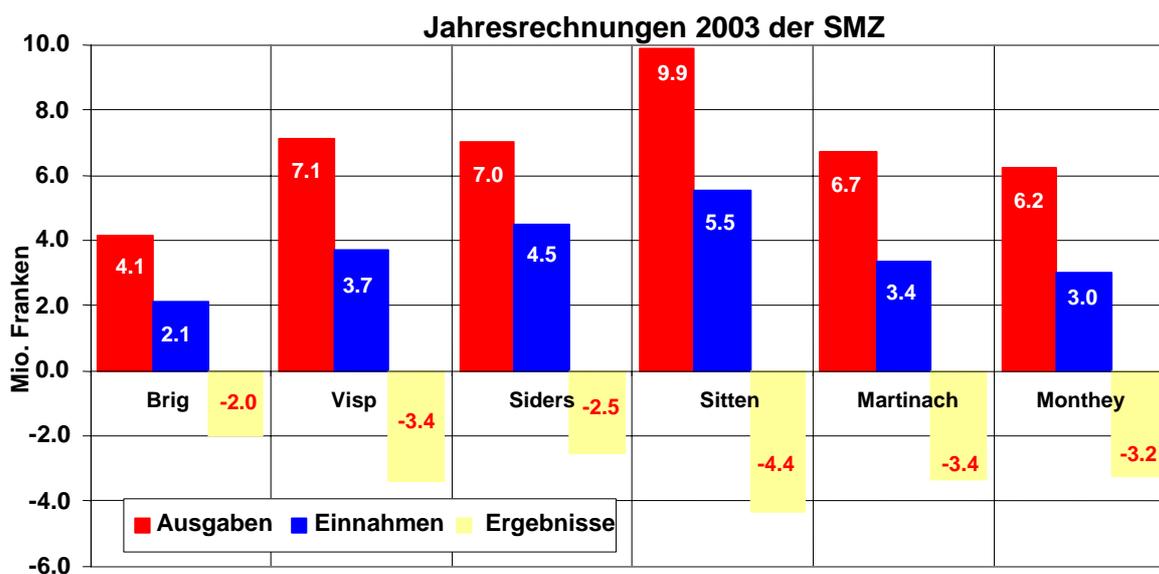
6.5 Finanzierung

Einnahmen und Ausgaben der Sozialmedizinischen Zentren

Die nachstehende Grafik zeigt die Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen seit 1995.



Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen trägt der Kanton 50% des Defizits der SMZ. Die übrigen 50% werden von den Gemeinden der entsprechenden Region übernommen.





Die Finanzierung der SMZ steht im Mittelpunkt einer umfassenderen Überlegung über die gesamte Finanzierung der Krankenpflege im Wallis. Diese wird im Rahmen der 2007 anstehenden Revision des Walliser Gesundheitsgesetzes angestellt.

6.6 Zusammenfassung der Vorschläge für die Periode 2005 – 2010

Infolge der Entwicklung der Betreuung Betagter zu Hause müssen die folgenden Vorschläge in das Leistungsmandat der SMZ aufgenommen werden.

➤ Definition der im Leistungsmandat verwendeten Begriffe:

- **Palliative Pflege:** Der Bereich der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle ärztlichen Behandlungen, die Pflegeverrichtungen sowie Massnahmen zur psychischen, sozialen und geistigen Unterstützung von Patienten, die an einer fortschreitenden und unheilbaren Krankheit leiden. Die palliative Pflege nimmt bei der Betreuung zu Hause einen immer wichtigeren Platz ein. Für das Personal der SMZ bedeutet das zusätzliche Anstrengungen, um eine **Weiterbildung auf dem Gebiet der Palliativpflege** und der Pflege am Lebensende **sicherzustellen**. Auf diesem Gebiet arbeiten die SMZ auch mit privaten Leistungserbringern zusammen.
- **Integrierte Gemeinschaftswohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung:** Die SMZ entwickeln in ihrer Region, ergänzend zu den Hilfe- und Pflegeleistungen zu Hause, gemeinschaftliche Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung. Die Hilfe- und Pflegeleistungen werden vom Personal des SMZ wie in einer üblichen Privatwohnung erbracht. Die Begleitung und Unterstützung bei den Tätigkeiten des täglichen Lebens werden von Hilfspersonal (Hilfskräfte für Lebenshilfe) unter der Verantwortung von Fachleuten durchgeführt. Die SMZ schalten sich als Vermittler für die Miete und die Zurverfügungstellung der Wohnungen ein.
- **Hilfe für pflegende Angehörige:** Die langfristige Pflege durch Nahestehende ist anstrengend und führt oft zu Erschöpfungszuständen der informellen Pflegenden. Manche Familien haben im Zusammenhang mit dieser langfristigen Pflege auch finanzielle Probleme. Diese Personen stehen oft mit dem formellen Pflegesystem, d.h. den SMZ, in Verbindung. **Es wäre angebracht, eventuell gemeinsam mit anderen Partnern (Pro Senectute, den APH), ein systematisches Angebot von Hilfe für pflegende Angehörige zu entwickeln.** Als Hilfe sind vor allem Entlastungszeiten für diese Pflegenden vorzusehen, indem man die Aufnahme der Patienten in Tagesheime oder Ferienbetten vorsieht und die pflegenden Angehörigen auf ihren Anspruch auf eine Hilflosenrente aufmerksam macht. Dieser finanzielle Zuschuss kann zum Beispiel dazu beitragen, Entlastungszeiten oder Kosten eines Tagesheims zu bezahlen. Es wäre auch zweckmässig, Familien, die den SMZ nicht bekannt sind, auf die Pflegehilfeangebote sowie die Entlastungszeiten aufmerksam zu machen.

Der Schlussbericht vom Juni 2001 „Unterstützung der pflegenden Angehörigen“ der Gesundheitsregionen Visp und Brig könnte als Reflexionsgrundlage für die Einführung von Projekten in den 6 Sozialmedizinischen Zentren dienen.



- **Präventive Hausbesuche bei gefährdeten betagten Personen:** Um den Verbleib der betagten Bevölkerung mit so genannten leichten Behinderungen in ihrer Wohnung zu fördern, wäre es zweckmässig, **Präventivbesuche** vorzusehen, um das optimale Autonomiepotenzial dieser Personen aufrechtzuerhalten. Dieses Projekt der Risikobeurteilung durch Besuche oder anhand von Fragebögen (**Folgeprojekt EIGER und SOIPRA, allgemeine Einführung vorgesehen**) wird insbesondere von santésuisse unterstützt. Aufgrund der Erfahrungen in der Pilotphase SOIPRA ist eine Ausdehnung auf die ganze Schweiz vorgesehen. Es besteht darin, die Risiken bei betagten Personen, die noch keine Probleme haben, anhand eines zugeschickten Fragebogens festzustellen. Die Beurteilung der persönlichen Risiken wird an die Person selbst und an ihren Hausarzt geschickt, der sie zu den als geeignet erachteten Massnahmen ermutigt (Beginn einer Behandlung, häusliche Organisation, Ernährung, körperliche Bewegung). Gemeinsam mit den Hausärzten und den anderen Partnern wäre zu prüfen, ob es zweckmässig wäre, dieses Projekt an die EDV-Einführung auf SMZ-Ebene zu koppeln, auch im Hinblick auf die Möglichkeiten, den Fluss von Informationen und Antworten zu verwalten.
-
- Beteiligung an Forschungsprogrammen;
 - Einführung von Massnahmen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz;
 - regelmässige Beurteilung der positiven Auswirkungen der ergriffenen Massnahmen.



7. Alters- und Pflegeheime (APH)

7.1 Die Bedarfssituation

7.1.1 Allgemeines

Wir kommen hier nicht auf das Thema der demografischen Alterung zurück, das bereits oben (Kapitel 5) behandelt wurde.

Was insbesondere die APH anbelangt, so haben die im Konzept 2001 enthaltenen Indikatoren deutlich gezeigt, dass die Tätigkeit dieser Institutionen in den letzten Jahren zugenommen hat. Diese Zunahme erfolgt auf zwei Ebenen. Innerhalb von zehn Jahren ist die Zahl der Krankentage stark angestiegen. Parallel dazu weisen die in diesen Einrichtungen betreuten Personen immer schwerere Pathologien auf. Diese Entwicklung äussert sich direkt in einer Erhöhung der BESA 3 und 4 (Bewohner/innen - Einstufungs- und Abrechnungssystem).

7.1.2 Entwicklung der Bettenzahl von 1999 bis 2003

In den nachstehenden Tabellen haben wir die Zahl der betriebenen und subventionierten Betten dargestellt. Die Zahl der betriebenen Betten entspricht der Zahl der Betten, die von APH-Bewohnern im Kanton in Anspruch genommen werden. Einige Heime können mehr Betten zur Verfügung haben, als der Kanton subventioniert.

1999 haben einige private Anstalten vom Kanton keine Subvention erhalten. 2003 wurden alle auf der Liste aufgeführten Anstalten subventioniert.

Ganz allgemein ist festzustellen, dass die Zahl der betriebenen und/oder subventionierten Betten zwischen 1999 und März 2003 gestiegen ist.

APH	1999		2003		Differenz 03-99	
	Betriebene Betten	Subventionierte Betten	Betriebene Betten	Subventionierte Betten	Betriebene Betten	Subventionierte Betten
Oberwallis	559	494	587	580	+28	+86
Zentralwallis	851	780	886	883	+35	+103
Unterwallis	746	593	759	745	+13	+152
Wallis	2'156	1'867	2'232	2'208	+76	+341

1999 gab es im **Oberwallis** 2 private Anstalten (65 Betten). Diese Betten werden 2003 subventioniert.

Im **Mittelwallis** hat sich die Anzahl betriebener Betten um 35 betriebene und 103 subventionierte Einheiten erhöht. Diese Zunahme ist auf den Bau von 10 Betten in St-François in Sitten und die Anerkennung der Gemeinnützigkeit des APH St-Pierre in Sitten zurückzuführen.

Das **Unterwallis** verfügt über 13 zusätzliche betriebene Betten. Bei den subventionierten Betten ist in dieser Region ein erheblicher Anstieg zu verzeichnen. Er ist darauf zurückzuführen, dass es 1999 in dieser Region sechs private Heime gab. In dieser Region wurde ausserdem eine Anstalt (Home du Pas in Vernayaz) Ende 2002 geschlossen.



Insgesamt werden also im Wallis 76 Betten mehr als 1999 betrieben.

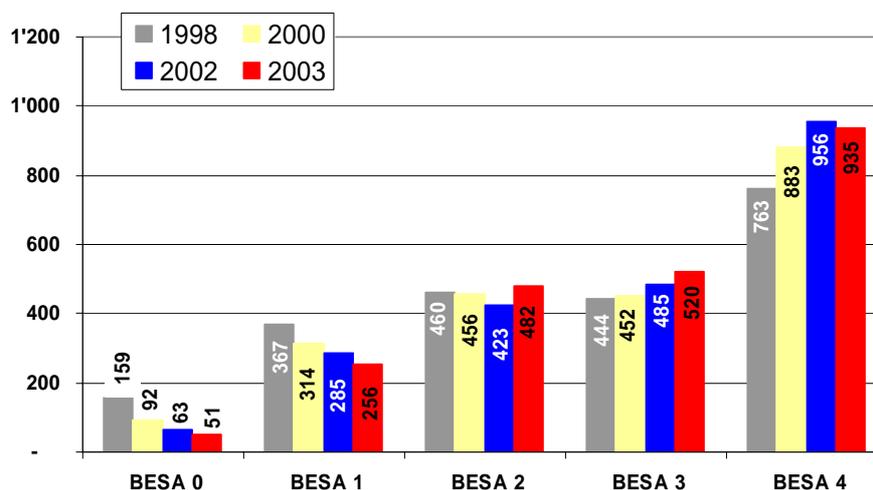
Die Aufteilung der Bettenzahl pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber ist aufschlussreich, weil sie die regionalen Unterschiede in der Bettenausstattung im Kanton deutlich macht. Wenn man davon ausgeht, dass 2001 für das Jahr 2010 195 Betten pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber vorgesehen waren, dann müsste das Wallis über folgende Bettenzahlen verfügen:

Region	Geplante Betten für 2010	Betriebene Betten 2003	Differenz 2010-2003
Oberwallis	703	587	116
Zentralwallis	997	886	111
Unterwallis	800	759	41
Total	2'500	2'232	268

7.1.3 Bettenbelegung

Die in diesen Institutionen betreuten Personen brauchen immer mehr Pflege. Die nachstehende Grafik zeigt deutlich, dass im Jahr 2003 die Zahl der Betreuten in BESA⁵ 4 sehr hoch ist (43%). Die Patienten der Stufe BESA 3 bzw. der Stufe BESA 2 machen 23% bzw. 21% der Heimbewohner aus. In den letzten beiden Kategorien ist gegenüber 2002 eine steigende Tendenz festzustellen. Die Daten für das erste Halbjahr 2004 zeigen erneut einen Anstieg in BESA 4. Der 2003 verzeichnete Rückgang war vermutlich nur vorübergehender Natur.

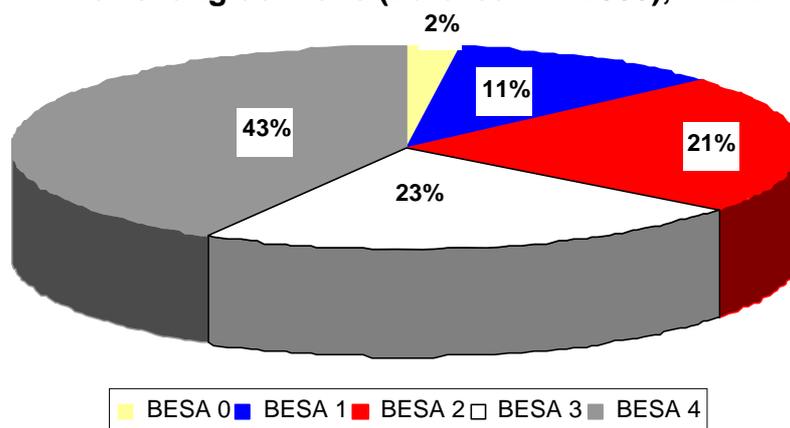
Anzahl Fälle 2003, n=2'244



⁵ BESA: Klassifizierungssystem für den Pflegeaufwand in den APH



Aufteilung der Fälle (Durchschnitt 2003), n=2'244



Die Richtlinien des DGSE sehen vor, dass Betagten in den APH neben der erforderlichen Pflege und ärztlichen Behandlung auch eine soziale Betreuung geboten wird. Das letztere Angebot besteht sowohl in der Förderung des sozialen Lebens innerhalb der Aufnahmestruktur als auch der Wahrung der sozialen Kontakte nach aussen. Die Animation nimmt deshalb im Rahmen dieser Institutionen eine neue Dimension an. Sie erstreckt sich auf alle Aktivitäten der Betagten zur Beibehaltung ihrer sozialen Eingliederung und zur Verhinderung, dass sie sich zurückziehen, sowie auf Aktivitäten, die es ihnen gestatten, eine gewisse Autonomie beizubehalten oder zurückzuerlangen. Dieser Aspekt der gemeinschaftlichen Unterbringung entwickelt sich rasch; man wird ihn noch weiter ausbauen und die diesbezügliche Ausbildung fördern müssen.

7.1.4 Herkunft der Heimbewohner

Die nachstehende Tabelle zeigt den Anteil der Heimbewohner, die aus dem Bezirk stammen, in dem sich die Anstalt befindet, sowie die der auswärtigen Bewohner, die nicht aus dem Bezirk stammen. Die Tabelle enthält auch die Gesamtzahlen der Heimbewohner nach Bezirken für das Jahr 2003.

Bezirke	Goms	Brig	Visp	Leuk	Westl. Raron	Siders	Sitten
Bewohner	107	139	311	135	83	399	505
aus dem Bezirk	72.0%	99.3%	79.4%	49.6%	59.0%	90.7%	68.1%
auswärtig	28.0%	0.7%	20.6%	50.4%	41.0%	9.3%	31.9%

Bezirke	Hérens	Conthey	Martinach	Entremont	St. Maurice	Monthey	Total
Bewohner	71	199	442	140	77	341	2'949
aus dem Bezirk	95.8%	74.9%	75.6%	82.1%	94.8%	88.3%	79.2%
auswärtig	4.2%	25.1%	24.4%	17.9%	5.2%	11.7%	20.8%



7.1.5 Alter der Heimbewohner

2003 hatten die Bewohner der APH des Kantons bei ihrer Aufnahme im Durchschnitt ein Alter von 83.3 Jahren. In der folgenden Tabelle ist das durchschnittliche Eintrittsalter für die einzelnen Bezirke und Regionen aufgeführt. Insgesamt liegt das durchschnittliche Eintrittsalter der APH-Bewohner in allen Bezirken bei weit über 80 Jahren.

Bezirk	Zahl der Bewohner 2003	Durchschnittliches Eintrittsalter 2003
Goms	107	82.6
Brig	139	86.1
Visp	311	83.0
Leuk	135	85.1
Westlich Raron	83	84.2
Oberwallis	775	84.0
Siders	444	84.2
Sitten	460	81.5
Hérens	71	84.0
Conthey	199	82.2
Zentralwallis	1'174	82.8
Martinach	442	82.6
Entremont	140	82.8
St. Maurice	77	86.5
Monthey	341	83.8
Unterwallis	1'000	83.3
Total	2'949	83.3

7.1.6 Todesfälle

Die Anzahl und der Anteil der Todesfälle sind in der nachstehenden Tabelle für die einzelnen Bezirke und Regionen angegeben. Obwohl manche Bezirke mehr oder weniger hohe Sterblichkeitsraten aufweisen, liegt der kantonale Durchschnitt bei 21.6%. Es sei darauf hingewiesen, dass die Sterblichkeitsrate für das Jahr 2003 für alle Heimbewohner und nicht aufgrund der Statistiken der Anstalten zum Jahresende 2003 berechnet wurde. Das erklärt, warum die Zahl der Heimbewohner (2'949) weit höher ist als die Zahl der Betten. (2'208).



Bezirk	Zahl der Bewohner 2003	Todesfälle 2003	Anteil der Todesfälle 2003
Goms	107	31	29.0%
Brig	139	22	15.8%
Visp	311	62	19.9%
Leuk	135	28	20.7%
Westlich Raron	83	18	21.7%
Oberwallis	775	161	20.8%
Siders	444	119	26.8%
Sitten	460	96	20.9%
Hérens	71	11	15.5%
Conthey	199	43	21.6%
Zentralwallis	1'174	269	22.9%
Martinach	442	103	23.3%
Entremont	140	29	20.7%
St. Maurice	77	17	22.1%
Monthey	341	58	17.0%
Unterwallis	1'000	207	20.7%
Total	2'949	637	21.6%

7.1.7 Demenzkranke

Demenzkranken stellen in den Alters- und Pflegeheimen für das sie betreuende Personal eine tägliche Herausforderung dar. Diese Personen stehen auch im Mittelpunkt einer Studie, die in 19 Walliser APH im Rahmen einer gemeinsamen Initiative des Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung und der Kommission für Technologie und Innovation mit dem Ziel durchgeführt wird, die angewandte Forschung in den FHS zu fördern.

Wir verweisen auf die folgenden Ergebnisse dieser Forschung⁶:

Parallel zur Alterung der Bevölkerung ist ein Teil der in den APH aufgenommenen Personen immer älter. Eine gewisse Anzahl von ihnen leidet an Demenz. Diese Tendenz wird auch durch die Berichte der verantwortlichen Ärzte bestätigt, die jedes Jahr einen höheren Anteil von Personen erwähnen, die an Alzheimer oder an einer anderen degenerativen oder vaskulären Demenz leiden. Die häufigsten Probleme im Falle einer Demenz sind:

- Konzentrationsstörungen;
- Gedächtnisverlust (Amnesie);
- Desorientierung in Bezug auf Zeit, Raum, Lage und die eigene Person;
- Sprachstörungen (Aphasie);
- Erkennungsstörungen (Agnosie);
- Unberechenbarkeit, Planlosigkeit;
- Störung der Bewegungskontrolle (Apraxie);

⁶ Les personnes âgées atteintes de démence en établissement médico-social : défis quotidiens pour les soignantes collectif : EVSI Sion Georges Pont et collaboration scientifique François Höpflinger Valérie Hugentobler, novembre 2001



- Verlust des Urteilsvermögens;
- Defizit des Abstraktionsvermögens;
- Störungen bei der Beherrschung von Gefühlen und Verhaltensweisen.

Die Arbeit der Forscher macht die Besorgnis des Pflegepersonals angesichts der Unberechenbarkeit eines destabilisierenden klinischen Bilds deutlich. Aus den Schlussfolgerungen ihrer Arbeit kann man im Wesentlichen die folgenden, sich auf 3 Achsen beziehenden Punkte festhalten:

Die Institution

„Was die Organisation anbelangt, so sollten die Abteilungen mit Demenzkranken, die Schwierigkeiten bei der Anpassung an das Gemeinschaftsleben haben, die Zahl 10 nicht übersteigen. Bei einer grösseren Zahl besteht ein reelles Risiko, dass das Pflegepersonal überfordert ist.“

In Anbetracht der zunehmenden Zahl Demenzkranker ist eine bauliche Umgestaltung der APH geboten. Es sind für diese Personen zugängliche Spazierzonen notwendig (...). Eine Beurteilung der Arbeitsorganisation unter einem quantitativen und qualitativen Gesichtspunkt würde eine Reflexion unter Einbeziehung eines geeigneten Pflegekonzepts erfordern...“

Beruf

„Das Pflegekonzept und die Ausarbeitung von problemspezifischen Instrumenten für die Betreuung Demenzkranker fallen in den Verantwortungsbereich der Krankenschwestern. Das setzt wiederum voraus, dass man die neuesten Erkenntnisse und Vorgehensweisen in Bezug auf Demenzkranke kennt und beherrscht.“

Die Krankenschwestern spielen gegenüber dem weniger qualifizierten Personal eine Vorbildrolle.

Die Familien und Angehörigen der betagten Person müssen in die Pflegeprojekte einbezogen werden ...“

Ausbildung

„Die Alterung der Bevölkerung und die Migrationsströme sind demografische Gegebenheiten, die die Sozial- und Gesundheitspolitik verändern. Die Phänomene in Bezug auf den multikulturellen Charakter der Gesellschaft und auf die Dimension der Beziehungen zwischen den Generationen entwickeln sich. Die kulturellen Unterschiede und die Altersdifferenz zwischen Pflegepersonal und Patienten verändern die Einstellung zur Pflege. All diese neuen Gegebenheiten müssen in der Ausbildung berücksichtigt werden. Genauer gesagt müssten die Demenzen und das für sie erforderliche spezifische Pflegeangebot in Zukunft eine wichtige Rolle in der Ausbildung spielen...“

7.1.7.1 Pilotprojekt einer Einheit für die Betreuung Demenzkranker

Im September 2003 hat der Kanton die Einführung einer Piloteinheit für die Betreuung Demenzkranker genehmigt. Das im APH St. Martin in Visp angewandte Grundkonzept beruht auf dem psycho-biografischen Modell von Erwin Böhm. Eine Zwischenbeurteilung fand im Dezember 2003 statt; die Schlussbeurteilung erfolgt am Ende des ersten Jahres des Experiments. Im Anschluss an diese Erfahrung wird eventuell der Ausbau dieser Einheiten geplant. Bereits jetzt lässt sich sagen, dass 3 weitere APH spezifische Einheiten für ihre an



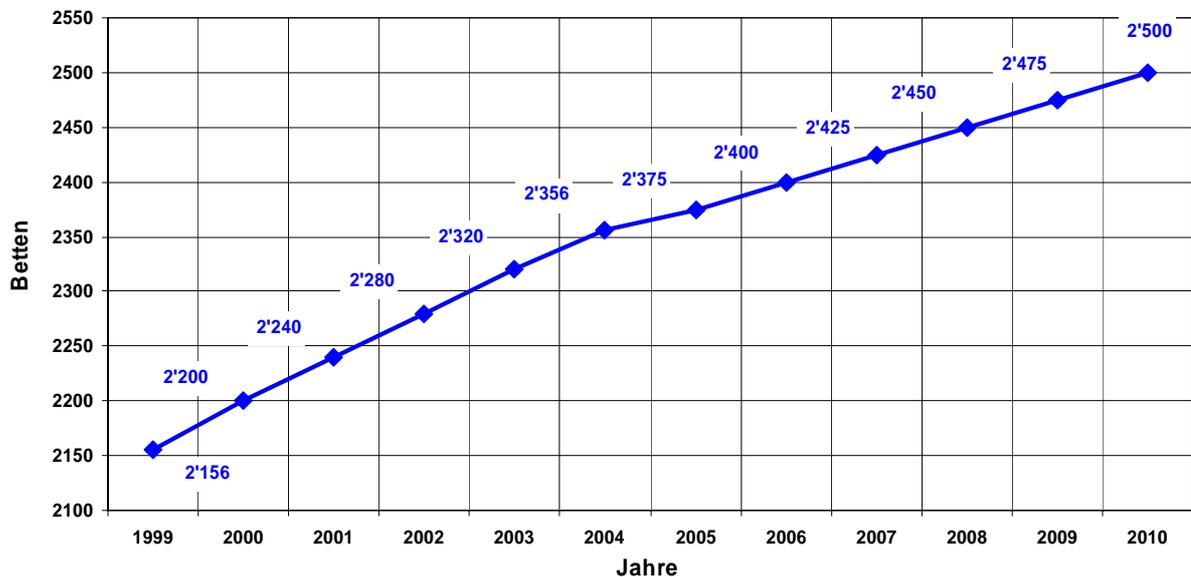
Demenz leidenden Bewohner eingeführt haben. Sie haben dabei andere Betreuungskonzepte zugrunde gelegt. Ausserdem sind in den neu gebauten APH spezifische Einheiten vorgesehen. Ihr bauliches Konzept ist den besonderen Bedürfnissen dieser Heimbewohner angepasst.

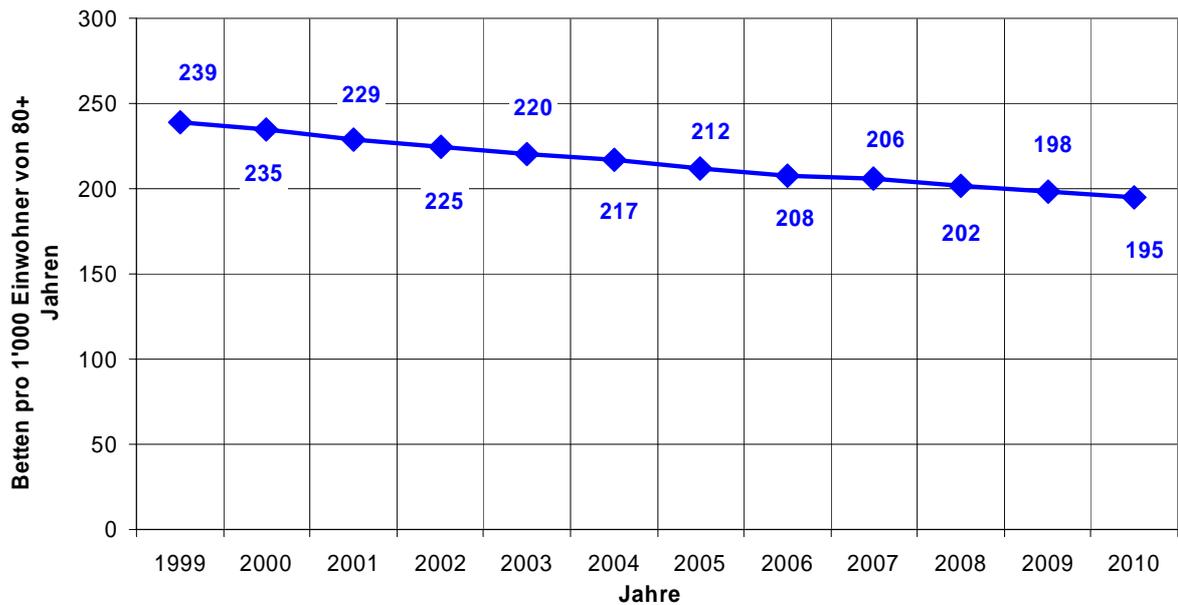
7.2 Umsetzung des Konzepts von 2001

Zur Berücksichtigung der Bedürfnisse betagter Menschen sah das Konzept vom Mai 2001 insbesondere die beiden folgenden Varianten vor:

- Anpassung des derzeitigen Angebots an ein Verhältnis von 255 Betten pro 1'000 Bewohner im Alter von 80 Jahren und darüber. Die Umsetzung dieser Variante hätte eine **Aufstockung der Betten pro 1'000 Einwohner in der Grössenordnung von 44%** auf insgesamt 3'278 Betten bis 2010 erforderlich gemacht;
- Teilweise Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung in den APH und Entwicklung alternativer Strukturen, um dem Gesamtbedarf Rechnung zu tragen. Diese Variante schlägt bis zum Jahr 2010 195 Betten pro 1'000 Bewohner im Alter von 80 Jahren und darüber vor, was einer Gesamtzahl von 2'500 Betten im Jahr 2010 entspricht, d.h. **einem Abbau der Betten pro 1'000 Einwohner in der Grössenordnung von 18%**.

Diese letzte Variante ist auf der nächsten Seite schematisch dargestellt. Sie wurde von der Planungskommission gutgeheissen und vom Staatsrat angenommen.





- Anzahl APH-Betten pro 1'000 Personen im Alter von 80 Jahren und darüber;
- Anzahl APH-Betten pro 1'000 Personen der gesamten Bevölkerung;
Die Gesamtbevölkerung des Kantons Wallis betrug Ende 2003 284'200 Einwohner. Auf der Grundlage der 2003 verfügbaren Betten war der Kanton pro tausend Einwohner mit 8.2 Betten ausgestattet.

Für die Altersgruppe der über 65-Jährigen erhält man eine Bettenausstattung von 50.9 pro 1'000 Bewohner. Was die Bettenzahl pro 1'000 Bewohner im Alter von 80 Jahren und darüber anbelangt, so lag sie Ende 2003 bei 206.5. Diese Zahlen sind den demografischen Projektionen des BfS („Tendenz“-Szenario) entnommen.



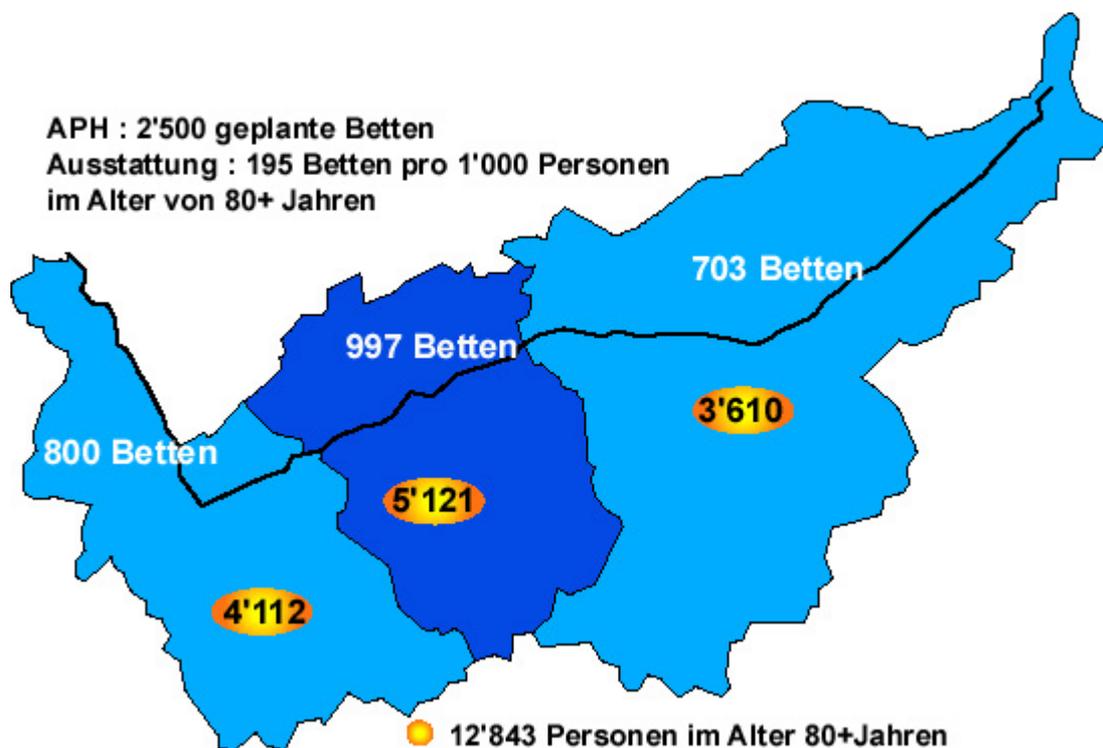
Nutzung der Anstalten für Betagte und/oder Chronischkranke, Jahr 2002

	Betten pro 1'000 Bewohner	Nutzungsrate pro 1'000 Bewohner
Neuenburg	12.7	12.3%
Jura	9.3	9.0%
Waadt	8.5	8.2%
Wallis	8.2	7.9%
Genf	7.9	7.7%
Schweiz	11.7	11.2%

Quelle: Statistik der Spitäler und Krankenanstalten für das Jahr 2002, Bundesamt für Statistik, April 2004.

Der interkantonale Vergleich dieser Nutzungsraten deckt erhebliche Unterschiede auf. Die Ergebnisse für den Kanton Wallis lassen eine relativ niedrige Betreuungsrate für Betagte in Institutionen erkennen sowie eine Bettenanzahl, die niedriger ist als in den anderen Westschweizer Kantonen und als der gesamtschweizerische Durchschnitt.

Die Aufteilung der für das Jahr 2010 geplanten 2'500 Betten war wie folgt vorgesehen:



Die Umsetzung der Planung erfolgte in mehreren Etappen. Sie verlief jedoch nicht reibungslos, wie aus den nachstehenden Abschnitten hervorgeht.



7.2.1 Abgebaute Betten

Seit mehreren Jahren müssen die APH in unserem Kanton ihre Einrichtungen an die vom BSV für Alters- und Pflegeheime festgelegten Normen sowie die Empfehlungen für die Anstalten zur Aufnahme von Behinderten anpassen. Diese Richtlinien müssen demnach revidiert werden, um den APH-Bewohnern optimal Rechnung zu tragen.

So sollten die Zimmer über eine Nettofläche (ohne Vorraum und Einbauschränk) von mindestens 16 m² verfügen. Eine private Dusche ist wünschenswert, die so konzipiert und dimensioniert ist, dass die Einrichtung im Rollstuhl und mit Hilfe von einer anderen Person zugänglich ist.

Aufgrund dieser Bestimmungen musste man vorhandene Zimmer vergrössern und folglich die Bettenzahl in bestimmten APH reduzieren. **Innerhalb von wenigen Jahren hat der Kanton auf diese Weise 55 Betten wie folgt verloren:**

- **4 Betten im Oberwallis (Steg);**
- **37 Betten im Mittelwallis. Das APH St-Pierre (Sitten) hat zwischen 2000 und 2002 bis zu 111 Betten anstelle der 71 vom Kanton geplanten Betten betrieben. Nach Umbauten betreibt die Anstalt jedoch nur noch 74 Betten;**
- **14 Betten im Unterwallis infolge der Schliessung des APH der Place du Pas (Vernayaz).**

7.2.2 Beibehaltung von Heimbetten für Betagte

Das Alters- und Pflegeheim Sancta Maria in Naters verfügt über 20 Heimbetten und Les Tourelles in Martinach über 4 Heimbetten für Betagte. Diese nicht subventionierten Betten sind für nicht pflegebedürftige Personen bestimmt.

Bei der Ausarbeitung des Konzepts von 2001 für die Betreuung von Betagten war die Dienststelle für Gesundheitswesen von einer Anerkennung der Betten von Naters als APH-Betten ausgegangen. **Angesichts der Weigerung der Anstalt, diese Betten umzuwandeln, erwies es sich jedoch als notwendig, neue Berechnungen anzustellen, um die Bettenzahl pro Einwohner für die betroffenen Regionen einzuhalten.**

7.2.3 Dauer der Bauvorhaben

Im Laufe des Monats Mai 2001 hat der Staatsrat beschlossen, die Aufnahmekapazitäten der Alters- und Pflegeheime durch die Schaffung von vorerst 200 neuen Betten (100 Betten für die Region Brig, 70 für das Mittelwallis und 30 für das Unterwallis) anzupassen.

Zu dem Staatsratsentscheid vom Juli 2001 kam noch der Entscheid vom 2. April 2003 über die 32 zusätzlichen für das Oberwallis geplanten Betten hinzu.

Die Bauvorhaben sind langwierig, da die folgenden Etappen eingehalten werden müssen:

- Verteilung der in den Regionen zu bauenden Betten; diese Etappe wird derzeit durchgeführt;
- genaue Definition der Projekte mit Terminplan;
- Durchführung des Architekturwettbewerbs;
- Gewährung der Kredite im Grossen Rat;



- Errichtung der Gebäude.

Stand Ende September 2004:

- **die 3 Projekte für 132 Betten im Oberwallis sind im Gange. Die Projekte Ried-Brig und Naters wurden vom Grossen Rat angenommen. Die Arbeiten haben begonnen. Brig hat den Architekturwettbewerb lanciert;**
- **im Mittelwallis wurden die 20 vorgesehenen Betten in St-François in Betrieb genommen. Ste Catherine ist im Umbau 17 zusätzliche Betten können vom APH St. François betrieben werden;**
- **im Unterwallis wurde ein APH mit 41 Betten eröffnet;**
- **Diverse Projekte werden zurzeit geprüft.**

7.2.4 Anerkennung der betriebenen, nicht subventionierten Betten: 2. Phase

Gemäss dem Beschluss vom 4. Juli 2001 sollten *„die Aufteilung der neuen Betten sowie die Anerkennung der Betten von Alters- und Pflegeheimen nach Gesundheitsregionen und gemäss der harmonisierten kantonalen Bettennorm erfolgen. In diesem Zusammenhang müssen die angewandten Durchführungsmodalitäten eine gewisse Flexibilität vorsehen.“*

In Anbetracht der Tatsache, dass die Bauprojekte 4 bis 5 Jahre Arbeit erfordern, hat das Departement beschlossen, die vom Staatsrat empfohlene Flexibilität walten zu lassen und an erster Stelle die Phase der Anerkennung der betriebenen Betten durchzuführen.

Im April 2003 hat der Staatsrat insgesamt 2'208 betriebene Betten anerkannt. Der Grund, warum der Staatsrat die 24 restlichen Betten nicht anerkannt hat, ist der Umstand, dass sie sich in Regionen befinden, in denen die Bettennorm pro 1'000 Einwohner erreicht ist.

7.2.5 Die Betreuung von Betagten unter 80 Jahren in den APH

1999 hat der Staatsrat das „Walliser Konzept für Alters- und Pflegeheime und andere Pflegeinstitutionen für betagte Personen“ angenommen. Die demografische Analyse in diesem Dokument bezog sich auf Personen ab 65 Jahren bzw. ab 80 Jahren sowie auf die beiden Altersgruppen zusammen.

In dem Kapitel „Alterspflegebedürftiger Pflegebedarf“ heisst es: *„...daraus ergibt sich, dass die Bevölkerung im Alter von über 80 Jahren, die 3% der Gesamtbevölkerung ausmacht, 36% der Pflegeleistungen beansprucht. Die Kategorie der 65- bis 79-Jährigen, die 10% der Bevölkerung ausmacht, braucht 37% der Pflegeleistungen. Diese beiden Kategorien gemeinsam beanspruchen somit 73% der Pflegeleistungen, während sie nur 13% der Bevölkerung ausmachen.“*

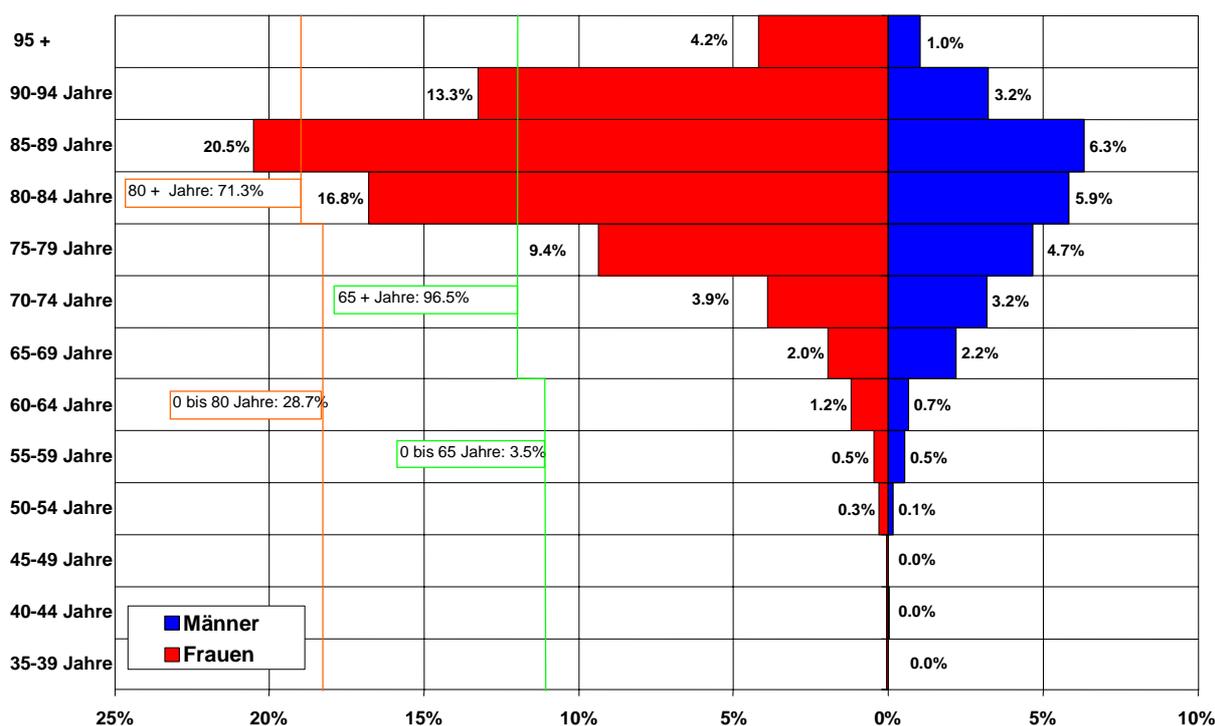
Das Konzept „Betreuung der betagten Personen“ vom Mai 2001 greift die Idee des Pflegebedarfs der Bevölkerung ab 65 Jahren wieder auf. Der Text verweist darauf, dass 10% der Heimbewohner unter 65 Jahren alt sind, dass 36% der Bewohner das 80. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und dass sich das durchschnittliche Eintrittsalter in die APH jedes Jahr erhöht.



Die Planung der APH war folglich auf die Bevölkerung der 80-Jährigen und darüber ausgerichtet, auch wenn festgestellt wurde, dass in diesen Anstalten auch jüngere Personen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung untergebracht sind.

Die APH-Statistiken 2003 zeigen, dass sich das durchschnittliche Eintrittsalter zwischen 1998 und 2003 von 81.8 auf 83.3 Jahre erhöht hat. Hingegen zeigen die Erhebungen auch, dass relativ junge Menschen in diesen Anstalten leben.

Die nachstehende Pyramide zeigt, dass im Jahr 2002 2% der Heimbewohner zwischen 35 und 59 Jahren und 27% zwischen 60 und 79 Jahren alt waren. Die unter 80-Jährigen machen also 28.7% aus, was keineswegs marginal ist.



Die Gründe für die Aufnahme von unter 80-Jährigen in APH hängen nicht mit dem Alter, sondern mit ihren Krankheiten zusammen. Als Beispiele seien die Alzheimer Krankheit erwähnt, die Menschen ab 50 befällt, chronische Krankheiten wie multiple Sklerose, Trisomie, Schlaganfälle, psychiatrische Krankheiten bzw. Gesundheitsschäden infolge von sozialen Problemen oder von Abhängigkeiten etc. Diese Probleme haben zur Folge, dass manche Menschen nicht mehr zu Hause leben können und auf eine Institution, eine Mindeststruktur angewiesen sind, um lebensfähig zu sein. Die für diesen Bedarf geeigneten Institutionen existieren entweder nicht oder sind nicht in genügender Zahl vorhanden.

Es ist folglich zweckmässig, entweder eine Erweiterung des derzeitigen Auftrags in dem Sinn vorzusehen, dass man die Aufnahme gegenüber dem Konzept zur Betreuung Betagter aus dem Jahr 2001 ausweitet, oder spezialisierte Aufnahmestrukturen für Personen unter 80 Jahren zu planen. Um in jedem einzelnen Fall eine Unterbringung im Nahbereich zu fördern sowie in Anbetracht der Verteilung der APH auf das gesamte Kantonsgebiet erscheint es sinnvoll, die Integration dieser Personen im Rahmen der derzeitigen APH zu planen.



Es ist in der Tat festzustellen, dass diese Personen aufgrund von Platzmangel in geeigneten Strukturen oft durch Beistände, Sozialhelfer und Gesundheitsfachleute in APH untergebracht werden. **Da diese Personen jedoch bei der Berechnung der Ausstattung mit APH-Betten nicht berücksichtigt wurden, erfolgt ihre Aufnahme zu Lasten der für die über 80-Jährigen vorgesehen Ausstattung mit APH-Betten.**

7.2.6 Bedarfsnachweis

Trotz der bereits ergriffenen Massnahmen bleibt der Bedarf der Betagten nach wie vor gross. Als Beispiel sei hier daran erinnert, dass im Jahr 2002 289 Personen für eine dringende Aufnahme angemeldet waren. In Bezug auf die Zuverlässigkeit dieser Zahl ist allerdings eine gewisse Vorsicht geboten, weil manche Personen in mehreren Anstalten angemeldet sein können, bereits in einer anderen Anstalt aufgenommen wurden oder verstorben sind. Die Wartelisten für das Jahr 2003 konnten nicht verwendet werden, weil die angegebenen Zahlen offensichtlich unrealistisch und verzerrt sind.

Die Feststellung, dass es heute eine grössere Anzahl betriebener als vom Departement anerkannter Betten gibt, zeigt, dass örtlich eine Bedarfsanpassung nach den Möglichkeiten der APH erfolgt. Die Einführung örtlicher Lösungen durch die Leistungserbringer geht zu Lasten einer gerechten Planung der Bettenanzahl für das gesamte Kantonsgebiet. Der Unterschied zwischen betriebenen und geplanten Betten wird jedoch mit den Jahren geringer.



7.3 Personalbestand

Mit der Annahme des Konzepts „Betreuung der betagten Personen – Koordination und Abstimmung zwischen den Leistungserbringer“ hat der Staatsrat im Jahr 2001 beschlossen, die Mindestnorm für den Personalbestand im Pflegebereich von 0.3 auf 0.6 Pflegepersonalposten pro genehmigtes Bett zu erhöhen.

In Anbetracht der Schwierigkeiten, die manche Heime bei der Umsetzung haben könnten, wurde beschlossen, die Norm nach und nach zu erhöhen. Die APH sollten also den folgenden Personalbestand erreichen:

Jahr	Posten Pflegepersonal (Minimum)	Rechnerische Ausstattung	Posten qualifiziertes Pflegepersonal (Minimum)	
			A	B
2002	0.31 – 0.4	0.4	1/3	
2003	0.41 – 0.5	0.5	20%	15%
2004	0.51 – 0.6	0.6	22%	15%
2005*	0.5	0.5	20%	20%
Ab 2006	BESA 1: 0.20 BESA 2: 0.34 BESA 3: 0.55 BESA 4 körperlich: 0.72 BESA 4 psych. Geriatrie: 0.87		20%	20%

* Die neuen Richtlinien sind im April 2005 in Kraft getreten.

Was die Posten anbelangt, so werden die APH noch einige Anstrengungen machen müssen, um die festgelegten Normen zu erreichen, wie aus der nachstehenden Tabelle hervorgeht. Die Norm legt eine Gesamtzahl VZÄ fest sowie die kumulierte Ausstattung mit Personal der Kategorien A und B.

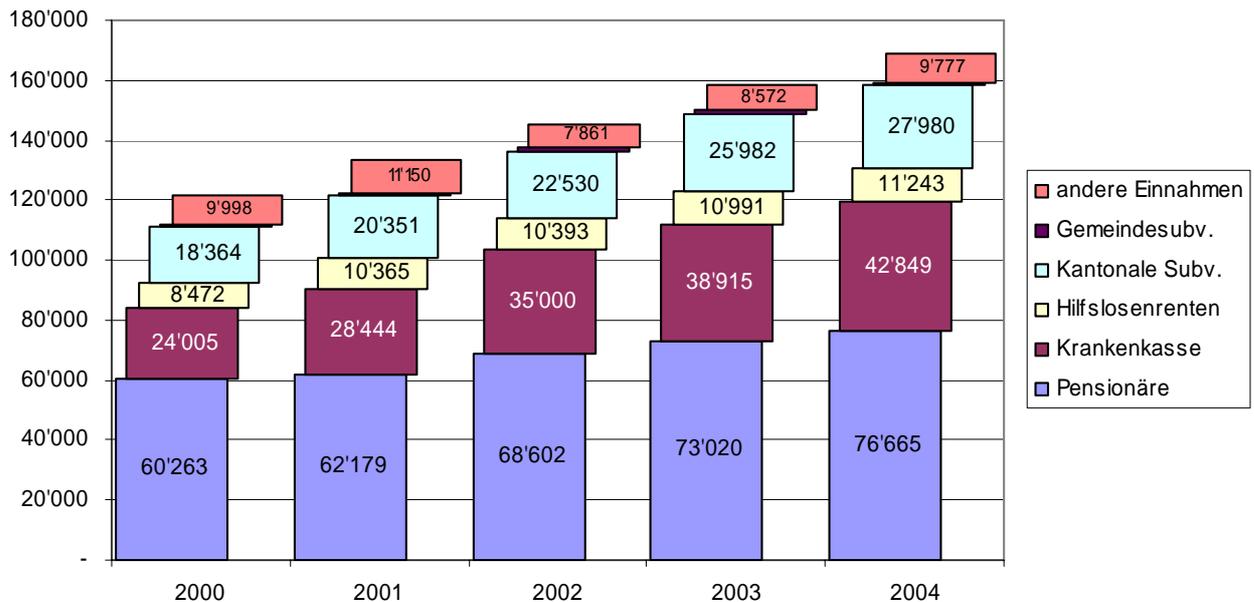
2003	Betriebene Betten	Norm von 0.4 per Ende 2002		Norm von 0.5 per Ende 2003		Norm von 0.6 per Ende 2004		Gemäss BESA ab 2006	
		Total	(A;B)	Total	(A;B)	Total	(A;B)	Total	(A;B)
Walliser APH	2'208	883.2	294.0	1'104.0	386.4	1'324.8	622.7	1'569.4	627.8



7.4 Finanzierung der APH

7.4.1 Allgemeines

Die Finanzierung der APH steht im Mittelpunkt einer umfassenderen Reflexion über die Finanzierung der Langzeitpflege. Die Pflegebedürftigkeit ist ein Begriff, der im Rahmen der Revision des KVG noch besser umrissen werden muss; ausserdem muss die Pflege von Personen in APH in Bezug auf die Krankenversicherung noch auf Schweizer Ebene geregelt werden.



Die Betriebsausgaben der APH werden zurzeit finanziert durch:

- die Krankenversicherer (BESA-System);
- den Kanton über Subventionen (30% der Pflegekosten);
- die Hilfslosenrenten;
- die Pensionäre;
- in einem geringeren Umfang durch die Gemeinden.

Die Krankenkassen, der Kanton und die Hilfslosenrenten stellen die Finanzierung des Pflegesektors sicher. Die Pensionäre und bestimmte Gemeinden finanzieren die Leistungen in Bezug auf die Sozial- und Beherbergungskosten. Die Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV sind eine Unterstützung für Pensionäre, wenn die Renten und sonstigen Einkünfte nicht zur Deckung der lebensnotwendigen Bedürfnisse reichen. Sie stellen einen Rechtsanspruch dar und dürfen nicht mit öffentlichen oder privaten Sozialhilfeleistungen verwechselt werden.



Ein Tariftag setzt sich wie folgt zusammen:

<i>Kostenaufteilung 2003 pro Unterbringungstag</i>	<i>Tageskosten</i>
Beherbergungskosten	66.26
Aktivitäten / Animation	10.47
Pflege nicht-KVG	22.26
Pflege KVG	83.15
Therapie, Medikamente und Material (KVG)	2.56
Durchschnittliche Tageskosten	184.69

2003 betragen demnach die den Pensionären in Rechnung gestellten Tarife **im Walliser Durchschnitt CHF 99.-** pro Tag (Beherbergung + Aktivitäten / Animation + nicht-KVG-Pflege), wie aus der bei der Dienststelle für Gesundheitswesen abgegebenen analytischen Buchhaltung hervorgeht.

Die Umbau-, Renovierungs- und Baukosten in Höhe von mehr als Fr. 500'000.- werden der Planungskommission für die Subventionierung vorgelegt. Wenn die Investition der Gesundheitsplanung entspricht, wird sie vom Kanton in Höhe von 30% subventioniert. Für die Verwaltung von Investitionen, die unter diesem Betrag liegen, sind die Anstalten autonom. Dieser Betrag von Fr. 500'000.- ist für die kleinen APH hoch, die für ihre Verhältnisse grosse Investitionen tätigen müssen, für die sie keinen Anspruch auf eine kantonale Hilfe haben.

Gemäss den Vorschriften der VKL (Bundesverordnung über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung) führen die Anstalten ein homogenes analytisches Buchhaltungssystem ein. Die Kostenermittlung und die Leistungserfassung müssen so durchgeführt werden, dass sie die Grundlagen für die Feststellung der Leistungen und der Pflegekosten sowie der anderen in den Alters- und Pflegeheimen erbrachten Leistungen gestatten. Die Unterscheidung und die Feststellung der Kosten und Leistungen müssen die Berechnung der Tarife gestatten. Eine effiziente analytische Buchhaltung sollte in den kommenden Jahren die Deckung der Pflegekosten und den Tarifschutz der Pensionäre sicherstellen.

Der Revisionsentwurf des KVG geht in Richtung einer Pflegekostenbeteiligung der Krankenversicherer anstelle der bisherigen Kostenübernahme gemäss anwendbarem Tarif. Wenn eine derartige Lösung gewählt wird, muss im KVG auch definiert werden, auf wen das Finanzierungsdefizit des Pflegesektors entfällt.

Was die Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes anbelangt, so wird sie es gestatten, die Finanzierung der Pflege und die Beteiligung der einzelnen Zahlstellen auf kantonaler Ebene zu überprüfen.



7.5 Vorschläge für den Zeitraum von 2005 – 2010 beziehungsweise 2013

Im Anschluss an die verschiedenen oben hervorgehobenen Punkte machen wir folgende Vorschläge:

- den APH einen Leistungsauftrag erteilen;
- die derzeitigen Richtlinien revidieren;
- die Zahl der geplanten Betten erhöhen.

7.5.1 Der Leistungsauftrag der APH

Den Pflegeheimen für Betagte sollte der folgende Leistungsauftrag erteilt werden:

Gemäss den rechtlichen Grundlagen auf Bundesebene (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, 1994) und auf kantonaler Ebene (Gesundheitsgesetz, 1996) schliesst das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie (nachstehend: das Departement) mit den Walliser APH einen Leistungsvertrag ab.

Ziel des Leistungsauftrags ist es, die Pflege und Betreuung pflegebedürftiger betagter Menschen in Institutionen zu definieren, sicherzustellen, zu fördern und zu entwickeln.

Im Rahmen ihres Leistungsauftrags verpflichten sich die APH, den reibungslosen Ablauf ihrer Aktivitäten zugunsten der Betagten sicherzustellen. Diese Aktivitäten umfassen die in den Richtlinien des Departements vom Juni 2004 erwähnten Leistungen. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen: Das „Alters- und Pflegeheim“ (APH) wird als Institution des Gesundheitswesens definiert, die über eine gewisse Mindestgrösse verfügt, um den Kriterien der Wirtschaftlichkeit (optimale Ressourcenzuteilung, Kosteneindämmung etc.) zu entsprechen, und die Leistungen auf dem Gebiet der Pflege, der sozialen Betreuung und der ärztlichen Aufsicht im Rahmen der stationären Betreuung von Betagten anbietet. Ein Alters- und Pflegeheim stellt sowohl die Beherbergung, die soziale Betreuung von pflegebedürftigen Betagten und die pflegerische Betreuung der Bewohner sicher, die in körperlicher und psychischer Hinsicht eine regelmässige Hilfe für die Verrichtungen des täglichen Lebens (aufstehen, sich ankleiden, sich waschen, essen etc.) benötigen, als auch die ärztliche Aufsicht. Zu diesem Zweck sind Gerontologiekennntnisse erforderlich. Die Pflege und die Beherbergung werden durch qualifiziertes Personal sichergestellt. Die erbrachten Leistungen werden von der Krankenversicherung vergütet, sofern die Anstalten und Institutionen den Anforderungen gemäss KVG entsprechen und auf der vom Kanton erstellten APH-Liste aufgeführt sind. Alle Personen, die in diesen Anstalten arbeiten, haben die ihrer Aufgabe entsprechende berufliche Ausbildung.

Neben ihren Aktivitäten zugunsten der Heimbewohner beteiligen sich die APH auch an der Ausbildung des Pflegepersonals und der anderen Fachleute, die in ihren Institutionen arbeiten. Durch eine Zusammenarbeit mit Forschungskreisen wirken sie auch an der Entwicklung von Fachwissen auf dem Gebiet der Gerontologie mit. Sie sind auch für die Leistungen und die Qualitätssicherung auf ihrem Gebiet verantwortlich. Die APH kooperieren mit anderen Leistungserbringer und tragen insbesondere durch ein diversifiziertes Angebot, wie Ferienbetten und Tagesheimen, zu einem Verbleib der Betagten zu Hause bei.



Die Leistungen der APH müssen den im KVG festgelegten Qualitätssicherungsnormen entsprechen.

Die APH beteiligen sich an Pilotprojekten, die es gestatten, neue Entwicklungen sowohl auf der Ebene der Pflege als auch der Ausbildung des Personals zu prüfen.

Die APH liefern jährlich die erforderlichen statistischen Daten an das Bundesamt für Statistik und an das Departement.

Gemäss dem Leistungsauftrag verpflichtet sich das Departement, den APH entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und je nach verfügbaren Budgets, die für die Durchführung der geplanten Aktivitäten erforderlichen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen.

7.5.2 Richtlinien des DGSE über die APH

In den neuen Richtlinien muss die Frage der Personaldotation der APH für die Pflege sowie für die Animation und die Beherbergung geregelt werden. Ferner muss der Beitritt der APH zum Präventionsprogramm für Spitalhygiene erwähnt werden.

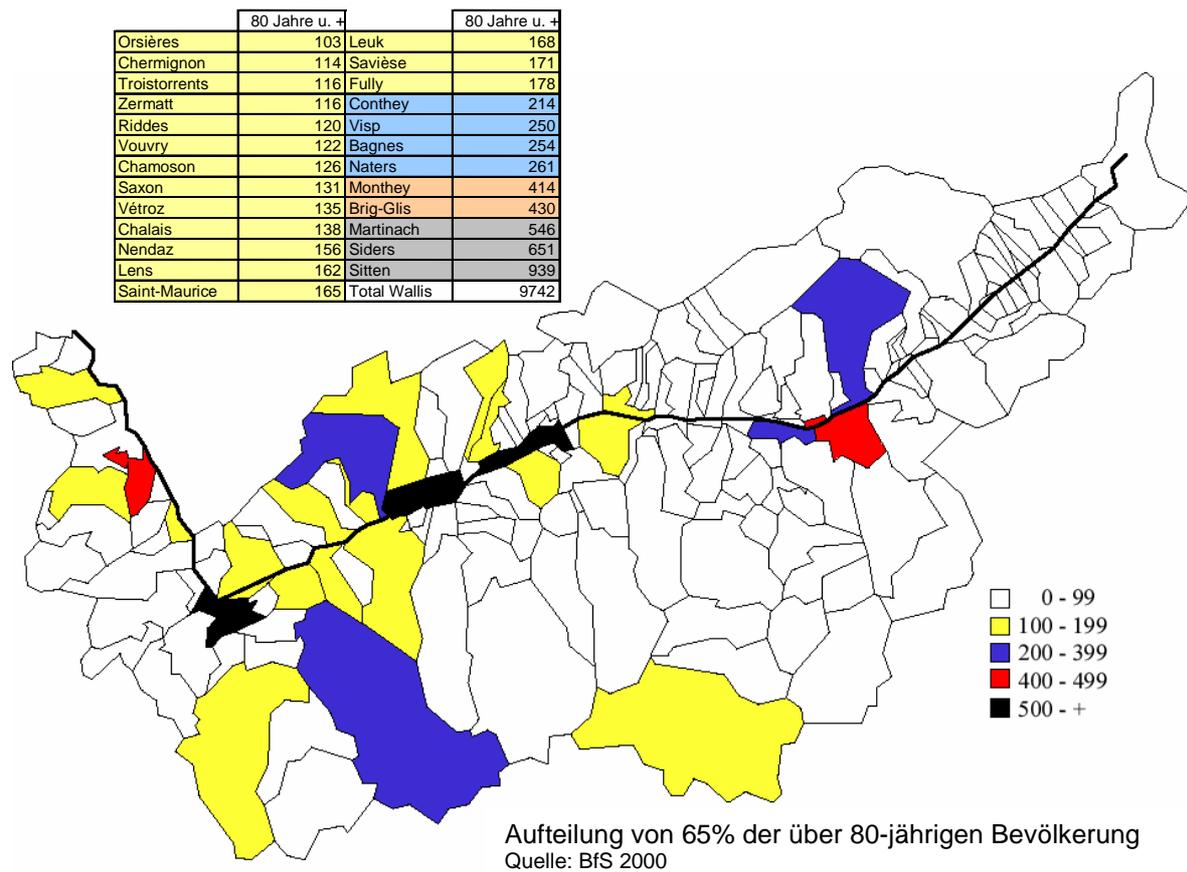
7.5.3 Erhöhung der Anzahl geplanter Betten

7.5.3.1 Die demografische Alterung

Wie dem Kapitel über die demografische Alterung zu entnehmen ist, hat sich die Zahl der über 90-jährigen zwischen 1990 und 2000 mehr als verdoppelt. Nach den vom BfS erstellten Vorhersagen wird sich diese Zahl zwischen 2001 und 2020 erneut verdoppeln. In diesem Zusammenhang werden sich die im Laufe der letzten 10 Jahre festgestellten Tendenzen sehr wahrscheinlich verstärken, insbesondere die Betreuungstage von betagten Personen in allen Kategorien von Institutionen.

Dem Bericht „Räumliche und strukturelle Dynamik der Bevölkerung der Schweiz zwischen 1990 und 2000“ zufolge sind in den Ballungsräumen in den grossen Alpentälern hohe Wachstumsraten zu verzeichnen. So hat z.B. die Bevölkerung in Brig und Sitten in 10 Jahren um etwa 8% zugenommen.

Die nachstehende Karte zeigt, dass die Mehrheit der über 80-Jährigen in den Gemeinden in der Ebene leben. Auf der Karte sind nur die Gemeinden eingezeichnet, in der mehr als 100 der über 80-Jährigen wohnen.



Zahlreiche Studien belegen, dass die Betreuung Betagter in den letzten zwei Lebensjahren sehr aufwändig wird. Die Bedürfnisse der betagten Walliser werden in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch zunehmen und die Betreuung dieser Personen wird zu einer Priorität, über die nicht hinweggesehen werden kann. Wir können folglich behaupten, dass es in den sechs Gesundheitsregionen eine positive Korrelation zwischen der Anzahl Personen und der Anzahl verfügbarer Betten geben muss.

7.5.3.2 Wartelisten für dringende APH-Aufnahmen

Neben dem Mangel an Betten, der durch die demografische Alterung bedingt ist, geht aus den Statistiken hervor, dass jedes Jahr eine gewisse Anzahl von Personen wegen Platzmangels auf Wartelisten stehen. So erklärten 2002 – auch wenn diese Zahl mit grosser Vorsicht zu behandeln ist – 289 Personen, sie seien für eine dringende Aufnahme in eine Institution bereit.

7.5.3.3 Die Nichtbeachtung der unter 80-Jährigen in der Planung von 2001 und der Betreuungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe

Gemäss der unter dem Punkt 7.2.5 präsentierten Alterspyramide machen die unter 80-Jährigen 29% der APH-Bewohner aus. Da dieser Anteil relativ hoch ist, ist es wichtig, über eine ausreichende Bettenzahl für diese Personen sowie für die Alterskategorie der 80-Jährigen und darüber zu verfügen.



7.5.3.4 Die zunehmende Nachfrage nach APH-Betten

Neben den oben aufgezeigten Elementen ist auch noch darauf hinzuweisen, dass manche Institutionen beim DGSE einen Antrag auf die Vergrösserung ihrer Anstalten eingereicht haben.

Diese Anträge werden gerechtfertigt mit:

- dem in ihrer Region nachgewiesenen Bedarf (Warteliste);
- einer zu geringen kritischen Grösse, die eine rentable Geschäftsführung der Anstalt schwierig macht.

7.5.3.5 Die relativ geringe Ausstattung mit APH-Betten des Kantons Wallis im Vergleich zu den anderen Kantonen

Wie der Tabelle am Beginn des Kapitels über die APH zu entnehmen ist, stehen im Kanton Wallis 8.2 Betten pro 1'000 Einwohner zur Verfügung, während der Schweizer Durchschnitt 11.7 beträgt. Nach einer Studie, die letztlich durch das BfS veröffentlicht wurde, siedelt sich der Kanton Wallis unter den Kantonen an, der gesamtschweizerisch über am wenigsten APH-Betten verfügt.

7.5.3.6 Zurzeit betriebene nicht geplante APH-Betten

Ende 2003 war eine gewisse Anzahl betriebener Betten nicht in den geplanten Betten des Kantons erfasst. 2004 werden diese 34 Betten in die Planung aufgenommen und für die Subventionierung anerkannt. Die APH, die über diese Betten verfügen, müssen deshalb für sie eine Personaldotation vorsehen, die den Richtlinien entspricht.

7.5.3.7 Abgebaute Betten

In dem Abschnitt über abgebaute Betten haben wir darauf hingewiesen, dass eine bestimmte Anzahl von Zimmern auf eine Wohnfläche von mindestens 16 m² vergrössert werden musste. Infolge dieser Umbauten verringerte sich die Bettenzahl gewisser APH (-55).

7.5.3.8 Übergangslösungen wie Wartebetten sind keine Dauerlösung

Die Wartebetten in geriatrischen Spitälern sind für Personen vorgesehen, die aus dem Spital entlassen und in einem APH untergebracht werden sollten, aber nicht sofort einen Platz finden. Deshalb werden die Spitäler aufgefordert, APH-Betten für Personen zur Verfügung zu stellen, die diese benötigen. Diese Lösung dürfte nur bis zur Umsetzung des Konzepts von 2005 für die Betreuung betagter Personen andauern, denn die genutzten Infrastrukturen sind kein idealer Lebensrahmen.

7.5.3.9 Die Errichtungsdauer von Neubauten

Im Kapitel 7.2.3 wurde dargelegt, dass beim Bau einer neuen Anstalt gewisse Verfahren einzuhalten sind (Aufteilung der Betten in den Regionen, zeitliche Planung der Projekte etc.), die Zeit in Anspruch nehmen.

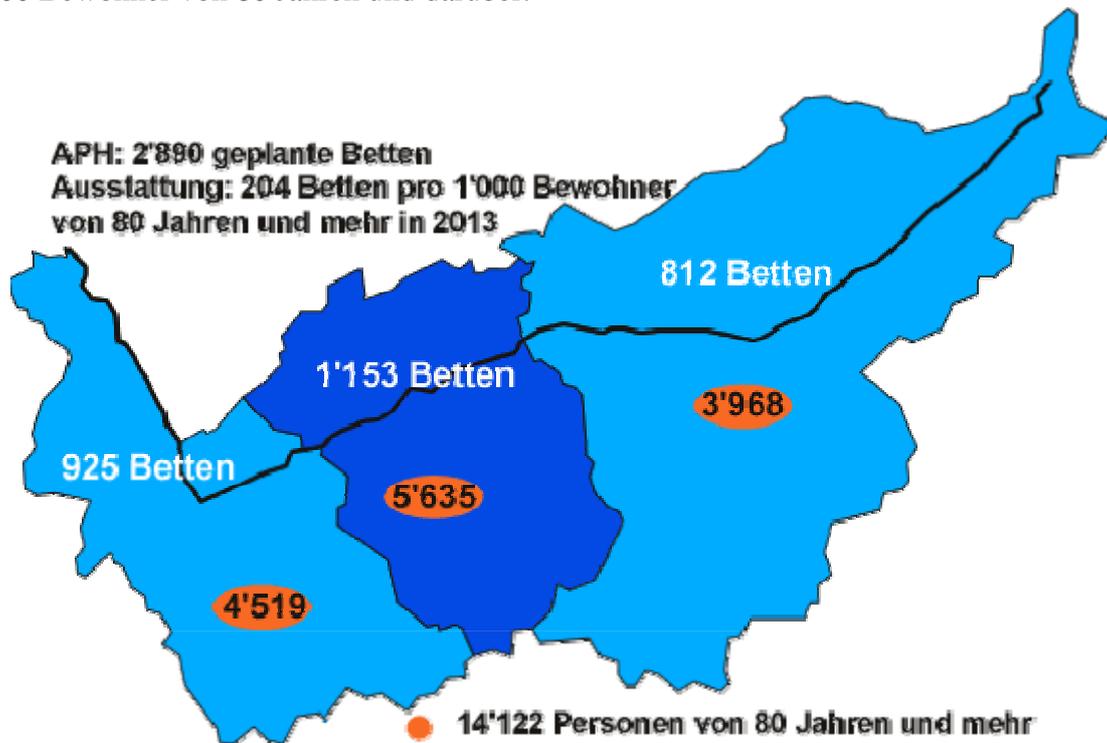


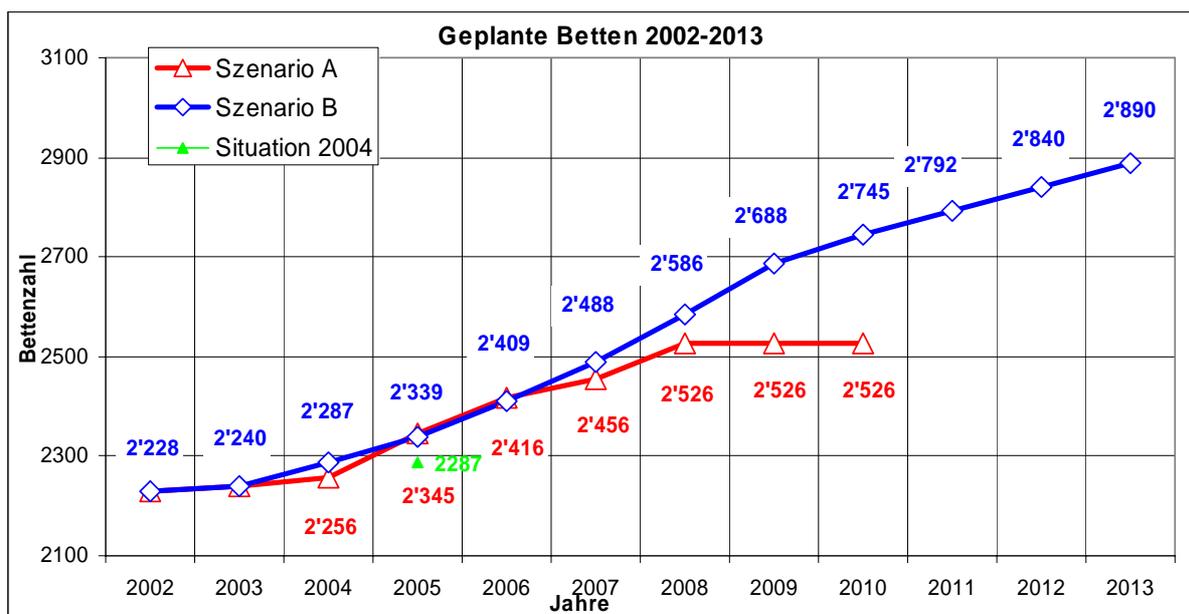
Der Staatsrat hat das Konzept für die Betreuung Betagter und den Bau von 200 neuen Betten im Mai 2001 angenommen. Die Eröffnung des ersten APH in Ried-Brig ist für Herbst 2005 vorgesehen.

7.5.3.10 Zusammenfassung betreffend die Beibehaltung der Bettenausstattung der APH

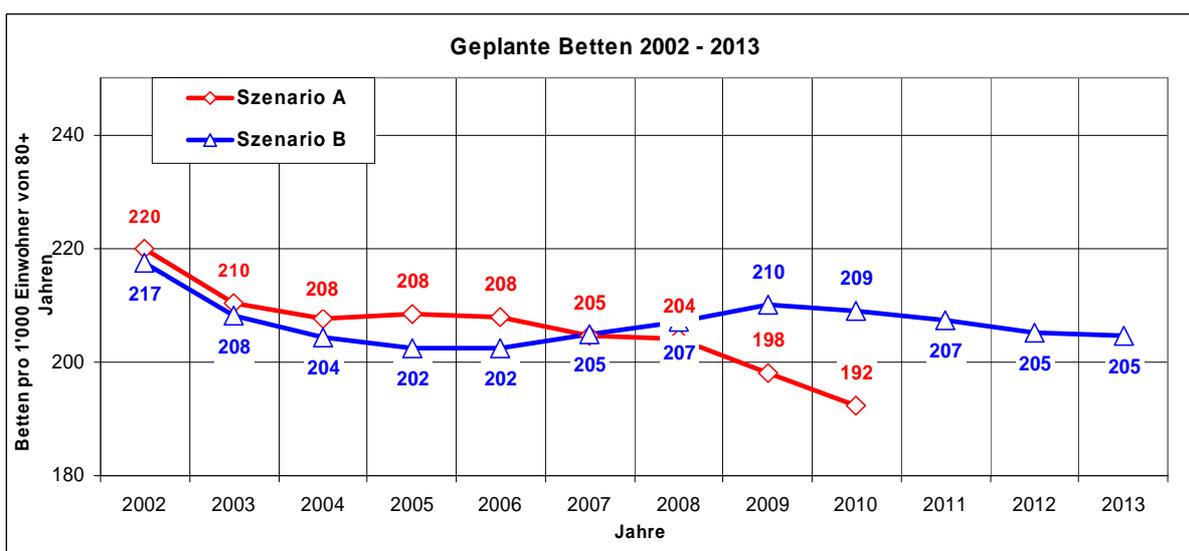
Die im Jahr 2001 für 2010 vorgesehene Norm von 2'500 Betten, d.h. 195 Betten pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber, muss revidiert werden.

Wir schlagen für 2013 eine neue Norm von 2'890 Betten vor. Sie würde es gestatten, die Bettenausstattung der APH auf dem Niveau von 2004 zu halten, d.h. von 204 Betten pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber.





Die Abweichungen zwischen den Szenarien A und B sind erklärbar aufgrund der Tatsache, dass das Szenario A auf den Schätzungen basiert des Jahres 2001.



Die obige Grafik veranschaulicht, dass es eine Norm von 2'890 Betten bis 2013 lediglich gestatten wird, die pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber verfügbare Bettenzahl von 204 Betten beizubehalten. Mit dieser neuen Zielsetzung für die Aufnahmekapazität geht es also nur um die Beibehaltung und nicht um eine Aufstockung der Bettenausstattung.

7.5.4 Finanzielle Folgen der Bettenausstattung der APH

7.5.4.1 Allgemeines

Da die Beibehaltung der Bettenausstattung der APH für alle Finanzierungsträger erhebliche Kosten zur Folge hat, ist es zweckmässig, im Einzelnen auf diese Ausgaben einzugehen. Zum besseren Verständnis dessen, dass diese Ausgaben unvermeidlich sind, präsentieren wir hier zwei Szenarien.



Unabhängig von dem gewählten Szenario müssten die bereits heute betriebenen 54 Betten von der Planung anerkannt werden. Es handelt sich um die folgenden Betten:

- 17 in Collombey-le-Grand (insgesamt 41, davon 24 bereits seit 2004 von der kantonalen Planung anerkannt)
- 5 in Riddes
- 6 in Steg
- 9 in Visp St. Martin
- 10 in Guttet
- 7 diverse Reservebetten.

Da diese Betten bereits betrieben werden, ist keine Investitionssubventionierung durch den Kanton erforderlich.

Ebenfalls unabhängig von dem gewählten Modell berücksichtigen wir für die nachstehenden Hypothesen die Betriebsfinanzierung dieser Betten.

7.5.4.2 Berechnungshypothesen betreffend die Investitionsfinanzierung der Betten

Was die Investitionsfinanzierung der Betten anbelangt, so ist auf die Kostenunterschiede je nach Art der Zurverfügungstellung einzugehen (Neubau, Vergrößerung, Umbau) und in jedem Fall auf die Investitionsbudgets für die Renovierung bestehender APH.

7.5.4.3 Neubauten

Die Baukosten für die Betten wurden nach den 2004 von der Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) und von der Dienststelle für Bauwesen (DHDA) durchgeführten Schätzungen mit 230'000.- Franken pro Bett veranschlagt. Der Kanton gewährt auf diesen Betrag eine Subvention von 30%, was einen kantonalen Anteil in der Grössenordnung von 69'000.- Franken pro Bett ausmacht.

Für die Zukunft ist dieser Betrag im Rahmen unserer Prognosen indexiert worden (1% pro Jahr).

Für die beiden folgenden Bauvorhaben wurde der kantonale Anteil wie folgt festgelegt:

- **APH Ried-Brig:** 2004: 500'000.-; 2005: 800'000.-; 2006: 800'000.-; 2007: 315'000.- Franken. Das macht 30% aus und entspricht dem vom Kanton subventionierten Anteil an den Kosten von CHF 8'050'000.- = **CHF 2'415'000.-**
- **APH Naters:** 2004: 900'500.-; 2005: 1'000'000.-; 2006: 1'000'000.-, 2007: 900'000.-; 2008: 587'000.- Franken. Das macht 30% aus und entspricht dem vom Kanton subventionierten Anteil an den Kosten von CHF 14'625'000.- = **CHF 4'387'500.-**

7.5.4.4 Vergrößerungen

Die Kosten dieser Betten sind geringer als die eines Neubaus. Sie werden auf 200'000.- Franken pro Bett geschätzt; das entspricht einer kantonalen Subvention von 60'000.- Franken pro Bett.

Für das APH Nendaz ist der Betrag der kantonalen Beteiligung bereits bekannt, nämlich eine Subvention von 1'245'000.- Franken der mit 4'150'000.- Franken veranschlagten Kosten.



7.5.4.5 Umbauten

Eine gewisse Anzahl von Betten könnte sich aus der Umstrukturierung des GNW ergeben. Bislang wurde aber noch keine Entscheidung in diesem Sinn getroffen.

Umbaukosten können je nach Art des Gebäudes, der Qualität der Bausubstanz und der Durchführbarkeit eines APH-Projekts enorm variieren. Wenn in gewissen Fällen ein Umbau praktisch ohne Kosten möglich wäre, so könnte er in anderen Fällen teurer kommen als ein Neubau. Das Alter des Gebäudes, die Grösse der Zimmer und der Gemeinschaftsräume, die Nasszellen, die Erdbebenschutznormen und die Brandschutznormen sind nur einige Beispiele für die Faktoren, die beim Umbau eines Gebäudes in ein APH zu berücksichtigen sind. Aus diesen Gründen erscheint es äusserst schwierig, die durchschnittlichen Kosten eines Umbaus zu schätzen. Für unsere Schätzungen setzen wir einen durchschnittlichen Betrag von 210'000.- Franken pro Bett an, also eine kantonale Beteiligung von 63'000.- Franken pro Bett.

Der Umbau von Hotels in APH erscheint nicht als eine sich allgemein anbietende Lösung. Eine solche ist zwar in Einzelfällen möglich, das Hotelangebot in unseren Städten ist aber bei weitem nicht zu hoch, und es kommt nicht in Betracht, APH in früheren Hotels weitab vom Stadtkern einzurichten.

7.5.4.6 Renovationen

In den jährlichen Investitionsbudgets muss ein Betrag für die Renovierungsarbeiten an bestehenden APH vorgesehen werden. Zahlreiche APH müssen ihre Infrastrukturen dem neuen Bedarf anpassen. Zu erwähnen sind hier u.a. Sanierungen, der Einbau von Aufzügen, der Bau von Zufahrtsrampen, das Anlegen eines gesicherten Gartens oder die Einrichtung einer Abteilung für Demenzkranke und ähnliche Fälle. Für diesen Zweck ist pro Jahr ein Betrag von 500'000.- bis 700'000.- Franken vorzusehen. Wir haben für alle Projekte einen jährlichen Betrag von 500'000.- Franken pro Jahr angesetzt.

7.5.4.7 Berechnungshypothesen betreffend die Betriebsfinanzierung der APH

Bei der Berechnung der Betriebskosten wurde von verschiedenen Hypothesen ausgegangen. Eine Abänderung einzelner Daten wirkt sich auf alle Zahlen aus. Für die Berechnungen legte man folgende Hypothesen zugrunde:

- Die Mindestnorm für Pflegepersonal beruht auf den kürzlich von der VWAP und den Versicherern gemachten Vorschlägen;
- Im Rahmen dieser Berechnungen wurde eine Inflationsrate von 1% berücksichtigt, was plausibel erscheint;
- Die Berücksichtigung des Erfahrungsanteils trägt vor allem dem Personalwechsel Rechnung;
- Die Lohnerhöhungen berücksichtigen die Anpassung der Gehälter und Löhne des Personals der Alters- und Pflegeheime an die Lohnbedingungen des Personals des GNW;
- Die Erhöhung des Soziallasten-Anteils ist auf die Sanierungsmassnahmen der Pensionskasse zurückzuführen. Das hat höhere Beitragsätze zur Folge.



- Inbetriebnahme neuer Betten jeweils per 1. Juli des betreffenden Jahres:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pflegepersonal-Norm		0.49	0.51	0.52	0.54	0.55	0.56	0.57	0.57
Inflation			101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%
Erfahrungsanteil			101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%	101.0%
Lohnerhöhung			101.0%	101.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Soziallasten	18.0%	18.8%	19.3%	19.5%	19.8%	19.9%	20.0%	20.0%	20.0%



7.5.5 Planungsszenarien

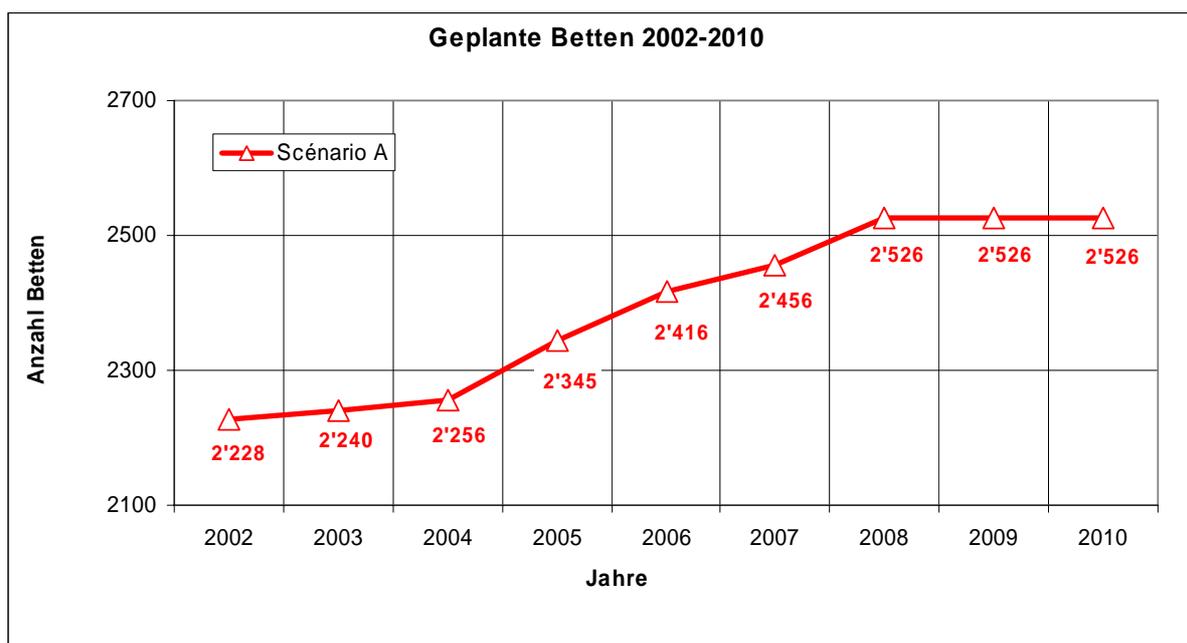
7.5.5.1 Allgemeines

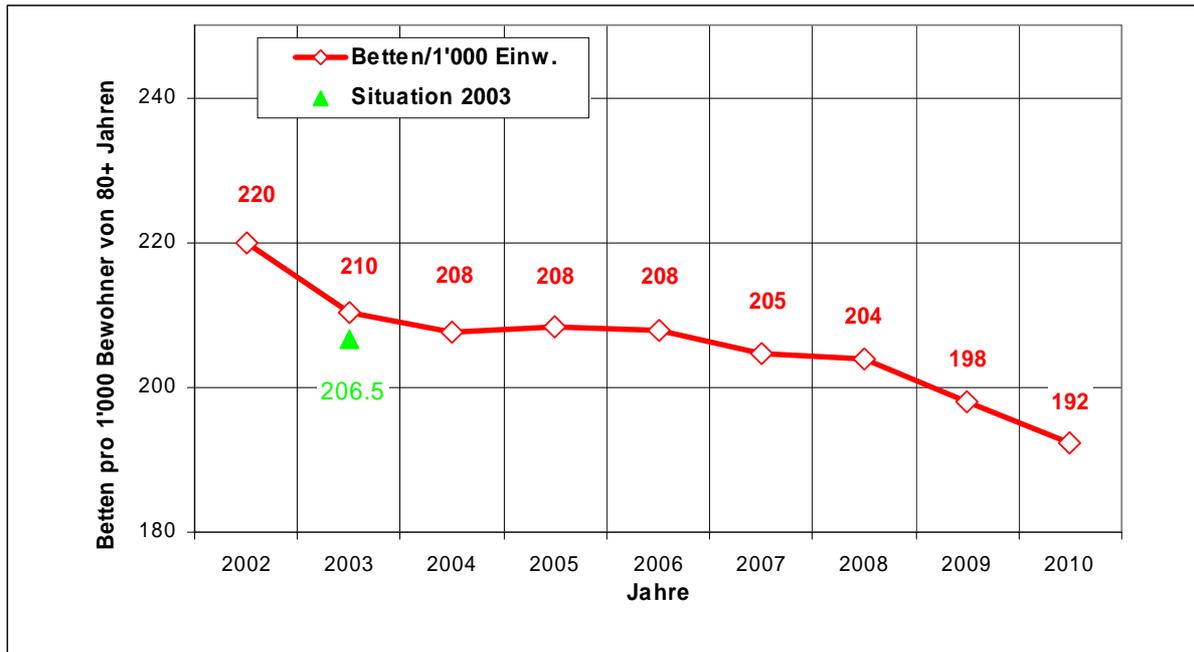
Es wird von niemandem bestritten, dass die Zahl der pflegebedürftigen betagten Personen in den nächsten Jahren zunehmen wird. Es wird ebenso wenig bestritten, dass die Zahl der Altersdemenzfälle in den nächsten Jahren zunehmen wird und dass folglich geeignete Strukturen für ihre Aufnahme zur Verfügung stehen müssen.

Das Ziel dieser Szenarien ist es, den unvermeidlichen Anstieg der Investitions- und Betriebskosten der APH, unabhängig von den gewählten politischen Optionen, aufzuzeigen.

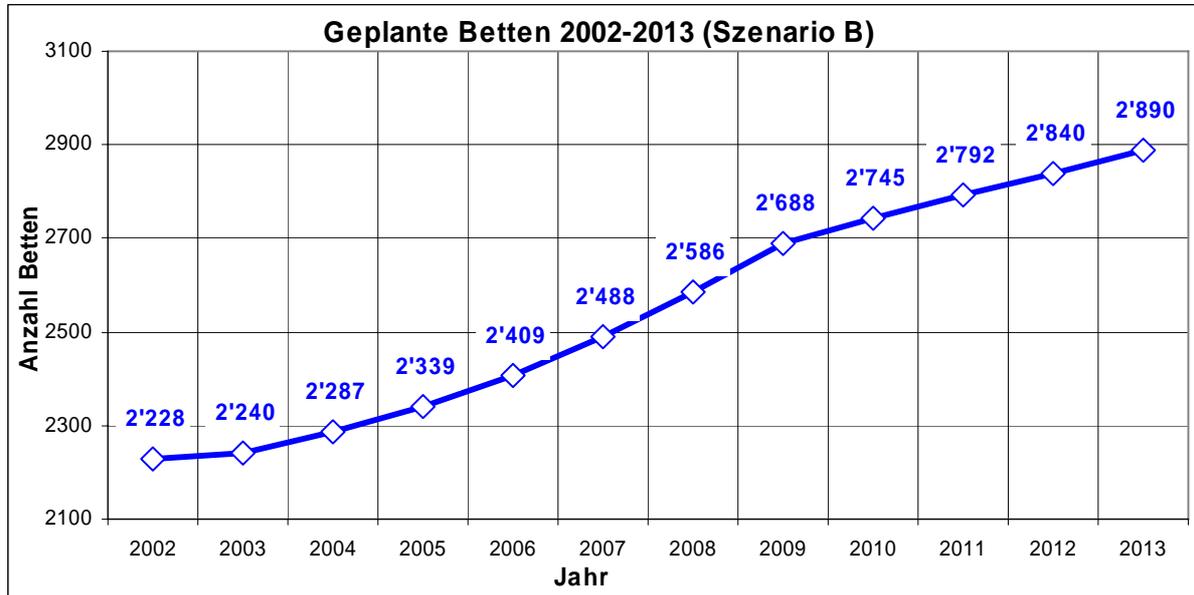
Nachstehend werden zwei Planungsszenarien für Alters- und Pflegeheime mit einem Zeithorizont bis 2010 entwickelt beziehungsweise 2013:

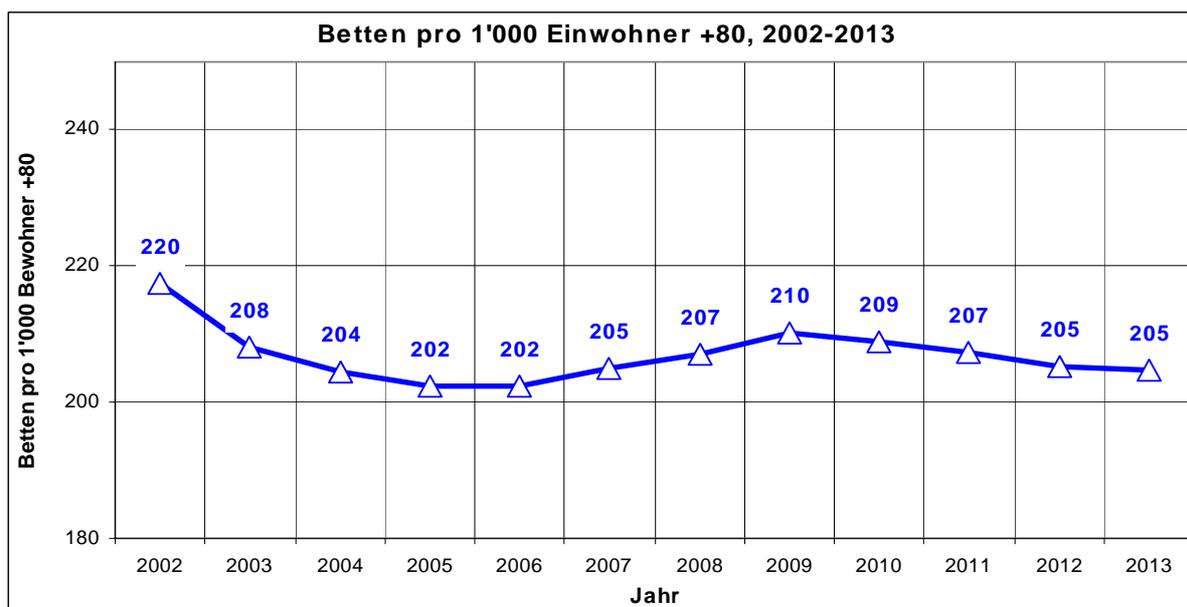
Szenario A hält sich streng an die 2001 vom Staatsrat beschlossene Planung: eine Ausstattung mit 192 Betten pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber bis 2010, d.h. insgesamt 2'526 APH-Betten für den Kanton Wallis. Wie aus der Grafik ersichtlich, hat dieses Szenario einen erheblichen Abbau an APH-Betten für 1'000 ab 80-jährige Bewohner zur Folge, weil die Bettenzahl von 220 im Jahr 2001 auf 192 im Jahr 2010 zurückgeht.





Szenario **B** sieht keine Erhöhung, sondern lediglich die Beibehaltung der effektiven Bettenausstattung der APH von 2001 vor, d.h. 204 APH-Betten pro 1'000 Einwohner von 80 Jahren und darüber. Zur Beibehaltung dieses Niveaus ist vorgesehen, dass im Jahr 2013 2'890 APH-Betten zur Verfügung stehen sollen, d.h. 360 Betten mehr als gemäss Szenario A.





7.5.5.2 Szenario A: 2'526 Betten in 2010

Szenario A, das bis 2010 einen Stand von 2'526 Betten vorsieht, sieht keine Abweichungen der Planung von 2001 vor. Folglich lässt diese Variante die Alterung der Bevölkerung unberücksichtigt und hat eine erhebliche Verringerung der pro 1'000 Bewohner von 80 Jahren und darüber verfügbaren Betten zur Folge, nämlich von 220 Betten im Jahr 2001 auf 192 Betten im Jahr 2010.

a) Entwicklung der Bettenzahl

Die nachstehende Tabelle veranschaulicht die Entwicklung der Anzahl von APH-Betten auf kantonaler Ebene gemäss Szenario A.

Entwicklung der Bettenzahl		Szenario A: 2'526 Betten							Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Neubauten	APH								
	Ried-Brig		35						
	Naters			57					
	Brig					40			
	St-Maurice						40		
	Entremont						30		
	Total		35	57	0	40	70	0	202
Vergrosserung	APH								
	Nendaz			14					
	Total		0	14	0	0	0	0	14
Anerkennung bestehender Betten			54						54
	Total neue Betten		89	71	0	40	70	0	270
	Total bestehende Betten	2'526	2'345	2'416	2'416	2'456	2'526	2'526	



b) Entwicklung der Investitionskosten

Die nachstehende Tabelle veranschaulicht die Entwicklung der Investitionskosten (kantonaler Anteil) im Zusammenhang mit Szenario A.

Kantonale Subventionierg.. (inkl. Indexierung)			Szenario A: 2'526 Betten								
Neubauten	APH	Bettenzahl	Gesamtinvestition	Gesamtsubvent.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Ried-Brig	35	8'050'000	2'415'000	500'000	800'000	800'000	315'000			
	Naters	57	14'625'000	4'387'000	900'000	1'000'000	1'000'000	900'000	587'000		
	Brig	40	9'200'000	2'870'000		500'000	1'000'000	800'000	570'000		
	St-Maurice	40	9'200'000	2'898'000			500'000	1'000'000	800'000	598'000	
	Entremont	30	6'900'000	2'173'000				500'000	800'000	500'000	373'000
	Total	202	47'975'000	14'743'000	1'400'000	2'300'000	3'300'000	3'515'000	2'757'000	1'098'000	373'000
Vergrösserung	APH										
	Nendaz	14	4'150'000	1'245'000			500'000	430'000	315'000		
	Total	14	4'150'000	1'245'000	0	0	500'000	430'000	315'000	0	0
Renovation (keine Änderung der Bettenzahl)				3'500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000
Anerkennung bestehender Betten		54									
Total			52'125'000	19'488'000	1'900'000	2'800'000	4'300'000	4'445'000	3'572'000	1'598'000	873'000
	Total neue Betten	270				89	71	0	40	70	0
	Total bestehende Betten				2256	2345	2416	2416	2456	2526	2526

Auf der Grundlage dieser Zahlen lässt sich feststellen, dass nach einer Zunahme der kantonalen Investitionsausgaben für APH die kantonale Gesamtsubvention ab 2008 wieder zurückgeht.

c) Entwicklung der Betriebserträge

Erträge	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	in Mio. Fr.								
Pensionstaxen	68.60	73.02	77.50	83.08	88.55	92.56	96.13	101.25	105.75
Krankenkassentaxen	35.00	38.92	40.52	43.01	45.85	47.93	49.29	51.41	53.17
Hilfslosenrenten	10.39	10.99	11.22	11.68	12.21	12.51	12.74	13.16	13.48
Öffentliche Hand	23.61	27.27	30.11	32.61	35.21	37.01	39.04	40.91	43.41
Andere Erträge	7.86	8.57	8.75	9.11	9.52	9.76	9.94	10.27	10.51
Gesamterträge	145.47	158.77	168.11	179.49	191.34	199.78	207.15	216.99	226.33
Gesamtausgaben	145.25	157.42	167.03	178.32	191.67	199.99	207.37	217.77	224.69
Resultat	0.22	1.35	1.07	1.17	-0.33	-0.21	-0.22	-0.78	1.64

Diese Variante würde es gestatten, die laufenden Projekte durchzuführen, was der Planung von 2001 entspräche. Daraus folgt, dass Ende 2010 pro 1'000 Bewohner im Alter von 80 Jahren und darüber 192 Betten zur Verfügung stünden.

Das hätte eine erhebliche Verringerung der pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und darüber verfügbaren Bettenzahl zur Folge. Wenn der Kanton Wallis beabsichtigt, den Bedarf für die Betreuung pflegedürftiger Betagter zu decken, ist dieses Szenario unzureichend. Auch wenn sich der Gesundheitszustand der betagten Bevölkerung insgesamt leicht verbessert,



bedingt die schnell fortschreitende Alterung der Bevölkerung einen zunehmenden Bedarf für die Betreuung pflegebedürftiger betagter Personen. Trotz eines beträchtlichen Anstiegs der über 80-jährigen Bevölkerung ginge somit die Zahl der für diese Alterskategorie zur Verfügung stehenden Betten erheblich zurück.

d) Finanzielle Folgen dieses Szenarios für den Kanton bis zum Jahr 2010 (2'526 Betten)

Die finanziellen Folgen dieses Szenarios für den Kanton wären:

- Die kantonalen Investitionssubventionen für APH würden bis 2007 auf 3.6 Millionen steigen und in der Folge zurückgehen.
- Bei den kantonalen Betriebssubventionen der APH wäre nach Abzug des globalen Betrags der kantonalen Subventionen, eine Erhöhung von bis zu 43.4 Millionen im Jahre 2010 zu verzeichnen.



7.5.5.3 Szenario B: 2'890 Betten in 2013

Nachstehend die verschiedenen Prämissen im Zusammenhang mit Szenario B, das die Beibehaltung der Norm von 204 verfügbaren Betten pro 1'000 Bewohner im Alter von über 80 Jahren vorsieht.

a) Entwicklung der Bettenzahl

Die nachstehende Tabelle veranschaulicht die Entwicklung der Bettenzahl gemäss Szenario B.

Entwicklung der Bettenzahl		Szenario B: 2'890 Betten										Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Neubauten	APH											
	Ried-Brig		35									
	Naters			57								
	Brig					40						
	St-Maurice						40					
	Entremont							30				
	Autres								25	25	25	25
	Total		35	57	0	40	70	25	25	25	25	302
Vergrösserung	APH											
	Nendaz				14							
	Zermatt					17						
	Sion St-Pierre		17									
	St. Niklaus					14						
	Saas Grund					14						
	Autres						10	10	10			
	Total		17	0	45	24	10	10	0	0	0	106
Umbauten					22	22	22	22	22	23	25	158
Anerkennung bestehender Betten		17		13	12	12						54
	Total neuen Betten	17	52	70	79	98	102	57	47	48	50	620
	Total bestehende Betten	2'287	2'339	2'409	2'488	2'586	2'688	2'745	2'792	2'840	2'890	

NB: Die oben erwähnten Institutionen sowie die vorgesehene Anzahl Betten dienen zur Veranschaulichung und sind Schätzwerte. Sie greifen keinesfalls zukünftigen Entscheidungen vor, die diese betreffen werden.



b) Entwicklung der Investitionskosten

Die nachstehende Tabelle veranschaulicht die Entwicklung der Investitionskosten (kantonaler Anteil) im Zusammenhang mit Szenario B.

Planung 2005	Kantonale Subventionierung												
APH	Bettenzahl	Gesamtkosten	Total Subv.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Neubauten	anerkannte Kosten CHF 230'000.- pro Bett maximal												
Ried-Brig	35												
Naters	57												
Brig	40	9'200'000	2'760'000		500'000	890'000	800'000	570'000					
St-Maurice	40	9'200'000	2'760'000			500'000	1'000'000	800'000	460'000				
Entremont	30	6'900'000	2'070'000				400'000	400'000	370'000	300'000	300'000	300'000	
Autres	100	23'000'000	6'900'000				150'000	400'000	750'000	1'400'000	1'400'000	1'400'000	1'400'000
Total	302	48'300'000	14'490'000	0	500'000	1'390'000	2'350'000	2'170'000	1'580'000	1'700'000	1'700'000	1'700'000	1'400'000
Vergrösserung	anerkannte Kosten CHF 200'000 pro Bett + effektive Kosten, die bei einem Umbau des alten Gebäudes anfallen												
Nendaz	14												
Zermatt	17	3'400'000	1'020'000			200'000	300'000	300'000	220'000				
Sion St-Pierre	17		privé										
St. Niklaus	14	2'800'000	840'000				300'000	280'000	260'000				
Saas Grund	14	2'800'000	840'000				300'000	280'000	260'000				
Autres	30	6'000'000	1'800'000					300'000	300'000	300'000	300'000	300'000	300'000
Total	106	15'000'000	4'500'000	0	0	200'000	900'000	1'160'000	1'040'000	300'000	300'000	300'000	300'000
Umbauten bestehender	effektive Kosten der Umbauten CHF 210'000 pro Bett												
Bauten	158	33'180'000	9'954'000			594'000	1'520'000	1'520'000	1'520'000	1'200'000	1'200'000	1'200'000	1'200'000
Renovation	effektive Kosten der Umbauten - CHF 500'000 Subventionen pro Jahr												
Keine Änderung an der Anzahl Betten		16'667'000	5'000'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000	500'000
Anerkennung bestehender	Nicht anerkannte Kosten der Investition												
Betten	54												
Total		113'147'000	33'944'000	500'000	1'000'000	2'684'000	5'270'000	5'350'000	4'640'000	3'700'000	3'700'000	3'700'000	3'400'000
Total Betten Szenarien A & B	620			17	52	70	79	98	102	57	47	48	50
Total bestehende Betten			2'270	2'287	2'339	2'409	2'488	2'586	2'688	2'745	2'792	2'840	2'890

NB: Die oben erwähnten Institutionen sowie die vorgesehene Anzahl Betten dienen zur Veranschaulichung und sind Schätzwerte. Sie greifen keinesfalls zukünftigen Entscheidungen vor, die diese betreffen werden.

Gemäss diesem Szenario würde sich der Gesamtbetrag der kantonalen Investitionssubventionen für Alters- und Pflegeheime bis 2008 auf 5.35 Mio. erhöhen und dann 2013 auf 3.4 Millionen zurückgehen.

Die zur Annahme empfohlene Variante B gestattet es, die Anzahl der Betten, die pro 1'000 Einwohner im Alter von 80 Jahren und darüber verfügbar sind, zu stabilisieren.



c) Entwicklung der Betriebserträge

Die nachstehende Tabelle zeigt die Auswirkungen von Szenario B auf die Betriebsaufwände und -erträge der Alters- und Pflegeheime:

<i>Erträge</i>	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	in Mio. Fr.								
Pensionstaxen	68.60	73.02	77.50	83.39	98.59	95.61	102.13	109.74	118.27
Krankenkassentaxen	35.00	38.92	40.52	43.17	46.38	49.50	52.36	55.72	59.47
Hilfslosenrenten	10.39	10.99	11.22	11.72	12.35	12.93	13.54	14.27	15.08
Öffentliche Hand	23.61	27.27	30.11	32.61	35.34	37.45	40.33	43.45	47.05
Andere Erträge	7.86	8.57	8.75	9.14	9.63	10.08	10.56	11.13	11.76
Gesamterträge	145.47	158.77	168.11	180.04	193.30	205.57	218.92	234.32	251.63
Gesamtausgaben	145.25	157.42	167.03	178.95	193.81	206.24	219.68	235.20	250.08
Resultat	0.22	1.35	1.07	1.09	-0.51	-0.67	-0.76	-0.88	1.55

d) Finanzielle Folgen dieses Szenarios für den Kanton bis zum Jahr 2013 (2'890 Betten)

Die finanziellen Folgen von Szenario B für den Kanton wären:

- Die kantonalen Investitionssubventionen für APH würden bis 2008 auf 5.35 Millionen steigen und in der Folge zurückgehen.
- Bei den kantonalen Betriebssubventionen der APH wäre der Gesamtbetrag nach Abzug der kantonalen Subventionen ein linearer Anstieg von 47 Mio. im Jahre 2010 zu verzeichnen.

Folgen vom Standpunkt des Gesundheitswesens

Dieses Szenario B gestattet es, die notwendige Bettenzahl für Betagte im Alter von 80 Jahren und darüber beizubehalten. Es ist das einzige bedarfsdeckende Szenario und sollte deshalb gewählt werden.

7.5.6 Bilanz

Wenn man aus diesen beiden Szenarien Bilanz zieht, stellt man fest, dass im Szenario A weder die Alterung der Bevölkerung noch die Notwendigkeit berücksichtigt wird, für die pflegebedürftige betagte Bevölkerung einen Platz in einer Institution für eine Langzeitpflege zu finden. Szenario B würde es gestatten, den Bettenstand des Jahres 2004 beizubehalten, d.h. 204 Betten pro 1'000 80-Jährige und ältere Bewohner.



7.6 Architektur, Bau von APH

Wie aus den Arbeiten des BSV hervorgeht, besteht im Alter ein enger Zusammenhang zwischen Wohnbedingungen und Lebensqualität. Für betagte Menschen sind Wohnungen geeignet, in denen sich sehr alte Menschen in einer vertrauten Umgebung bewegen können.

Die vom BSV erlassenen architektonischen Baunormen sind mehr als 20 Jahre alt. Die 1990 erfolgte Abschaffung der Subventionen des Bundes für die Baukosten von Altersheimen hatte namentlich zur Folge, dass diese Richtlinien nicht mehr dem derzeitigen Bedarf der APH angepasst wurden.

Um es den Bauherren und den beauftragten Architekten zu gestatten, Bauprojekte auszuarbeiten, die sowohl bedarfsgerecht sind als auch die Vorschriften für eine Betriebsgenehmigung als Heim erfüllen, hat die Dienststelle für Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit der kantonalen Dienststelle für Hochbau ein neues Rahmenprogramm für Räumlichkeiten ausgearbeitet (siehe Anhang).

Wie schon aus dem Titel hervorgeht, ist dieses Dokument als Richtlinie gedacht, die Raum bietet für bauliche Anpassungen an den jeweiligen spezifischen und besonderen Bedarf sowie für die schöpferische Freiheit der Architekten. Allerdings müssen die Mindestvorschriften, insbesondere hinsichtlich der Grösse der Zimmer, der Gänge und Empfangsräume, zwingend eingehalten werden ebenso wie die Vorschriften für die Integration Behinderter.

Schliesslich muss jedem Bau- oder Umgestaltungsprojekt für ein Heim ein vom Bauherrn ausgearbeitetes Konzept zugrunde liegen, das auf den Bedürfnissen der Heimbewohner, des Personals und der Besucher beruht.

7.7 Die anderen Institutionen für Betagte

Der Staatsratsentscheid von 2001 sah vor, dass die anderen Pflegeinstitutionen für Betagte (API) den gleichen Bedingungen für eine Betriebsgenehmigung unterliegen wie die APH.

Diese anderen Institutionen für Betagte (API) sind die Pflegeheime Mörel, Guttet, Visperterminen und Leukerbad sowie eine private Institution, St.Jean und St.Jean-Baptiste in Ardon. Es handelt sich um kleine Institutionen mit einer gesamten Aufnahmekapazität von etwa 40 Betten.

Bislang wurden die anderen Institutionen für Betagte sowohl vom Kanton (in Höhe von 2/3 pro genehmigtes APH-Bett) als auch vom Bund (über das von den SMZ beschäftigte Pflegepersonal) subventioniert. Für sie galten die AIPA-Richtlinien vom 27. Oktober 1998.

Im Hinblick auf eine Änderung des Status dieser Institutionen wurde im Frühjahr 2002 eine Arbeitsgruppe gebildet. Sie erhielt den Auftrag, Vorschläge zu unterbreiten, wie der AIPA-Status abgelegt werden kann. Diese Änderung sollte auf den 1. Januar 2005 erfolgen.

7.8 Jüngste Entwicklungen

In diesem Abschnitt gehen wir auf die jüngsten Entwicklungen ein.



7.8.1 Die Palliativpflege in APH

7.8.1.1 Begleitung am Lebensende

Die Sensibilisierung für dieses Thema erfolgt für alle APH anhand eines diesbezüglichen Kriteriums für Qualitätskontrolle. Es ist im Kontrollinstrument der Plattform wie folgt festgelegt: "Es gibt eine Politik für die Begleitung am Lebensende, die die Ausbildung und Unterstützung des Personals einschliesst; die Beteiligung der Angehörigen wird gefördert".

Mehrere APH haben bereits ein Konzept für die Betreuung am Lebensende, in anderen ist es in Ausarbeitung.

7.8.1.2 Den Schmerz bekämpfen

Vier APH, das Christ Roi in Lens, St. Joseph in Siders und La Providence in Bagnes und les Glariers in Sitten, sind an einem Vorhaben mit der Bezeichnung "auf dem Weg zur Schmerzfreiheit" beteiligt. Sie nehmen an der Kampagne von 2002 "Gemeinsam gegen den Schmerz" teil. Diese Kampagne geht auf eine originelle Initiative von Prof. Ch. Rapin zurück, die dieser 1992 in Montreal lancierte. Sie hatte zum Ziel, sowohl das Verhalten der Gesundheitsfachleute als auch der Heimbewohner hinsichtlich aller Formen der Schmerzlinderung zu ändern. Dabei geht es darum, sowohl die Gesundheitsfachleute als auch die Heimbewohner über die derzeitigen Möglichkeiten zu informieren, durch Krankheiten oder Behandlungen hervorgerufene Schmerzen zu lindern, und sie für dieses Thema zu sensibilisieren. Den Patienten soll es ermöglicht werden, Partner bei der Schmerzlinderung zu werden und die Ausbildung in den verschiedenen Institutionen soll verbessert werden. Jedes APH hat sich verpflichtet, die Durchführung der Kampagne einzuhalten, es hat aber auch die Möglichkeit, besondere Schwerpunkte zu setzen. Wichtig ist, dass man den Schmerz beachtet, ihn misst und behandelt und dann die Ergebnisse kontrolliert und bewertet, um bei Bedarf die Behandlung anzupassen.

Zahlreiche APH haben erhebliche Anstrengungen unternommen, um das Personal für die Frage der Palliativpflege zu sensibilisieren. Mehrere Krankenschwestern haben auch eine Nachdiplomausbildung in Palliativpflege absolviert.

Die Entwicklung der Einstellung zur Palliativpflege und ihrer Anwendung in den APH in den kommenden Jahren

Aufgrund der Bewertungen von Projekten schmerzfreier APH sollten alle APH ermutigt werden, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und zu schmerzfreien APH zu werden. Mit den APH, die auf diesem Gebiet Pioniere sind, müssen Mittel und Wege gefunden werden, um die gemachten Erfahrungen mit anderen zu teilen. Möglichkeiten wären Vorträge, Ausstellungen oder Einladungen zu Tagen der offenen Tür.

Was die Palliativpflege und die Begleitung am Lebensende angeht, so wird jedes APH diese Themen im Rahmen seines Pflege- und sozialen Betreuungskonzepts entwickeln. Dabei ist auch die Integration der Familien vorzusehen. Sie sollten die Ausbildung des Personals fördern. Die ethischen Fragen müssen im Mittelpunkt der Diskussionen der Fachleute stehen. Es ist auch eine Zusammenarbeit mit den Erbringern von Sonderleistungen, wie dem mobilen Palliativpflege-Team der Vereinigung F.X.B in Sitten, dem Antalgie-Zentrum im Spital Martinach und der Klinik St-Amé in St-Maurice oder auch anderen Leistungserbringer vorzusehen.



7.8.2 Qualität

7.8.2.1 OptiHeim

Die Umsetzung des KVG sowie der Richtlinien vom April 1998 über die APH haben dazu geführt, dass man sich rasch der Notwendigkeit bewusst wurde, im Kanton in den Institutionen für Betagte ein System für die Qualitätsentwicklung einzuführen. In einer ersten Etappe hatten die Verantwortlichen der APH des Ober- und Unterwallis verschiedene, ihren Bedürfnissen entsprechende Schritte unternommen. Die DGW hat diese verschiedenen Massnahmen aufmerksam verfolgt, zumal die Kontrollbesuche, die zwischen dem 13. Mai und dem 11. August 1998 in den APH durchgeführt wurden, Qualitätsmängel in zahlreichen Verwaltungs- und Pflegebereichen zu Tage gelegt hatten. Die Notwendigkeit, die qualitätsbezogenen Anstrengungen zwischen den Aufsichtsinstanzen des Kantons und den Verantwortlichen der APH zu koordinieren, zeichnete sich sehr schnell ab. Im Rahmen der Bemühungen um eine Problemlösung fiel die Wahl auf die OptiSystem-Methode.

Die OptiHeim-Methode

29 Arten von erfassten Leistungen werden in Untergruppen mit 550 Fragen in Bezug auf die Institution und ihre verschiedenen Partner gegliedert.

Zehn verschiedene Personengruppen werden objektiv befragt. Von jeder Datenquelle extrahiert OptiHeim die wichtigsten Faktoren und bezieht die Ergebnisse der Fragebögen in die Bewertung ein. Die von den verschiedenen Gruppen erhaltenen Antworten gestatten einen internen bzw. externen (d.h. mit anderen Institutionen) Vergleich.

Das Prinzip der Qualitätsverbesserung ist weniger die **Ertragsmaximierung eines einzelnen Sektors als vielmehr die Optimierung der gesamten Institution.**

Ergebnisse

Die wichtigsten Mängel wurden in der Organisation, der Personalverwaltung, der Information, der Ethik, der Achtung und Würde, der Pflege, der Sicherheit und der Feuerbekämpfung, der Architektur, den neuen Aufenthaltsformen und der Betriebsstrategie festgestellt.

OptiHeim sieht zwar vor, dass jedes APH in seinem Tempo und mit seinen Prioritäten vorgeht. Es wurde jedoch vereinbart, Anforderungen auf kantonaler Ebene auszuarbeiten, so dass die wesentlichen Ziele für die gute Führung eines APH erreicht werden. So mussten alle APH per Ende 2003 die folgenden drei Ziele erreicht haben: die Auftragsbeschreibung, die Beschreibung des Pflege- und des sozialen Betreuungskonzepts sowie die Funktionsbeschreibungen und die Ausarbeitung der Pflichtenhefte für das gesamte Personal der Institution.

Ende 2003 hatten 23 APH diese Unterlagen fertig gestellt. Den anderen APH wurde eine Nachfrist von 6 Monaten gesetzt. Ende Juni 2004 hatten alle ihre Arbeit abgeschlossen.

Die Ergebnisse zeigen auch Bereiche auf, in denen das Gesundheitsdepartement eine Vorreiterrolle bei diesem Qualitätsentwicklungsverfahren spielen könnte, wie z.B. bei der Ausarbeitung eines Leistungsauftrags für die APH oder die VWAP, der Definition des Auftrags der APH im Rahmen eines zukünftigen Betreuungskonzepts für Betagte (heute wird der Auftrag nur kurz in den Richtlinien beschrieben), der Einführung EDV-gestützter



Pensionistendossiers, der Ausarbeitung eines architektonischen Konzepts (aktualisierte Daten), der Bewertung des Ausbildungsbedarfs für das Pflegepersonal, der Zusammenarbeit mit dem DEKS zur Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildung des Pflege-Hilfspersonals (Personen, die keine berufliche Ausbildung auf dem Gebiet der Pflege haben) sowie der beruflichen Wiedereingliederung von Fachleuten der verschiedenen Gesundheitsberufe.

Die zweite Phase hat im August 2003 begonnen und wird im Prinzip im Sommer 2005 abgeschlossen. Danach werden die APH das eingeleitete fortlaufende Qualitätsverbesserungsverfahren fortsetzen. Sie werden auch die Möglichkeit haben, sich von einem Zertifizierungsorgan zertifizieren zu lassen.

7.8.2.2 Interkantonale Plattform

Im Rahmen der Westschweizer Konferenz der Gesundheits- und Sozialdirektoren (CRASS) haben die Departementvorsteher, in ihrem Bemühen um die Qualität der Betreuung von betagten Menschen in den APH, am 28. Mai 2001 ein Dokument verabschiedet, das die „interkantonalen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen für den Erhalt und die Beibehaltung einer Betriebsgenehmigung als Pflegeheim für Betagte“ beschreibt. Dieses Dokument gestattet einen interkantonalen Vergleich. Da der Kanton Waadt ein System für die Ergebnisanalyse eingeführt hat, können die anderen Westschweizer Kantone dieses Instrument ebenfalls anwenden. Das Gesundheitsdepartement des Kantons Wallis hat diese Anforderungen übernommen und sie in seine eigenen Anforderungen integriert.

Dieses Dokument dient auch als Bezug anlässlich von Kontrollen der Dienststelle für Gesundheitswesen. Mitte Februar 2004 wurde ein erster interkantonaler Vergleich zwischen dem Wallis und den Kantonen Waadt, Jura und Neuenburg durchgeführt. Dieser Vergleich zeigt Tendenzen auf, wobei der Kanton Wallis eine mittlere Position einnimmt.

2003 wurden diese gemeinsamen Anforderungen als Kontrollinstrument für die Verlängerung der Betriebsgenehmigung der Walliser APH verwendet. In Bezug auf eine gewisse Anzahl von Kriterien war eine positive Entwicklung festzustellen. Dieses gemeinsame Instrument wird in den kommenden Jahren von den verschiedenen Partnern weiterhin zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität bei der Betreuung der Heimbewohner sowie bei den Arbeitsbedingungen der Angestellten verwendet werden.

Diese Anforderungen werden die Zertifizierungskriterien für APH ergänzen, die zurzeit in der Qualitätsgruppe des GRSP in Ausarbeitung sind.



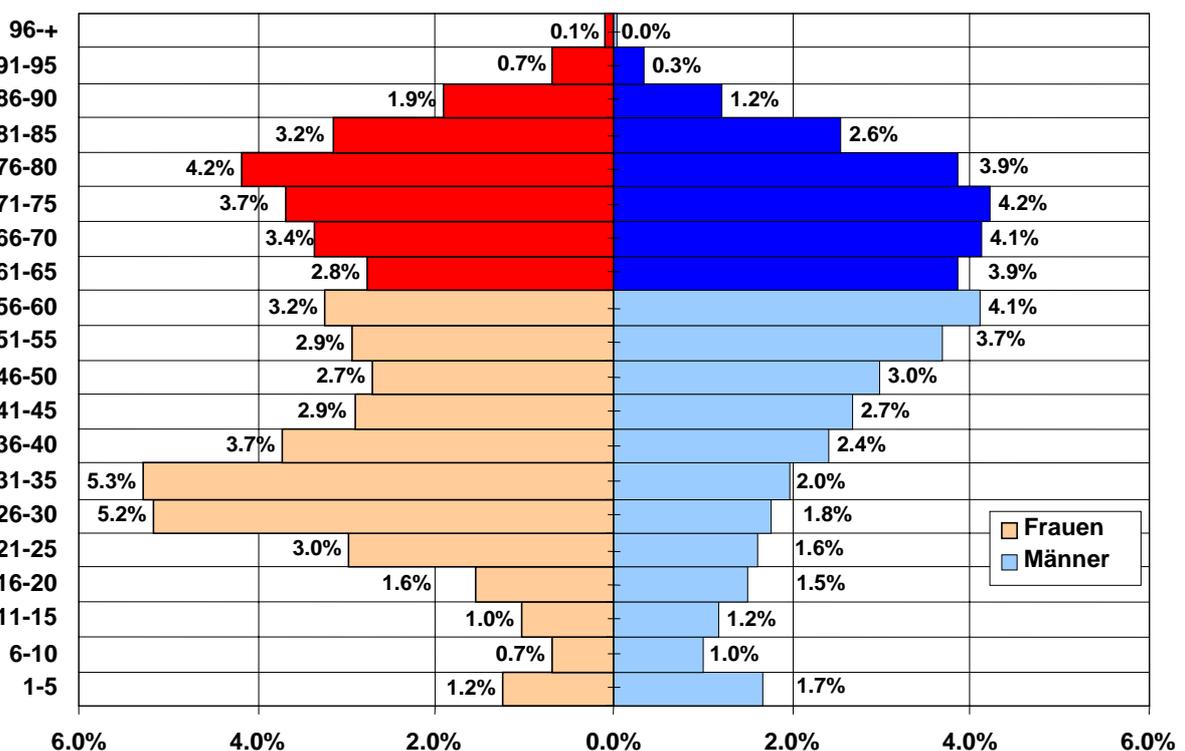
8. Die Spitäler

8.1 Die Akutspitäler

Seit einigen Jahren weisen die Aktivitätsindikatoren der Akutspitäler eine fallende Tendenz auf.

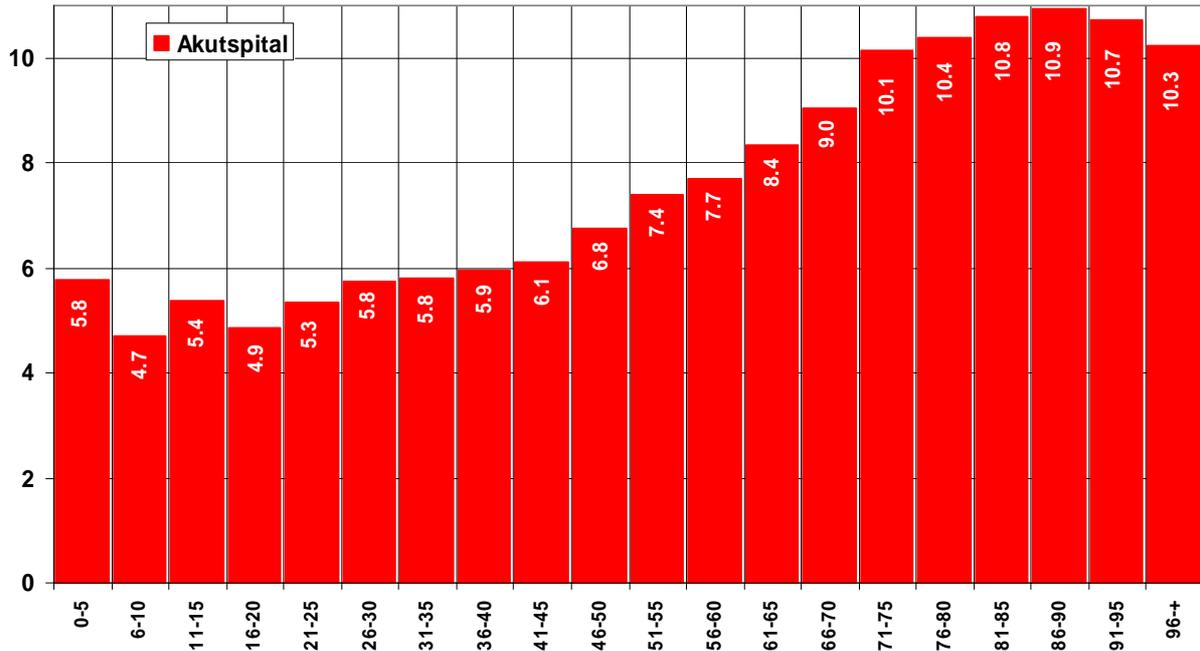
Akutflege	1995	2003	Unterschied 2003 zu 1995
Tage	320'841	257'690	-19.68%
Austritte	36'043	34'644	-3.88%
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	8.9	7.4	-16.44%

Bei einer Analyse der Patienten der Walliser Akutspitäler nach Geschlecht und Alter ist festzustellen, dass die über 60-Jährigen 40% und die über 80-Jährigen 10% der stationär Behandelten ausmachen.



Quelle: BfS 2002

Was die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Patienten anbelangt, so nimmt sie mit dem Alter der Patienten zu. Dieser Umstand ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass diese Patienten oft an chronischen Krankheiten leiden und eine längere Rehabilitation benötigen.



Quelle: BFS

Auch wenn der Eintritt Betagter in das Gesundheitssystem über die Akutspitäler erfolgt, stellt sich die Frage, ob die anderen Strukturen die pflegebedürftigen Patienten aufnehmen können.

Aus den beiden nachstehenden Grafiken geht hervor, dass diese Einrichtungen zum Grossteil von den über 60-Jährigen in Anspruch genommen werden.

8.2 Die geriatrischen Spitäler und Kliniken

Unter Geriatrie versteht man die medizinische Fachrichtung, die sich mit der Behandlung betagter Patienten befasst; es handelt sich um eine pluridisziplinäre Allgemeinmedizin. Die geriatrischen Spitäler, Kliniken und Einrichtungen erbringen allgemeine und auf Geriatrie spezialisierte Pflegeleistungen sowie Leistungen zur Funktionsrehabilitation.

In der nachstehenden Tabelle sind die 2003 betriebenen Geriatrie-Betten nach Regionen aufgeführt.

	Spitalzentrum Oberwallis		Spitalzentrum Mittelwallis				Spitalzentrum Unterwallis			
	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>CVP</i>	<i>Siders</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>	<i>IPVR</i>	<i>St-Maurice</i>
Geriatrie	43	42		45	83	28				83

Im Rahmen des Gesundheitsnetzes Wallis ist die Geriatrie wie folgt auf die Spitäler und Kliniken verteilt: 42 Betten in Brig, 43 Betten in Visp, 45 Betten in Siders (Ste Claire), 83 Betten in Sitten (Gravelone), 28 Betten in Martinach sowie 83 Betten in St. Maurice (St. Amé). Diese Krankenanstalten haben nicht alle die gleiche Struktur. Einige haben neben den stationären auch halbstationäre Abteilungen sowie eine Ambulanz.



Das Spital Gravelone hat 2003 sein Tagesspital geschlossen. Diese Schliessung hat sich auf das System der Betreuung zu Hause sowie die APH der Region ausgewirkt: Sie sehen sich mit einer Zunahme der Nachfrage für eine Tagesbetreuung konfrontiert. Sie verfügen nicht immer über alle erforderlichen Aufnahmestrukturen.

Geriatrisches Fachpersonal, Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und andere arbeiten gemeinsam an den Programmen zur Betreuung der Patienten. Zur Information sei darauf hingewiesen, dass die Pflegepersonaldotation, Krankenschwestern, Hilfskrankenschwestern und Hilfspfleger je nach Krankenanstalt unterschiedlich ist: 2002 betrug sie 0.80 VZÄ für St. Amé, 0.87 VZÄ für Gravelone, 0.70 VZÄ für Ste-Claire und 0.88 VZÄ pro Bett in Brig.

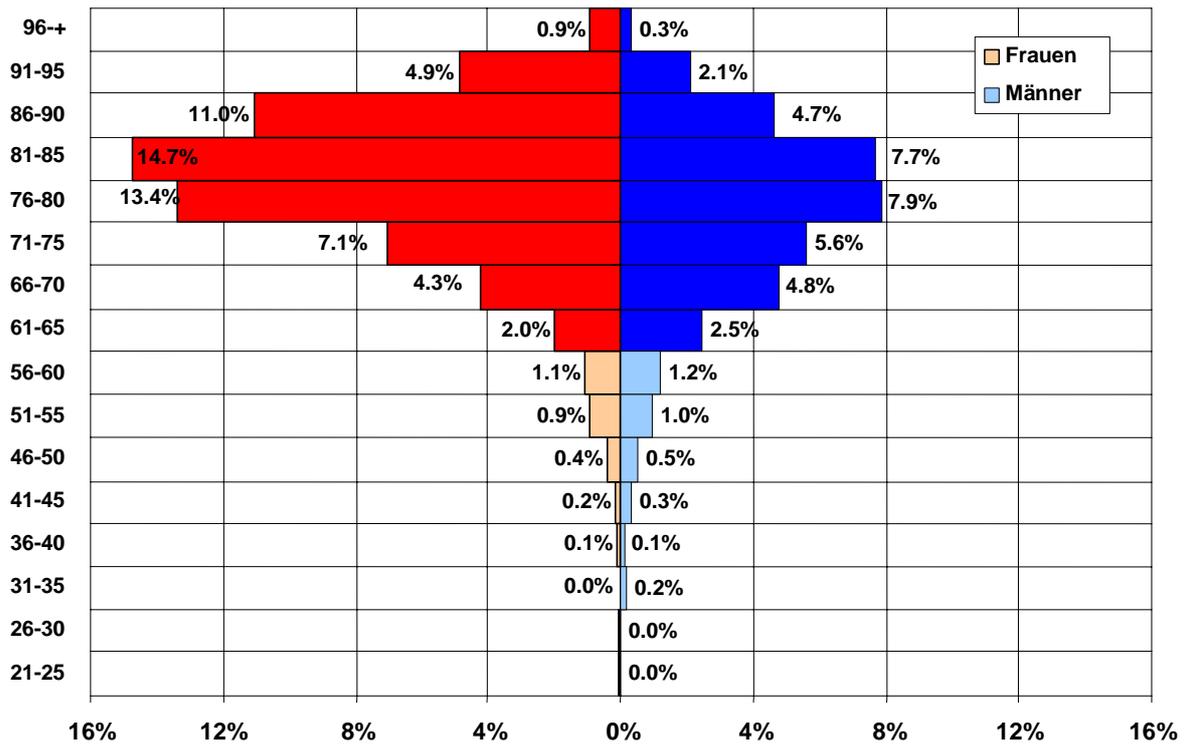
Die ärztlichen Aktivitäten haben sich in den letzten Jahren intensiviert. Die auf diesem Sektor aufgetretenen Probleme betreffen die Rekrutierung von Assistenzärzten sowie die unzureichende Anzahl von APH-Betten für die Aufnahme von Personen, deren Zustand sich stabilisiert hat, die nicht mehr in der Lage sind, nach Hause zurückzukehren. Neben ihrer eigenen Weiterbildung stellen die Ärzte die Weiterbildung des Personals ihrer Institutionen sicher, sie publizieren, halten Vorträge und wirken mit an der Einführung von EDV-gestützten Patientendossiers.

Die Aktivitäten des Pflegepersonals sind gekennzeichnet durch die Einführung von LEP, eines EDV-Systems für die Erfassung aller Pflegeleistungen und die Verwaltung der Krankenpflege. Daneben kam der Weiterbildung des Personals und der Integration der Praktikanten und Studierenden der neuen Studiengänge für die Pflegeausbildung besondere Aufmerksamkeit zu.

Neben den eigentlichen geriatrischen Aktivitäten sind auch hier Wartebetten anzutreffen (siehe entsprechendes Kapitel).

Die Palliativpflege wird immer mehr zu einem Bestandteil des Pflegeangebots des Geriatriebereichs. Das Spital Gravelone verfügt über eine spezifische Einheit für Palliativpflege mit 12 Betten, die als Einheit für kontinuierliche Pflege (USCO) bezeichnet wird. Mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 33 Tagen sind in der USCO 106 Patienten behandelt worden. Sie nimmt Erwachsene jeden Alters auf, insbesondere Krebskranke.

Die Alterspyramide der in der Geriatrie behandelten Patienten zeigt, dass 2002 fast 94% der Patienten über 60 Jahre waren und dass die über 80-Jährigen 46.4% der Patienten ausmachten.



Quelle: BfS 2002

Mit der rückläufigen Bettenzahl haben die geriatrischen Spitäler und Kliniken einen erheblichen Rückgang der Krankentage und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zu verzeichnen.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austritte	2'055	2'211	2'696	2'907	2'874	2'806	2'865	2'852	2'787
Krankentage	115'056	118'479	113'357	112'716	111'246	104'581	106'975	107'599	104'057
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (Monate)	56	54	42	39	39	37	37	38	37

Es ist ferner festzustellen, dass die Langzeitpflege im Geriatriebereich fast verschwunden ist. Mit Ausnahme von einigen besonders schweren Fällen werden diese Personen an die APH sowie an die SMZ verwiesen. Nach den alten Spitalkonzepten waren die Geriatriespitäler für die Langzeitpflege zuständig. Im Spitalkonzept 2004 ist ein derartiger Auftrag jedoch nicht mehr vorgesehen. Dies wird bei einer neuen Festlegung des Bedarfs an APH-Betten zu berücksichtigen sein.

Die Jahresberichte 2003 der Spitäler und Kliniken gestatten keinen Vergleich der gesamten Aktivitäten und Leistungsangebote.



8.3 Vorschlag

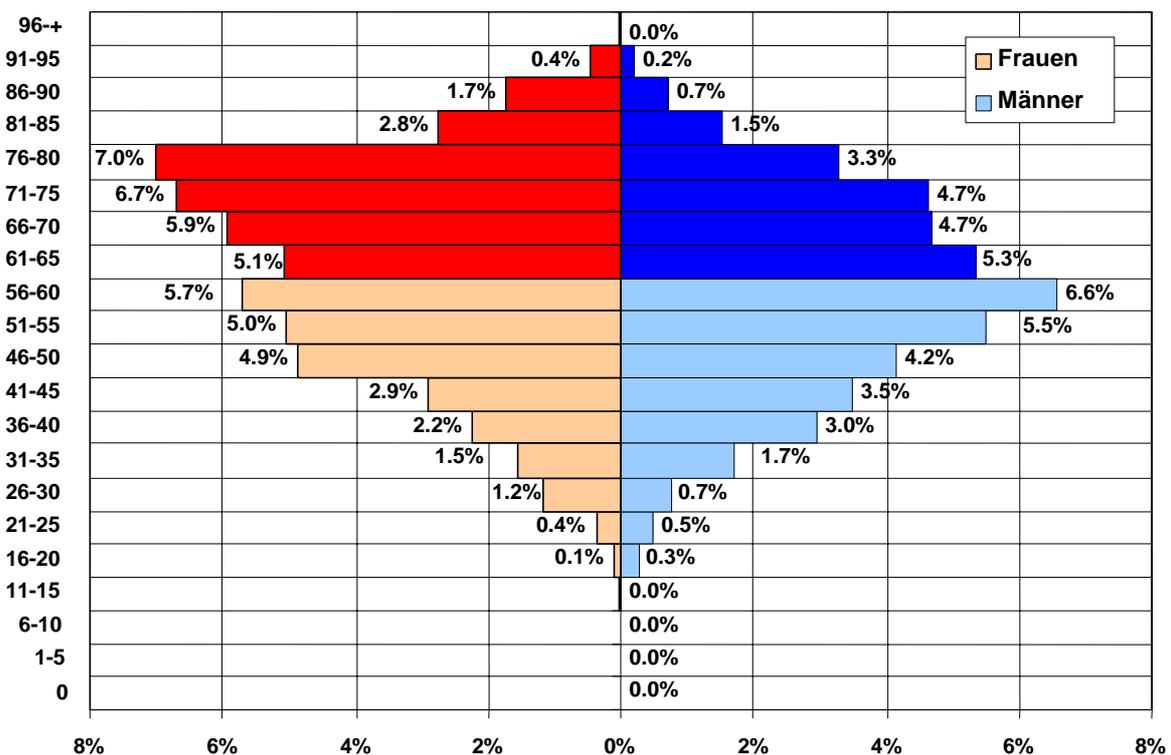
- Entwicklung von geriatrischen Evaluationseinheiten, die eine Gesamtbewertung des Patienten durch ein pluridisziplinäres Team, kohärente Pflegeprojekte sowie eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe anbieten.

8.4 Die Rehabilitationsspitäler und -Einrichtungen

Im Wallis werden Rehabilitations-Pflegeleistungen im Wesentlichen von den Folgenden Anstalten angeboten:

- Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana;
- Rehabilitationszentrum Leukerbad;
- SUVA in Sitten.

Da die SUVA hoch spezialisierte Leistungen für junge Unfallpatienten anbietet (76.15% der Patienten sind Männer im Alter von 15 bis 60 Jahren), wurde sie in der nachstehenden Alterspyramide nicht berücksichtigt.



Quelle: BfS 2002

Aus der oben stehenden Pyramide lässt sich ableiten, dass 50% der Patienten über 60 Jahre sind. Zwischen 61 und 80 Jahren ist die Aufteilung der Patienten je nach Geschlecht unterschiedlich, weil tendenziell die Zahl der betreuten Männer abnimmt, während die der Frauen zunimmt.



Es scheint deshalb logisch, die Bedürfnisse der alternden Patienten zu berücksichtigen, wie im „Spitalkonzept“ 2004 angegeben.

8.5 Die Alterspsychiatrie

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Weltverband der Psychiatrie (WPA) haben ein Vereinbarungsprotokoll über die Definition der geriatrischen Psychiatrie veröffentlicht. Die geriatrische Psychiatrie wird definiert als „*der Zweig der Psychiatrie, der ein integrierender Bestandteil der multidisziplinären geistigen Gesundheitspflege für Betagte ist*“. Für die Psychogeriatric werden auch die Bezeichnungen Psychiatrie der Betagten oder Gerontopsychiatrie verwendet.

Diese Disziplin umfasst neben ihren therapeutischen Zielen zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Verbesserung der Lebensqualität von Betagten durch therapeutische Unterstützung auch Aspekte der Prävention, der Unterstützung von verwandten oder professionellen Helfern, der Ausbildung der Bevölkerung und der Fachleute, der Weiterbildung, Forschung und des Engagements in der Gesundheitspolitik.

Als medizinische Disziplin gehört die Psychogeriatric sowohl zum Bereich der Psychiatrie als auch der Geriatrie. Die interdisziplinäre Arbeit ist in diesem Bereich stark entwickelt, ebenso wie die vielfältige Zusammenarbeit mit den Pflegeinstitutionen, dem Sozialbereich, den Sonderverbänden für verschiedene Pathologien und für Betagte sowie mit den Familien und Angehörigen der Patienten. Dieser Bereich verdient in der kantonalen Planung eine ganz besondere Beachtung, denn er befindet sich an der Schnittstelle zahlreicher komplementärer und interdependenter Bereiche.

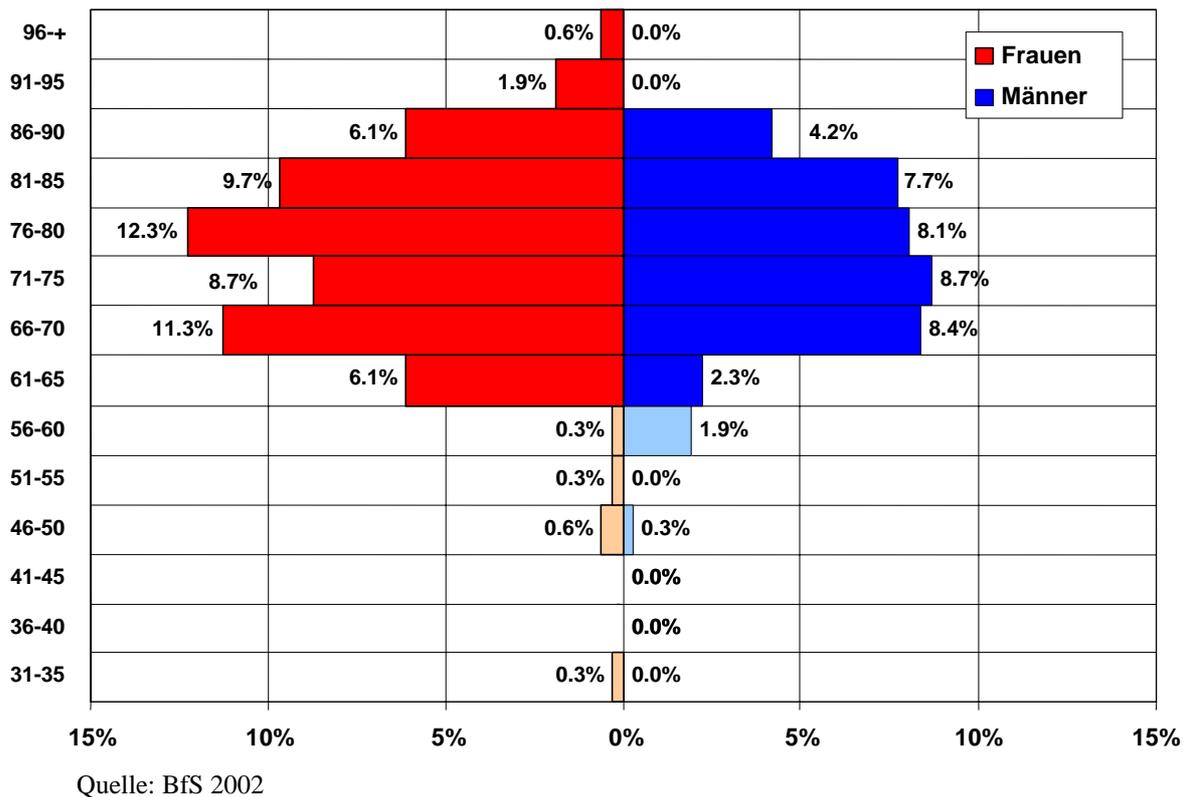
Die psychiatrischen Institutionen des Wallis sind nach den Sprachregionen aufgeteilt: die Institutions Psychiatriques du Valais Romand (**IPVR**) und das Psychiatrie-Zentrum Oberwallis (**PZO**).

In seinem Beschluss vom Juli 2001 hielt der Staatsrat ausdrücklich die Notwendigkeit fest, regionale Konsultationszentren für die Liaisonpsychiatrie einzuführen. Diese Zentren sollen insbesondere die psychiatrische Ausbildung des Personals der betroffenen Institutionen sicherstellen sowie die Koordination zwischen den stationären, halbstationären und ambulanten Bereichen.

Die Spitalplanung vom Januar 2004 sieht folgende Bettenaufteilung vor:

	<i>Spitalzentrum Oberwallis</i>	<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>	<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>	
	<i>PZO</i>	<i>Ste-Claire</i>	<i>St-Amé</i>	<i>Malévoz</i>
Psychogeriatric	18	18	18	20

In diesen Betten werden jedes Jahr an die 300 Patienten aufgenommen, von denen knapp 60% Frauen sind, wie aus der nachstehenden Alterspyramide hervorgeht:



8.5.1 Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR)

Zur Erfüllung seines Auftrags verfügt der gesamte psychogeriatrische Dienstbereich über:

- 1 Psychogeriatric-Abteilung im Spital Malévoz, Le Rocheys, mit 20 Betten;
- 2 dezentralisierte Abteilungen in Siders, Klinik Ste Claire, mit 18 Betten und in St. Maurice, Klinik St. Amé, mit 18 Betten;
- 2 Tagesspitäler für Betagte in Monthey und in Siders (Ste-Claire);
- Fachambulanzen in Monthey, Martinach, Sitten und Siders;
- eine Liaisonspsychiatrie in Monthey im Spital Chablais, in St. Maurice in der Klinik St. Amé, in Martinach im Spital Martinach, in Sitten im Spital Champsec und Gravelone, in Siders in der Klinik Ste Claire sowie in den APH und SMZ des französischsprachigen Wallis.

Die Spitalabteilungen

Jede Abteilung verfügt über ein ärztliches Team (Oberarzt und Assistenzarzt), ein Pflorgeteam unter der Verantwortung des stellvertretenden Chefarztes und die für die psychogeriatrischen Abteilungen der IPVR verantwortlichen Chef-Krankenpfleger. Die drei Einheiten gewährleisten eine psychogeriatrische Pflege gleicher Qualität.

Die Aufnahmen erfolgen je nach verfügbaren Plätzen, wobei die Wahl des Patienten oder seiner Familie so weit wie möglich respektiert wird. Davon ausgenommen sind offensichtlich die folgenden Indikationen: eine bedeutende somatische Co-Morbidität, die in den Zuständigkeitsbereich der Geriatrie und der Infrastruktur eines somatischen Spitals fällt, sowie die schweren manischen und depressiven Zustände, die von einem starken



Selbstmordrisiko begleitet sind und für die das Know-How und die Infrastruktur eines psychiatrischen Spitals gebraucht werden.

Die Tagesspitäler für betagte Personen in Monthey und Siders (Ste-Claire) sollen die Untersuchung von Gesundheitsproblemen ab dem 55. Lebensjahr, die Beurteilung der psychischen und körperlichen Probleme, die Beurteilung der Ressourcen des Patienten und seiner Umgebung und die Anpassung der therapeutischen Massnahmen gestatten. Das Tagesspital ist von Montag bis Freitag von 9h bis 17h geöffnet und bietet betagten Personen eine intensive Pflege unter Beibehaltung ihres vertrauten Umfelds. Die Betreuung stützt sich in der Hauptsache auf das Konzept der institutionellen Psychotherapie und der Gruppendynamik. Der Patient ist also ein Partner, der sich aktiv an einer therapeutischen Beziehung mit den Mitgliedern des Pflorgeteams beteiligt.

Die Liaison-Psychogeriatric wird von Psychiatern und Psychotherapeuten ausgeübt, die sich in die Spitäler, in die Alters- und Pflegeheime (APH) und die Sozialmedizinischen Zentren (SMZ) begeben. Ihr Auftrag erstreckt sich von der Fachkonsultation bis zur Unterstützung von Teams, die Schwierigkeiten bei der Betreuung von Patienten mit psychiatrischen Krankheiten oder schweren psychischen Leiden haben. Diese Supervisionen gelten dem gesamten Personal, das auf dem Gebiet der Betreuung Betagter tätig ist.

Immer mehr Zeit wird für die Vorbereitung des Spitalaustritts von Psychogeriatric-Patienten aufgewendet, die nach Hause zurückkehren oder in eine andere Institution wechseln. Der Erfolg dieser Integration ist entscheidend für Lebensqualität der Patienten und ihrer Umgebung sowie für die Vermeidung einer neuerlichen Hospitalisierung. Die IPVR haben Protokolle zur Vorbereitung auf eine Unterbringung in einer Institution sowie für die Pflege am Lebensende ausgearbeitet. Das letztere Protokoll ist ein integrierender Bestandteil der Palliativpflege, die den Patienten insbesondere in der Endphase ihres Lebens erteilt wird.

Die Dezentralisierung der psychogeriatricen Betreuung auf verschiedene Standorte entspricht zwar einem Bedarf der Bevölkerung, es stellt sich aber die Frage der Kapazitäten an Personal, Ärzten und Pflegern sowie der kritischen Masse an den verschiedenen Standorten. Im Rahmen der Umstrukturierung der Spitäler des GNW müsste man sich mit dieser Problematik befassen.

Der Bedarf an Fachpersonal hat derart zugenommen, dass die IPVR ihr eigenes Ausbildungszentrum, die Abteilung für medizinische Psychologie und Ausbildung, entwickelt haben. Für die IPVR ist die Verpflichtung zur Ausbildung ein integrierender Bestandteil ihres beruflichen Verantwortungsbereichs geworden. Ihr Angebot erstreckt sich auf alle Berufe, die sich mit betagten Menschen befassen: Ärzte, Krankenschwestern, Ergo- und Physiotherapeuten, Sozialhelfer, Familienhelfer, Hilfspfleger und Hilfskrankenschwestern etc.

Es müssten sich auch Verbindungen zur HES-S2 entwickeln. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt jedoch dem Hilfspflegepersonal, das keinen Zugang zum Ausbildungsangebot der HES-S2 hat.



8.5.2 Psychiatrie Zentrum Oberwallis (PZO)

Auf der Grundlage des Jahresberichts 2003 ist es nicht möglich, die Tätigkeit des PZO hinsichtlich der Psychogeriatric im Einzelnen zu beschreiben. Man erfährt, dass dieser Sektor in finanzieller Hinsicht hoch defizitär ist. 2003 wurden 96 Austritte gegenüber 76 im Jahr 2002 verzeichnet. Das entspricht 4'295 Pflagetagen 2003 gegenüber 3'717 im Jahr 2002. Auf dem Gebiet der Psychogeriatric ist die Eröffnung einer psychogeriatricen Tagesklinik zu erwähnen. Dieses Leistungsangebot gestattet es, den stationären Sektor zu entlasten, und findet bei den Angehörigen der Patienten ein sehr gutes Echo. Im ambulanten Bereich konnte eine Gruppe von Angehörigen gemeinsam mit der Vereinigung EMERA (Vereinigung für Partnerschaft mit behinderten Menschen) gebildet werden. Die Zusammenarbeit des PZO mit den Partnern des Gesundheitssystems ist gut. Privilegierte Beziehungen werden zum APH St. Joseph in Susten, dem APH Martinsheim in Visp, der Vereinigung EMERA im Oberwallis und der Institution Via (für die Rehabilitation von Personen mit Suchtproblemen) in Gampel unterhalten.

8.5.3 Psychogeriatrices Tagesheim

Neben der psychogeriatricen Betreuung unter der Verantwortung der psychiatrischen Spitäler wurde im Juni 2002 ein Tagesheim für Alzheimerpatienten, **Les Acacias in Martinach**, eröffnet. Es handelt sich um eine private Initiative, wobei die Verantwortlichen in Verbindung mit dem SMZ Martinach arbeiten.

8.5.4 Psychogeriatricabteilungen in APH

In manchen APH gibt es Psychogeriatricabteilungen für Menschen, deren Zustand sich stabilisiert hat, die aber nicht zu Hause betreut werden können. (Siehe Kapitel APH.)



9. Die Zwischenstrukturen für die Betreuung

9.1 Allgemeines

Zu den Zwischenstrukturen für die Betreuung Betagter zählen folgende Einrichtungen:

- geschützte Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung;
- Ferienbetten;
- Tagesheime;
- Wartebetten.

9.2 Bestandesaufnahme

9.2.1 Integrierte Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung

9.2.1.1 Allgemeines

Geschützte Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung sind eine Massnahme im Rahmen der Politik der Betreuung zu Hause. Sie bieten der betagten Bevölkerung, als Ergänzung zu den bestehenden Strukturen, eine neue Form des Wohnens. Es ist vorgesehen, unter einem Dach eine kleine Gruppe von Menschen unterzubringen, die sowohl in körperlicher als auch in psychologischer Hinsicht das Bedürfnis nach mehr Sicherheit haben. Zu diesem Zweck erbringt das Sozialmedizinische Zentrum zu verschiedenen Zeiten bei Tag und Nacht Leistungen, je nach Bedarf der Bewohner. Die Wohnungen sind so konzipiert, dass sie die Integration der betagten Personen in der örtlichen Gemeinschaft erleichtern.

9.2.1.2 Derzeitiges Leistungsangebot

Auf dem Gebiet der integrierten Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung wurden folgende Strukturen errichtet:

- Region Siders: Zurzeit stehen 3 Wohnungen des Typs DOMINO „Domicile nouvelle option“ zur Verfügung;
- ein Projekt DOMINO ist in Sitten im Gange (SMZ und Pro Senectute);
- Sunnu-Bina, Visp: 1 Wohnung.

9.2.2 Ferienbetten

Eine Ferienbetten-Einheit (FBE) besteht aus mehreren Betten für einen kurzfristigen Aufenthalt. Sie gestattet eine vorübergehende Aufnahme von zu Hause lebenden Betagten, um die Personen, die sie betreuen, zu entlasten und ihnen eine Erholungspause zu ermöglichen. In dieser Einheit können auch Betagte nach ihrer Entlassung aus dem Spital aufgenommen werden, welche noch nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, und wenn eine Betreuung zu Hause (SMZ) nicht möglich ist.

Gemäss den Richtlinien des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie vom August 2003 beteiligt sich der Kanton im Rahmen der kantonalen Gesundheitsplanung an den Betriebs- und Investitionskosten der Ferienbetten-Einheiten.



Ein eventuelles Betriebsdefizit dieser Einrichtungen muss von dem SMZ übernommen werden, mit dem der Kooperationsvertrag abgeschlossen wurde.

Zurzeit gibt es im APH Englischgruss in Brig eine Ferienbetten-Einheit, die in Zusammenarbeit mit dem Oberwalliser CORIF (SOMEKO) betrieben wird. Eine andere Einheit ist im APH von Saas-Grund in Zusammenarbeit mit dem SMZ von Saas Grund verwirklicht worden. Ein Projekt ist zurzeit im APH Chablais in Zusammenarbeit mit dem SMZ Sidlers in Ausführung.

9.2.3 Wartebetten-Einheiten

9.2.3.1 Definition und Rückblick

Wartebetten sind für Patienten bestimmt, die aus einem Spital entlassen wurden und auf eine Unterbringung in einem Alters- und Pflegeheim warten. Diese Massnahme wird seit 2001 vom DGSE vorgeschlagen und gefördert, um provisorisch dem Mangel an APH-Betten abzuwehren. Bis zur Einführung der neuen Spitalorganisation per 01.01.2004 hing die Bereitstellung dieser Betten vom guten Willen des jeweiligen Spitalverantwortlichen ab. Heute gehört die Einführung dieser Betten zum Leistungsauftrag des GNW. Die Verteilung der Betten ist wie folgt vorgesehen:

	<i>Spitalzentrum Oberwallis</i>			<i>Spitalzentrum Mittelwallis</i>				<i>Spitalzentrum Unterwallis</i>			
	<i>Reha-Zentrum Leukerbad AG</i>	<i>Visp</i>	<i>Brig</i>	<i>CVP</i>	<i>Sidlers</i>	<i>Sitten</i>	<i>Martinach</i>	<i>Monthey</i>	<i>Aigle</i>	<i>IPVR</i>	<i>St-Maurice</i>
Wartebetten	10	10	10		10	10	10				10

9.2.3.2 Derzeitiges Leistungsangebot

Zurzeit hat das Departement den Betrieb von Wartebetten genehmigt in:

- Brig (seit 2001, 6 Betten);
- Visp (2003 – 5 Betten);
- Martinach (2003 – 6 Betten);
- Rehaszentrum Leukerbad (2003 – 6 Betten);
- Sitten-Gravelone (2005 – 5 Betten);
- St. Amé (2004 – 5 Betten).

9.2.3.3 Finanzierung der Wartebetten

Was die Finanzierung der Wartebetten anbelangt, so erfolgt sie analog zur Finanzierung der APH:



- die **finanzielle Beteiligung der Patienten** entspricht in etwa dem Pensionspreis in einem APH, d.h. einem Höchstbeitrag von **CHF 110.-**, der bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen zur AHV berücksichtigt wird;
- die **finanzielle Beteiligung der Krankenversicherer** basiert auf dem BESA-System der APH, das heisst insbesondere BESA 4, das entspricht einem täglichen Tarif von CHF 72.-- pro Tag;
- die **Pauschalsubvention des Kantons** pro Krankentag übersteigt CHF 72.--.

9.2.4 Die Tagesheime

Ein Tagesheim ist eine sozialmedizinische Struktur, die einer Betreuung zu Hause förderlich ist. Sie bietet der tagsüber aufgenommenen Person eine sozialmedizinische Betreuung. Die Tagesheime fördern den Verbleib zu Hause, denn die pflegebedürftigen Betagten können tagsüber in den Räumlichkeiten der Alters- und Pflegeheime oder in einer unabhängigen Struktur aufgenommen werden. Sie entlasten die Personen, die normalerweise die Betagten betreuen. Die Tagesheime werden vom Kanton und vom Bund subventioniert.

Heute gibt es etwa ein Dutzend derartiger Einrichtungen, die auf den gesamten Kanton verteilt sind. Ihre Organisation und ihr Angebot sind jedoch je nach Standort sehr unterschiedlich. Manche APH bieten tagsüber eine Aufnahme an, um die Familien zu entlasten, sind jedoch für diese Aufgabe nicht richtig ausgestattet. Andere haben eine eigene Abteilung für die Aufnahme von Personen, die nicht im Heim wohnen.

Name	Typ	Ganze Tage
Haut-de-Cry, Vétroz	Tagesheim	110
Chantovent, Martinach	Tagesheim	4'619
Rubis, Vouvry	Tagesheim	4'928
Brig	SMZ	112
Beaulieu, Sierre	APH	235
St-Jacques, St-Maurice	APH	13
Les Tilleuls, Monthey	APH	175
Pierre-Olivier, Chamoson	APH	395
Les Crêtes, Grimisuat	APH	215
Le Glarier, Sitten	APH	687
La Providence, Sembrancher	SMZ	28
Les Acacias	Tagesheim	975
<i>Total</i>		<i>12.492</i>



9.3 Vorschläge

9.3.1 Vorschlag hinsichtlich der integrierten Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung:

- In Zukunft wäre es wünschenswert, dass Strukturen dieses Typs in anderen Regionen des Kantons eingeführt werden.

9.3.2 Vorschläge Ferienbetten

- Förderung der Schaffung von FBE in jeder Gesundheitsregion. In einer ersten Phase mindestens 4 Betten pro Gesundheitsregion, d.h. insgesamt 24 Betten, vorsehen;
- auf dieses Angebot aufmerksam machen;
- die Auswirkungen dieses Angebots auf die Pflege zu Hause bewerten, Statistiken führen.

9.3.3 Vorschlag Wartebetten

- diese Betten progressiv abzuschaffen, je nach der Entwicklung des Angebotes in APH-Betten;

9.3.4 Vorschlag Tagesheime

- den Begriff des Tagesheims genau definieren und diese Tagesheime inventarisch erfassen;
- diese Art der Betreuung, die einem realen Bedarf entspricht, weiter entwickeln. In zahlreichen Fällen stellt das Tagesheim eine reelle Alternative zu einer institutionellen Unterbringung der betagten Person in einem APH dar;
- mindestens 15 Tagesheimplätze pro Gesundheitsregion vorsehen, also mindestens 90 Plätze;
- ihre Auswirkung auf die Pflege zu Hause und die APH-Eintritte beurteilen.



10. Koordinationsinstanzen

10.1 Allgemeines

In seinem Beschluss vom Juli 2001 hat der Staatsrat die Schaffung von regionalen Koordinationsinstanzen im Rahmen der regionalen Gesundheitskommissionen vorgeschlagen, um die Kontinuität der Behandlungen und der Pflege sowie eine adäquate Unterbringung der Patienten sicherzustellen.

10.2 Bestandesaufnahme

10.2.1 Die regionalen Gesundheitsnetze

Im Anschluss an den Staatsratsbeschluss vom 29. November 1995 betreffend die Schaffung von regionalen Gesundheitsnetzen wurden im Laufe des Jahres 1996 in den sechs Gesundheitsregionen regionale Gesundheitskommissionen eingeführt.

Auf dem Gebiet der regionalen Gesundheitsnetze sind die folgenden Ziele weiter zu verfolgen:

- Bedarfsanalyse, Festlegung und Einführung der Planung;
- Förderung einer verstärkten Koordination und der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringer;
- Förderung der Einführung von Pilotprojekten durch die regionalen Gesundheitsnetze;
- Sicherstellung einer gerechten Verteilung der Mittel, die den Gesundheitsregionen auf der Ebene der Gesundheitsnetze zur Verfügung gestellt werden.

Die meisten der im Rahmen der regionalen Gesundheitsnetze in Angriff genommenen Pilotprojekte haben entweder eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringer (CORIF in Siders, SOMEKO im Oberwallis) zum Ziel oder die Bedarfsdeckung auf einem bestimmten Gebiet durch eine engere Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringer (zum Beispiel das Projekt RESP: Réseau de Soins Palliatifs, Region Sitten, François Xavier Bagnoud).

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das Engagement der Kommissionen nicht überall gleich ist. Zu erwähnen ist schliesslich, dass in der Region Chablais eine interkantonale Zusammenarbeit im Rahmen des Pflegeverbands Chablais stattfindet.

10.2.2 Pilotprojekt CORIF (1997-1999) und ständige Einrichtung (ab 1999) in Siders

Bereits im Jahr 1997 wurde unter der Aufsicht der regionalen Gesundheitskommission Siders eine Koordinationsinstanz, die CORIF (Coordination inter-institution pour une gestion optimale des flux de patients), in der Region Siders eingeführt.



Die CORIF spielt hauptsächlich folgende Rolle:

- Sie erleichtert die Zusammenarbeit zwischen den Partnern des Gesundheitsnetzes Siders;
- Sie fördert die Kontinuität der Pflege, indem sie allen Partnern eine flexible und rasche Antwort bietet;
- Sie trägt zur Verbesserung der Qualität der Pflege bei, die den Patienten zuteil wird, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse sowohl der Patienten als auch der Leistungserbringer;
- Sie muss sich an die neue Spitalorganisation anpassen.

Was die Funktionsweise der CORIF anbelangt, so ist auf die folgenden Punkte hinzuweisen:

- Das Personal der CORIF besteht aus einem Koordinator, einer Gesundheitskrankenschwester und einer Sekretärin;
- Die Koordinationsinstanz organisiert die Zusammenarbeit mit den Partnern;
- Die CORIF fördert die Information über die regionalen Gesundheitsstrukturen;
- Die Instanz bewertet die Funktionsweise und nimmt die statistische Erfassung der Verlegung von einer Institution in eine andere vor.

Im Rahmen eines Pilotprojekts war eine regionale Koordinationsinstanz von Oktober 1997 bis Ende September 1999 tätig. In dieser Zeit erhielt das Projekt vom Kanton einen substantziellen finanziellen Beitrag.

Aufgrund des Schlussberichts von Ende 1999, aus dem die Notwendigkeit einer dauerhaften CORIF-Struktur hervorging, hat der Staatsrat für die Einführung einer permanenten CORIF-Struktur eine finanzielle Beteiligung gewährt, die seit dem Jahr 2000 75% der berücksichtigten Ausgaben deckt.

10.2.3 Pilotprojekt CORIF im Oberwallis (CORIF Oberwallis)

Seit Anfang 2003 läuft das Pilotprojekt CORIF Oberwallis (SOMEKO), das die Einführung einer ähnlichen Koordinationsinstanz wie der CORIF Siders gestattet hat. Dieses Projekt ist umso bedeutender, als im Oberwallis ein markanter Mangel an APH-Betten herrscht. Der Schlussbericht zur Bewertung dieses Projekts wurde Ende Juni 2004 vorgelegt.

Aufgrund der positiven Arbeitsergebnisse der CORIF Oberwallis wird diese ihre Tätigkeit auf jeden Fall bis Ende 2005 fortsetzen. 2005 wird die Notwendigkeit dieser Struktur erneut beurteilt.

Die Koordinationsinstanz CORIF spielt folgende Rolle:

- Sie fördert die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Partnern;
- Sie entwickelt eine harmonisierte Politik für die Verlegung von Patienten;
- Sie stellt die Kontinuität der Behandlungen und der Pflege sicher;
- Sie platziert die Patienten unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse;
- Sie informiert über das Leistungsangebot des Pflegenetzes.



Die Koordinationsinstanz SOMEKO hat ihre Tätigkeit auf die Information der Bevölkerung, eine Kontaktaufnahme mit den verschiedenen Institutionen sowie die Beratung der Patienten sowie ihrer Angehörigen konzentriert.

10.2.4 Regionales Patienten-Informations- und Orientierungsbüro (BRIO – Chablais)

Im Herbst 2000 wurde das Pflegenetz BRIO eingeführt, das anfänglich die Institutionen des Waadtländer Chablais umfasste. 2003 wurde das regionale Gesundheitsnetz von Monthey – St-Maurice dem Pflegeverband Chablais angeschlossen. Seither übt BRIO seine Tätigkeit sowohl im Walliser als auch im Waadtländer Chablais aus. Der Kanton Wallis beteiligt sich finanziell an diesem Gesundheitsnetz für das Chablais.

Die Rolle des Regionalen Patienten-Informations- und Orientierungsbüros (BRIO –Chablais) kann wie folgt beschrieben werden:

- Im BRIO des Pflegeverbands Chablais sollen langfristig die Verbindungs- und Orientierungsaktivitäten für die Patienten des gesamten Chablais zusammengefasst werden;
- Das Ziel ist, immer mehr Gesundheitsinstitutionen der beiden betroffenen Kantone (Waadt, Wallis) zu integrieren.

Eine Walliser Krankenschwester und Koordinatorin hat kürzlich die Verantwortung für die Arbeit von BRIO übernommen.

10.3 Vorschläge für die Periode 2005- 2010 beziehungsweise 2013

Man kann von folgendem Postulat ausgehen: Eine bessere Koordination gestattet es, den Fluss der Patienten, einschliesslich der Wartelisten für eine Unterbringung in APH, besser zu verwalten, die Betreuungsmassnahmen zu planen und zu koordinieren und einen Überblick über den Bedarf und die möglichen Angebote zu haben. Die Praxis des „richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort“ würde es gestatten, einige APH-Betten einzusparen.

Dazu muss man:

- in den Regionen Sitten und Martinach eine CORIF-Instanz bilden und die CORIF Unterwallis verstärken;
- die Zusammenarbeit der CORIF mit den Vormunden verbessern, um die Unterbringung in ungeeigneten Anstalten zu vermeiden;
- die Indikatoren festlegen, die es gestatten, die Effizienz der CORIF zu kontrollieren, wie zu Beispiel: Rückgang des Anteils von unter 80-Jährigen in den APH;
- die Zusammenarbeit zwischen den CORIF zu verbessern.



11. Verschiedene Partner: Pro Senectute, Alzheimer Vereinigung, Ärzte und Apotheker

11.1 Pro Senectute Wallis

Der Zweck dieser Stiftung ist es, das Wohlbefinden betagter Menschen im Wallis zu erhalten und zu verbessern.

Um es einer möglichst grossen Anzahl von betagten Menschen zu gestatten, ihre Autonomie zu bewahren und zu Hause zu leben, hat Pro Senectute eine ganze Palette von Dienstleistungen eingeführt, die sowohl von den Betagten als auch von den sie pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden können: Hausbesuche, Unterstützung pflegender Familien, denen eine Stellvertretung oder eine Begleitung angeboten wird, Mahlzeitendienst, Tagesheime sowie Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu Hause. Angebote bestehen sowohl im sozialen Bereich als auch in der Hilfe zu Hause. Als Beispiel sei hier die Ferienwoche für pflegebedürftige Betagte angeführt, die von Pro Senectute Oberwallis in Lungern organisiert wird.

Stürze sind ein Problem, denn sie haben einen Autonomieverlust zur Folge. Zu Präventionszwecken veranstaltet Pro Senectute Gleichgewichtskurse, damit alte Menschen lernen, Stürze zu vermeiden.

Pro Senectute und Alter Ego arbeiten auf dem Gebiet der Bekämpfung und Prävention von Misshandlungen zusammen.

11.2 Die Alzheimer Vereinigung Wallis

Der Zweck dieser Vereinigung ist es, Personen, die direkt oder indirekt von der Alzheimer Krankheit oder einer anderen Form von Demenz betroffen sind, zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten. Diese Krankheit kann schon am Ende des fünften Lebensjahrzehnts auftreten, das Krankheitsrisiko nimmt jedoch mit dem Alter zu.

Neben der Information, Beratung und Unterstützung der Familien durch Gruppen gegenseitiger Hilfe organisiert die Vereinigung auch Ferien für die Patienten und ihre Angehörigen.

Dem Jahresbericht 2003 der Vereinigung ist die Zahl von 3'000 Personen zu entnehmen, die im Wallis an Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz leiden. Die Zahl der von dieser Krankheit betroffenen Frauen ist offenbar doppelt so hoch wie die der Männer. Man schätzt, dass in unserem Kanton pro Jahre 91 neue Fälle in der Altersgruppe der über 90-Jährigen und 51 neue Fälle im Alter von 65 bis 69 Jahren hinzukommen. Ebenfalls diesem Bericht zufolge leben 1'800 Alzheimer-Patienten zu Hause und die anderen in Institutionen. Für diese Personen ist vorherzusehen, dass die Markteinführung und Verschreibung von neuen Medikamenten gegen Alzheimer oder andere Formen der Demenz die Auswirkungen der Krankheit auf die Autonomie dieser Personen verzögern werden, so dass ihre Unterbringung in einer Anstalt aufgeschoben werden kann. Dieser Fortschritt muss an die Einführung von spezifischen Massnahmen für eine reelle Unterstützung der Angehörigen gekoppelt werden.



Die vorzusehenden Massnahmen:

- Ausbildung der Angehörigen für die spezifische Betreuung Demenzkranker in Zusammenarbeit mit den SMZ und/oder Pro Senectute und/oder den IPVR;
- Sensibilisierung der Ärzteschaft für die Verschreibung neuer Medikamente.

11.3 Der Walliser Rentnerverband (Fédération valaisanne des retraités)

Die Fédération valaisanne des retraités, ein Dachverband, dem etwa zehn Vereinigungen angehören, engagiert sich vor allem auf dem Gebiet der Freiwilligenhilfe, um die Betreuung von Betagten zu Hause zu fördern.

11.4 Vorschläge

Abschliessend ist festzustellen, dass die Zusammenarbeit zwischen allen Partnern noch intensiviert werden müsste, insbesondere in gemeinsamen Themenbereichen, um die Betreuung von Betagten zu verbessern und zu koordinieren. Vorzusehende Massnahmen:

- Begegnungen und Meinungsaustausch zwischen allen Partnern auf regionaler Ebene;
- die Zusammenarbeit in bestimmten Themenbereichen.



12. Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten und Unfällen

12.1 Allgemeines

12.1.1 Werte, Konzept und Auswirkung

Die Lebensqualität von betagten Menschen, die optimale Wahrung ihrer Autonomie und die Achtung der Person sind zentrale Werte, die es zu verteidigen gilt. Die Erkennung und Behandlung von Krankheiten tragen zu ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit bei. Die Linderung ihrer Schmerzen und die Integration in das soziale Netz verschaffen ihnen den Komfort, der für eine gewisse Lebensqualität unerlässlich ist.

Die Schaffung eines angenehmen Lebensrahmens und das Umgebensein von kompetentem, zufriedenen und motiviertem Personal gewährleisten eine optimale Betreuung.

Die Konzepte für die Prävention und Gesundheitsförderung sind für jedes Alter gleich: als multidisziplinäres Team mit einer partizipativen Einstellung handeln; Kenntnisse und Kompetenzen einsetzen, damit die Person aktiv über ihre Gesundheit entscheiden kann; Rahmenbedingungen für das Leben schaffen, die diese Wahlen ermöglichen:

- den Patienten und sein Umfeld sowie das Personal informieren und ausbilden;
- den Patienten und sein Umfeld sowie das Personal erziehen und sie in die Entscheidungen einbeziehen;
- ein gesundheitsförderndes Umfeld aufbauen.

Diese Prinzipien gelten nicht nur für den betreuten Patienten, sondern auch für die in einem Pflegeheim oder einem SMZ tätigen Gesundheitsfachleute. Die Lebensqualität und die Arbeitsqualität hängen von der Zufriedenheit des Pflegepersonals ab. Die Massnahmen können also gezielt auf den Patienten oder die Person oder das Personal ausgerichtet sein oder aber breit gefächert und somit auch das Umfeld des Patienten und je nach Umständen die ganze Gemeinde ansprechen.

Die Prävention und die Gesundheitsförderung haben sowohl mit gesundheitlichen (Prävention von Krankheiten, Unfallverhütung), sozialen (Prävention der Isolierung) als auch strukturellen und organisatorischen Aspekten des Lebensortes zu tun: der Wohnung, dem Wohnviertel, der Gemeinde, dem Alters- und Pflegeheim.

12.2 Gesundheitsschutz, Prävention von Krankheiten und Unfällen und Gesundheitsförderung bei betagten Personen

12.2.1 Gesundheitsschutz

Vor der Entwicklung von Massnahmen zur Gesundheitsförderung muss der Gesundheitsschutz gegeben sein:

- Vermeiden von Unfällen durch geeignete Bauweisen und Materialwahl;
- ergonomische Erziehung von Patienten und Personal;



- Vermeiden von Stürzen durch Feststellung der Ursachen (Sehbehinderung, Einnahme von Medikamenten, Schwäche);
- auf einer strengen Hygiene bestehen und den Kontakt mit schädlichen Umwelteinflüssen vermeiden (Lärm, Passivrauchen).

In diesem Bereich sind das Arbeitsgesetz, die Massnahmen für die Gesundheit und Arbeitssicherheit sowie die Massnahmen für die Qualitätssicherung massgeblich.

12.2.2 Gesundheitsförderung

Die Verbesserung der Gesundheit einer Person ist keine Frage des Alters. In jedem Alter sind Verbesserungen des Gesundheitszustandes möglich, die es gestatten, abnehmende Fähigkeiten zu erhalten oder sogar wieder zurückzuerlangen. Eine massvolle Lebensführung ist in jedem Alter ein wesentliches Plus für die Erhaltung eines zufrieden stellenden körperlichen Zustands:

- körperliche Aktivitäten vorschlagen, die der jeweiligen Beweglichkeit des Patienten/Mitarbeiters entsprechen;
- auf eine ausgewogene und ausreichende Ernährung achten;
- Alkoholkonsum mässigen;
- Nikotin vermeiden.

Die psychische Gesundheit ist von vielen Faktoren abhängig. Sie kann durch Schmerzen, empfundene Gewalt, Angst vor dem Tod oder Bettlägerigkeit beeinträchtigt werden. Die soziale Integration, die Erhaltung des sozialen Netzes der in einer Institution untergebrachten oder zu Hause gepflegten Person bleibt ein Schlüsselement für die geistige Gesundheit von Betagten. Stress und Mobbing, mangelnde Ausbildung, mangelnde Anerkennung für den gezeigten Einsatz und eine schlechte Kommunikation haben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitern:

- Schmerz richtig behandeln;
- jegliche Gewalt vermeiden;
- mit dem Patienten über seine Ängste sprechen;
- eine psychische Krankheit erkennen;
- die Organisation und Kommunikation am Arbeitsplatz verbessern;
- die Fachleute unterstützen und anerkennen.

12.3 Derzeitige Situation

Auf dem Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung für Betagte finden zurzeit bereits eine gewisse Anzahl von Aktivitäten und Massnahmen statt. Von den auf diesem Gebiet tätigen Partnern sei hier die Pro Senectute angeführt, die Beratungen sowie Aktivitäten zur Verhinderung der Isolierung und Einsamkeit von Betagten anbietet. Die thematischen Animationstage und die Gleichgewichtskurse finden grossen Anklang.



Die Gesundheitsligen (Rheuma, Lungenkrankheiten, Drogenabhängigkeit, Diabetes) organisieren gezieltere Aktivitäten für Menschen mit spezifischen Leiden (Erziehung des Patienten, damit er lernt, besser mit seiner Krankheit umzugehen).

Die Durchimpfung von Personen im Alter von über 65 Jahren hat sich dank den Kampagnen für Grippeimpfungen verbessert.

Unschätzbar sind die freiwilligen Leistungen anderer Partner, die Gruppen für die gegenseitige Hilfe anleiten oder Beratungen für spezifische Probleme, Transporte und Animationen anbieten.

Auf der strukturellen und organisatorischen Ebene sind die neuen Betreuungsformen (integrierte Gemeinschaftswohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung) sowie die Zwischenstrukturen (Ferienbetteneinheiten) zu erwähnen. Der in der Gesundheitsregion Sitten eingeführte sozialmedizinische Notfalldienst wurde nach der Pilotphase wieder eingestellt. Eine gezielte APH-Massnahme auf dem Gebiet der Spitalhygiene ist im Gang. Die Bestellung von verantwortlichen Ärzten in den APH gestattet es insbesondere, präventiv auf den Gesundheitszustand der Patienten einzuwirken.

Das Projekt „APH ohne Schmerz“ betrifft eine Politik der Schmerzbewältigung zugunsten des Patienten.

Für die Umgebung haben die Sozialmedizinischen Zentren des Oberwallis ein Projekt zur Unterstützung von Angehörigen durchgeführt, die eine pflegebedürftige betagte Person zu Hause betreuen.

12.4 Vorgeschlagene Massnahmen

Es ist uns durchaus bewusst, dass die Betreuung von Betagten von einer Vielzahl von freiwilligen und privaten Akteuren oder von Vereinigungen ohne lukrativen Zweck abhängt, die ihren Auftrag und ihre Prioritäten haben. Wir beschränken uns hier jedoch auf die APH und SMZ. Hingegen wird es in Zukunft zweckmässig sein, die Prioritäten anzupassen, die Aktivitäten fortzusetzen und gewisse Aspekte zu betonen, insbesondere:

12.4.1 Anwendung von Gesundheits- und Sicherheitsmassnahmen am Arbeitsplatz

Konzepte für die Sicherheit am Arbeitsplatz und den Schutz der Gesundheit für die Krankenanstalten und Institutionen entwickeln und die Branchenlösung anwenden, die nach den Richtlinien der eidgenössischen Kommission für Arbeitssicherheit ausgearbeitet wurde.

12.4.2 Qualitätssicherung

Die pharmazeutische Betreuung in den APH wird es gestatten, die Qualität und die Sicherheit der medikamentösen Behandlung in den APH zu verbessern.

Die Verbreitung und Einführung von Spital-Hygienevorschriften entsprechen den Anforderungen auf diesem Gebiet.

12.4.3 Gesundheitsförderung im Unternehmen: APH und SMZ

Ein Konzept zur Gesundheitsförderung in der Art der „health promoting hospitals“ für die Krankenanstalten und Institutionen sowie für die Sozialmedizinischen Zentren entwickeln:



- in der und für die Institution APH oder SMZ eine Vision unter Einbeziehung der Philosophie der Gesundheitsförderung entwickeln;
- die Mitarbeiter, die Patienten und ihr Umfeld über die Aspekte der Gesundheitsförderung informieren und sie dafür sensibilisieren;
- innerhalb der Institution eine Struktur als Träger der Idee der Gesundheitsförderung ernennen;
- ein System von Indikatoren einführen, die es gestatten, die Ergebnisse der Gesundheitsförderungsmassnahmen zu verfolgen;
- in verschiedenen Bereichen eine Politik der Gesundheitsförderung ausarbeiten: Respektierung der Autonomie und Mitwirkung des Patienten, Schmerzbehandlung, Misshandlung und Mobbing;
- einen gesundheitsfördernden Lebensrahmen bieten (Ernährung, APH ohne Rauch, aber nicht ohne Raucher, Optimierung der Organisation).

12.4.4 APH und SMZ als gemeinschaftliche Akteure und Partner

Ausarbeitung eines Kommunikationskonzepts über das Angebot.

Angebote je nach Bedarf der Betagten und ihres Umfelds bereitstellen:

- APH: Tagesheim, Nachtheim, Ferienbetten etc.;
- SMZ: Beurteilung des Bedarfs des Umfelds, Ausrichtung auf vorhandene Infrastrukturen, Suche nach Lösungen, damit die Person möglichst lange ihre Autonomie behält und zu Hause betreut werden kann;
- SMZ: Systematische Beurteilungen (Hausbesuche oder Fragebögen) für Betagte vorschlagen, um Krankheiten und Unfälle zu vermeiden und Risikosituationen zu erkennen.

In einem multidisziplinären Netz arbeiten.

12.4.5 Alle Erbringer von Dienstleistungen und die Organisationen, die Hilfe für Betagte anbieten

In einem multidisziplinären Netz arbeiten.

Regelmässige Zusammenkünfte in den regionalen Gesundheitsnetzwerken veranstalten, um Probleme festzustellen und Lösungen in Kenntnis des jedem bekannten Leistungsangebots vorzuschlagen.

12.5 Projekte und Massnahmen zur Gesundheitsförderung

Die beiliegenden Tabellen lassen die gezielten Strategien und das Zielpublikum erkennen: die Person zur Selbstverantwortung, zur Stärkung ihrer Ressourcen und zu einem gesundheitsfördernden Verhalten motivieren, der Person einen Lebensrahmen vorschlagen, der es ihr gestattet, ihre Autonomie zu behalten und die Lebensqualität zu verbessern. Schliesslich werden die Institution und das Individuum ihre Rolle in der Gemeinschaft erfüllen.

Eine seit langem regelmässig ausgeübte Tätigkeit kann einem Kästchen zugewiesen werden. Die zu entwickelnden Achsen für eine reelle Integration der Philosophie der Gesundheitsförderung werden sich so deutlich abzeichnen.



12.6 Kurze Beschreibung der Projekte

12.6.1 *Institutionelles Projekt: APH und SMZ – gesundheitsfördernde Unternehmungen*

Die APH und SMZ sollten **den Auftrag der Gesundheitsförderung im Unternehmen** für alle Personen, die in der Anstalt arbeiten und/oder wohnen, in ihr Leitbild und ihre Statuten aufnehmen. Sie werden auf diese Weise zu Stätten gesunden Lebens und Arbeitens; sie schaffen oder ernennen in jeder Anstalt Strukturen, die den dort wohnenden und arbeitenden Personen zuhören. In einem gemeinsamen Vorgehen, an dem alle betroffenen Personen beteiligt werden, sind sie bestrebt, die Rahmenbedingungen für ein Leben in Gesundheit zu bieten und Massnahmen zur Gesundheitsförderung durchzuführen, die den festgestellten Bedürfnissen entsprechen. Diese Entwicklung wird durch den interinstitutionellen Austausch (Modell der gesundheitsfördernden Spitäler) erleichtert:

- Vision, Definition einer Politik der Gesundheitsförderung ;
- Information und Sensibilisierung;
- Ausbildung;
- Arbeitsgruppe zur Gesundheitsförderung;
- Indikatoren: Umfragen über die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern;
- Definition der Leitlinien zur Gesundheitsförderung: Einbeziehung der Gesundheitsförderung in alle Pflegerichtlinien, in Richtlinien für die Schmerzbehandlung etc.
- Definition der Leitlinien für die Gesundheitsförderung in der Personalverwaltung;
- Definition der Leitlinien für die vorrangigen Gesundheitsprobleme: Ausgewogene Ernährung: Beitritt zum Label Fourchette Verte, Prävention von Mangelernährung, von Nikotinsucht: APH und SMZ ohne Rauch, aber nicht ohne Raucher, Prävention von Unfällen und Stürzen;
- Ausführung der vorrangigen Projekte.

12.6.2 *Projekt „Lösungen für die Gesundheits- und Sicherheitsmassnahmen am Arbeitsplatz“ (Eidgenössische Kommission für Arbeitssicherheit)*

Den Anforderungen in Sachen Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz ist in jeder Anstalt Rechnung zu tragen. Gegebenenfalls **wird die Lösung an die Branche angepasst und ihre Einführung durch einen Ausbildner unterstützt.**

12.6.3 *Projekt „Kommunikation“*

Es empfiehlt sich, für jede Institution ein Kommunikationskonzept für ihr Angebot zu definieren: APH, SMZ, CORIF sowie die anderen Instanzen für die kontinuierliche multidisziplinäre Betreuung des Patienten.

12.6.4 *Projekt „Risikobeurteilung bei Betagten“*

Hier geht es darum, bei allein lebenden Betagten das Bestehen von potenziellen Risiken durch Hausbesuche einer geschulten Krankenschwester oder anhand eines Fragebogens zu beurteilen. Das insbesondere von santésuisse unterstützte Projekt dürfte aufgrund der



Piloterfahrungen (Projekt EIGER⁷ und seine Fortsetzung SOIPRA⁸) auf die gesamte Schweiz ausgedehnt werden. Diese persönliche Risikobeurteilung wird der betreffenden Person sowie ihrem Hausarzt zugeschickt, der geeignete Massnahmen empfehlen kann (Beginn einer Behandlung, häusliche Organisation, Ernährung, körperliche Bewegung).

Es empfiehlt sich, gemeinsam mit den behandelnden Ärzten und den anderen Partnern die Zweckmässigkeit der Einführung dieses Projekts und die Möglichkeiten zu prüfen, den Fluss von Informationen und Antworten zu verwalten.

12.6.5 Projekt „Prävention von Stürzen“

In den Alters- und Pflegeheimen sind Aktionsprogramme zur **Verhinderung von Stürzen** zu entwickeln.

12.6.6 Projekt betreffend eine ausgewogene Ernährung sowie die Prävention von Mangelernährung

Das Projekt **Fourchette Verte** propagiert eine ausgewogene Ernährung. Es gibt ein Projekt für Kantinen (Tagesteller) und eines für eine ausgewogene Ernährung in Institutionen (Tagesplan, 7/7) unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der verpflegten Personen⁹.

Die Waadtländer SMZ haben ein Projekt für die **Früherkennung und Prävention von Mangelernährung** eingeführt, das jetzt, nach seiner Bewertung, auf alle SMZ des Kantons ausgeweitet wird. Die Interventionsachsen sind die Sensibilisierung und Ausbildung der Fachleute, die Früherkennung (Auswahl der Werkzeuge) und Betreuungsstrategien für Risikopersonen, die Sensibilisierung der Betagten für eine Bewegungsförderung und eine ausreichende Ernährung¹⁰.

Es empfiehlt sich, mit den Partnern zu prüfen, wie man sich dieses Beispiel zunutze machen kann.

Die von den Alters- und Pflegeheimen bereits eingeführten, bestehenden Programme **für eine ausgewogene Ernährung** müssen fortgesetzt werden.

12.6.7 Projekt „Prävention, Früherkennung und Betreuung von Misshandlungen“

Zur Prävention von Misshandlungen und für die Früherkennung von diesbezüglichen Fällen hat der Kanton Waadt ein Ausbildungsprogramm für die Prävention von Misshandlungen betagter Menschen eingeführt. Das Konzept Premalpa sieht die Ausbildung von Personen vor, damit sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, um Misshandlungen zu verhüten, die Früherkennung von Gefährdungen zu verbessern und Betagten, die Opfer von Misshandlungen werden, zu helfen und sie zu orientieren. Die so ausgebildeten Personen hören dem Kollegen zu, der eine latente oder tatsächliche Misshandlung feststellt. Sie nehmen mit ihm eine erste Lagebeurteilung vor und verweisen ihn auf die für die Situation am besten

⁷ Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Projekt EIGER, Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck Schriftenreihe, 2000,SGGP No 62/

⁸ Kurzbeschrieb Gesundheitsförderung im Alter (ein Forschungs- und Praxisumsetzungsprojekt) Projekt SOIPRA, Stephan Born, Forschungsstelle Alter, Spital Bern-Ziegler, Bern

⁹ www.fourchetteverte.ch Dokument *Fourchette Verte für Kantinen* und Dokument *Fourchette Verte für den Beitritt*, 2003

¹⁰ Dokument *Cahier Raisons de santé no 93: Evaluation du Projet de l'OMSV: prévention des chutes et de la malnutrition chez les personnes âgées*. IUMSP, Lausanne, 2003



geeigneten Ressourcen des lokalen Netzes. Die Ausbildung dauert drei Tage. Zwei Teilnehmer des „Multiplikator“-Ausbildungskurses werden ihrerseits als Ausbilder rekrutiert. Die Ausbildung ist den örtlichen Gegebenheiten angepasst. Sie wertet die Fähigkeiten jedes Einzelnen auf, entwickelt interdisziplinäre Wechselbeziehungen zwischen den geriatrischen Betreuern und ist nicht sehr kostspielig, weil die Ausbildung der Ausbilder inbegriffen ist¹¹.

12.6.8 Projekt „Therapeutische Patienten-Erziehung“

Die Aktivitäten der Gesundheitsligen mit dem Ziel einer **sekundären und tertiären** Prävention von Personen, die an spezifischen Krankheiten leiden, sind fortzusetzen (wie z.B. die therapeutische Erziehung von Asthma- oder Diabetes-Patienten). Es ist wichtig, die **Autonomie chronischkranker Patienten** zu fördern. Das Ziel ist, die Patienten über den Verlauf ihrer Krankheit zu informieren und sie zu ermutigen, ihre Krankheit mit Hilfe ihres behandelnden Arztes oder von Gesundheitsfachleuten zu meistern (neue therapeutische Erziehungs-Modelle).

12.6.9 Projekt „Unterstützung des Umfelds“

Die grösste Stütze bei einer Betreuung zu Hause bilden die Familie und die Angehörigen. Zu ihrer Unterstützung sind ihre persönlichen Bedürfnisse **systematisch zu beurteilen**, damit sie sich entlastet fühlen können. Sie müssen periodisch über das Angebot in ihrer Region informiert werden. Beispiel: **Unterstützung pflegender Angehöriger, SMZ Oberwallis**. Es empfiehlt sich, dieses Konzept aufzugreifen, es an das Projekt RAI-Homecare anzupassen und im Hinblick auf seine allgemeine Einführung zu entwickeln.

12.6.10 Projekt „Personalausbildung“

Im Rahmen aller zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter beitragenden Projekte wird ein transversales **Aus- und Weiterbildungskonzept für die Gesundheitsförderung** die Sensibilisierung und die erforderlichen Kompetenzen für die Durchführung aller anderen Projekte gewährleisten. Diese Ausbildung ist mit den Partner-Institutionen zu organisieren.

12.6.11 Beurteilung der Projekte und Massnahmen

Die Projekte werden fachgerecht geplant und ausgeführt. Dabei werden die Prinzipien der Qualitätssicherung angewandt. Eine **besondere Bedeutung wird man der Beurteilung** all dieser Aktionen beimessen, um über die Ausführung der Projekte, die Ergebnisse und ihre Auswirkungen Bericht zu erstatten. Die Dokumentation, die regelmässige Begleitung einer Massnahme und periodische Berichte sind aufschlussreich für die qualitative Beurteilung eines Projekts. Diese Beurteilungen gestatten es, Projekte, die sich als positiv erwiesen haben, zu verallgemeinern und andere zu streichen. Diese Beurteilungen sind jeweils dem Umfang und der Art des Projekts angepasst.

12.6.12 Zwei weitere Anregungen, die im Rahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln sind

12.6.12.1 Im Voraus formulierte Bestimmungen

Das Walliser Gesundheitsgesetz von 1996 sieht in den Artikeln 20 und 21 die Prinzipien und Auswirkungen von im Voraus formulierten Bestimmungen wie folgt vor:

¹¹ Premalpa: Flugblatt März 2004, Fondation Charlotte Olivier, SSP Waadt, IUMSP, Lausanne, Verein AlterEgo



„Jeder kann im Voraus Bestimmungen formulieren im Hinblick auf die Pflege, die er für den Fall, dass er nicht mehr in der Lage wäre, seinen Willen auszudrücken, zu erhalten wünscht oder verweigern will.

Ebenso kann jeder eine Person bestimmen, die unter diesen Umständen an seiner Stelle zu entscheiden hat, welche Pflege ihm zukommen soll.

Hat der Patient im Voraus Bestimmungen verfasst und befindet er sich in einer Situation, die darin vorgesehen ist, so hat die Gesundheitsfachperson seinen in diesen Bestimmungen formulierten Willen zu befolgen.

Hat die Gesundheitsfachperson Kenntnis davon, dass die im Voraus formulierten Bestimmungen des Patienten nicht mehr seinem jetzigen Willen entsprechen, oder besteht ein Interessenkonflikt zwischen dem Patienten und der Person, die er gemäss Artikel 20 Absatz 2 dieses Gesetzes bezeichnet hat, so hat sie die Zustimmung der Vormundschaftsbehörde einzuholen. Artikel 33 Absatz 3 dieses Gesetzes bleibt vorbehalten.“

Im Rahmen der Pflege von Betagten oder von Demenzkranken werden die im Voraus formulierten Bestimmungen eine immer wichtigere Rolle spielen. Insbesondere für die Betreuung dieser Personen könnte es vorteilhaft sein, wenn sie Bestimmungen im Voraus formuliert oder einen Vertreter für Fragen im Zusammenhang mit der Pflege ernannt haben. Diese Bestimmungen beschränken sich jedoch nicht nur auf die beiden erwähnten Situationen, sondern können auch für Chronischkranke oder Patienten am Lebensende gelten. In diesem Rahmen kann auch die gewünschte Inanspruchnahme einer Palliativpflege formuliert werden.

Es empfiehlt sich, auf die Möglichkeit dieser Willensäußerung aufmerksam zu machen. Diese Idee müsste bei der gesunden Bevölkerung jeden Alters verbreitet werden. Verschiedene Vereinigungen haben für Personen, die ihren Willen schriftlich festhalten wollen, Formulare mit Richtlinien ausgearbeitet, die ihnen bei der Formulierung ihres Willens helfen (Caritas, SAMW).

In den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) „Behandlung und Betreuung der älteren pflegebedürftigen Menschen“ von 2004 wird den Ärzten und Pflegenden empfohlen, die Betagten auf die Möglichkeit von im Voraus formulierten Bestimmungen aufmerksam zu machen. Es wird auch die Möglichkeit erwähnt, einen Bevollmächtigten für medizinische Angelegenheiten zu ernennen. Diese Person wird als „therapeutischer Vertreter“ bezeichnet.

Im breiteren Rahmen der Gesundheitsförderung wäre es angebracht, die Walliser Bevölkerung für die ethischen Fragen der Pflegebedürftigkeit in jedem Alter zu sensibilisieren und auf die oben erwähnten Möglichkeiten hinzuweisen.

Pro Senectute hat kürzlich in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsrecht in Neuenburg eine Broschüre zu diesem Thema herausgegeben.

12.6.12.2 Die Patientenkarte

Vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung führen die Gesundheitsförderung und der Zugang zur Pflege für alle zu einer Reihe von Überlegungen, die vom hohen Alter und den derzeitigen Beobachtungen ausgehen. Auch wenn in einem Bereich, in dem die Solidarität angesichts der Pflegekosten eine zentrale Bedeutung erlangt, die individuellen Beiträge immer mehr gefordert sind, so stellt sich doch die Frage der Finanzierung dieser Pflege. Es wäre auch die rasche Einführung einer Patientenkarte vorstellbar. Diese Karte würde es



gestatten, die Leistungen zu verbessern und die Wiederholungen von Untersuchungen sowie den medizinischen Tourismus zu vermeiden. Sie würde auch in den Patienten-Pfleger-Beziehungen eine Kontinuität der Pflege ermöglichen. Sie würde die für den Patienten am besten geeignete Platzierung erleichtern. Bei betagten Personen wäre das umso wichtiger, als sie in grossem Umfang medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

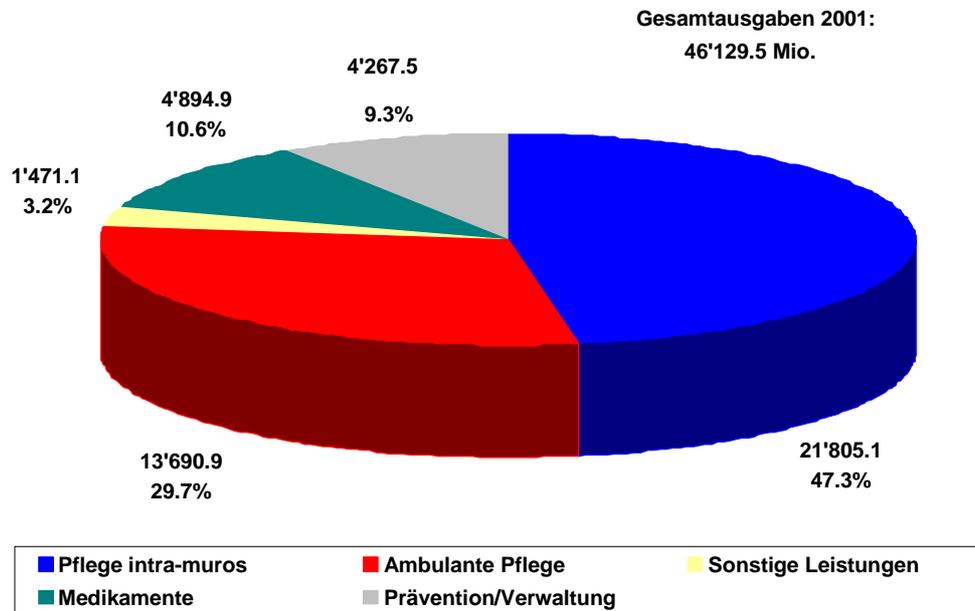
Nach dem Postulat Guisan vom Januar 1997 hat sich der Bundesrat verpflichtet, in der Schweiz die Einführung einer Gesundheitskarte zu prüfen. Im April 2004 gab der Bundesrat den Beschluss bekannt, die rechtlichen Grundlagen für einen Versicherten ausweis zu schaffen. Der Kanton Tessin arbeitet derzeit an einem solchen Projekt. Dies könnte auch für das Wallis interessant sein.



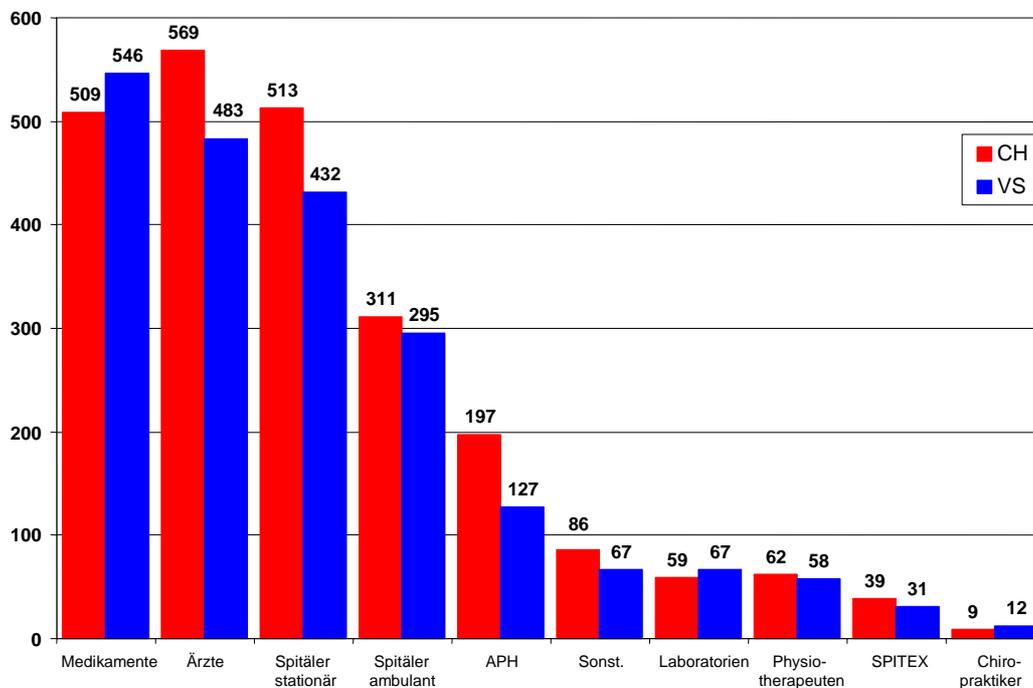
13. Arzneimittelkonsum

13.1 Allgemeines

- 2001 machten die Medikamentenkosten fast 11% der gesamten Gesundheitskosten aus.



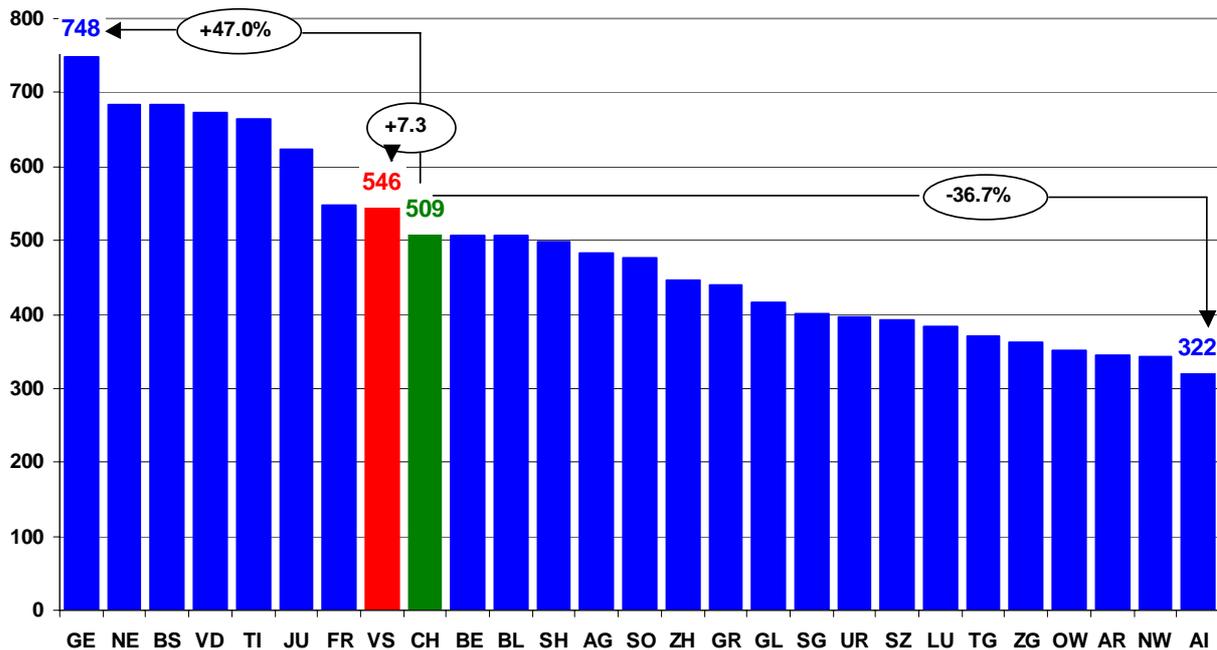
- 2002 betragen die Arzneimittelkosten pro Versicherten CHF 546.- und waren somit höher als die Kosten für Konsultationen in Arztpraxen (CHF 483.-).



- In der Westschweiz ist der Medikamentenkonsum im Allgemeinen grösser als in der Deutschschweiz.



- Mit CHF 546.- pro Versicherten war der Konsum des Kantons Wallis 2002 höher als der Schweizer Durchschnitt (CHF 509.-)



- In der Schweiz durchgeführte Studien zeigen beim Arzneimittelkonsum geschlechtsbezogene Unterschiede; Frauen nehmen mehr Medikamente ein als Männer gleichen Alters.

13.2 Arzneimittelkonsum im Alter

- Die über 60-Jährigen konsumieren 60% aller Medikamente. Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) sind der Grund für diesen erhöhten Arzneimittelbedarf.
- In der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen werden vor allem Medikamente gegen Herz- und Kreislaufbeschwerden verwendet, gefolgt von Schlafmitteln/Beruhigungsmitteln, Schmerzmitteln/Antirheumatika sowie Vitaminen und Stärkungsmitteln.
- Ab dem 80. Lebensjahr stehen Schlafmittel und Beruhigungsmittel an erster Stelle.
- 40 bis 50% aller OTC (rezeptfreie Medikamente) werden an über 60-Jährige verkauft.

13.3 Der betagte Patient und seine Besonderheiten

13.3.1 Altersbedingte organische Veränderungen

Die altersbedingten organischen Veränderungen führen oft zu abweichenden Wirkungen von Medikamenten im Vergleich zu jüngeren Patienten. Die Resorption der Medikamente, ihre Verteilung, der Stoffwechsel und auch die Ausscheidung erfolgen oft in anderen Dimensionen und mit einer anderen Geschwindigkeit als in einem jungen Organismus.



13.3.2 Mehrfacherkrankung im Alter

- Der alte Patient kann nicht mit der Durchschnittsbevölkerung verglichen werden. Er leidet oft an mehreren Krankheiten, gegen die mehrere Medikamente verschrieben werden. Die Summe dieser Arzneimittel kann bei diesen Patienten zu zusätzlichen Problemen in Form von unerwünschten Nebenwirkungen oder Interaktionen führen.
- Der Patient kann bei mehreren Ärzten in Behandlung sein (Hausarzt, Kardiologe, Augenarzt etc.). Die behandelnden Ärzte wissen oft nicht von den Rezepten ihrer Kollegen. Es kann zu Doppelverschreibungen oder Interaktionen zwischen den Medikamenten kommen.
- Der betagte Patient leidet oft an chronischen Krankheiten mit einer Dauerbehandlung (z.B. Diabetes, Glaukom, Bluthochdruck, Rheuma etc.) in Verbindung mit einer regelmässigen Einnahme von Medikamenten. Zu diesen chronischen Leiden kommen vorübergehend noch akute Erkrankungen hinzu, die weitere Medikamente erforderlich machen (z.B. Antibiotika etc.).

13.3.3 Probleme bei der medikamentösen Behandlung von Betagten

- **Unerwünschte Nebenwirkungen und Interaktionen von Medikamenten**
- **Verschreibungs- und Verabreichungsfehler**
Die Interaktion von verschiedenen Medikamenten, die unterschiedliche Resorption und Ausscheidung müssen präzise analysiert werden, um eine optimale Abstimmung zu erzielen. Es gibt keine allgemein anwendbaren Dosierungsvorschriften für betagte Menschen.

Für diese Altersgruppe wurden nur sehr wenige Studien durchgeführt. Deshalb herrscht auf diesem Gebiet ein Mangel an Fachwissen.

Manchmal ist auch die Ausbildung der Fachleute (Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal) unzureichend.

- **Einnahmefehler**
Der Patient verwendet Substanzen, die er nicht als Medikamente betrachtet, die aber zu Interaktionen führen können, wie z.B. Augentropfen, pflanzliche Präparate, Vitamine, Grapefruitsaft.

Alte Menschen, bei denen die Motorik, die Sehkraft und das Erinnerungsvermögen nachlassen, haben oft Probleme bei der Einnahme von Medikamenten. Es kommt zu Anwendungs- und Dosierungsfehlern.

13.3.4 Optimierung der Behandlungen und Kostensenkung

- Im Alter ist auf alle nicht unbedingt notwendigen Medikamente zu verzichten.
- Es ist zu überprüfen, ob die in einer akuten Situation verschriebenen Medikamente weiter eingenommen werden müssen.
- Die Dosierungen müssen regelmässig überprüft und angepasst werden.
- Der Ersatz von Originalprodukten durch Generika gestattet eine Kostensenkung.



- Die Teamarbeit zwischen Verschreibung und Verabreichung führt zu weniger Komplikationen und Spitaleinlieferungen infolge von Dosierungsproblemen und unerwünschten Nebenwirkungen von Medikamenten.
- Gezielte Ausbildung und Sensibilisierung der Fachleute.
- Planung und Überwachung der Einnahme:
 - Informationsblätter für die Patienten (Medikament, Posologie und Indikation)
 - Vorbereitung von Behältern mit den auf die Woche verteilten Medikamenten (vorbereitete Dosen oder Terminkalender)
 - Organisation der Verabreichung der Medikamente durch Angehörige oder das Pflegepersonal (z.B. Spitex)

13.4 Pilotprojekte

13.4.1 Verantwortliche Apotheker in den APH

In Zusammenarbeit mit santésuisse, der VWAP und dem Walliser Apothekerverband (WAV) wurde im Laufe des Sommers 2004 ein Pilotprojekt eingeführt. Das Ziel dieses Projekts ist es, die Arzneimittelversorgung in den APH zu verbessern und bei der Verschreibung und Verwendung von Medikamenten ein optimales Kosten/Leistungsverhältnis zu erreichen. Am 1. Oktober 2004 ist dieses Pilotprojekt in sechs APH angelaufen.

- Durch eine engere Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Apothekern und durch die Einführung von Qualitätszirkeln versucht man, die medikamentösen Behandlungen zu optimieren.
- Die Verbesserung der Qualität, der gezielte Einsatz von Medikamenten und der Ersatz von Originalprodukten durch Generika sollen eine Kostensenkung im Arzneimittelbereich in den Alters- und Pflegeheimen ermöglichen.
- Durch eine Verringerung der Verschreibungs- und Anwendungsfehler, die Spitaleinlieferungen mit zusätzlichen Kosten verursachen, ist es möglich, weitere Einsparungen zu erzielen.

13.4.2 Schmerzfrei leben

Vier APH haben ein Pilotprojekt mit dem Titel „auf dem Weg zur Schmerzfreiheit“ in Angriff genommen. Durch einen adäquaten Einsatz von Schmerzmitteln versucht man, den Pensionären ein schmerzfreies Leben zu ermöglichen.

Da ein Patient, der keine Schmerzen hat, weniger oft zu Schlaf- oder Beruhigungsmitteln greift, könnte dieses Projekt nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch zu einer Senkung der Arzneimittelkosten führen.

13.5 Abschliessende Bemerkung

Die medikamentöse Behandlung von Betagten ist eine Teamarbeit. Der gezielte Einsatz von Medikamenten bedeutet manchmal, dass gewisse Medikamente ersatzlos gestrichen werden können. Die Rationalisierung der Behandlungen heisst nicht notwendigerweise Rationierung sondern vielmehr Optimierung.



14. Pflegepersonal, anderes Personal und freiwillige Helfer

14.1 Allgemeines

Der Personalmangel im Gesundheitsbereich ist in unserem Land seit vielen Jahren ein immer wiederkehrendes Thema. Die Entwicklung der Medizin, die hochgradige Spezialisierung der Medizin, die Entwicklung von neuen Therapien, die intensive Inanspruchnahme von Pflegeleistungen seitens der Bevölkerung, das Auftreten von neuen Krankheiten sowie die Zunahme von chronischen Krankheiten sind einige Elemente, die zu dem wachsenden Bedarf an Gesundheitsfachleuten beitragen.

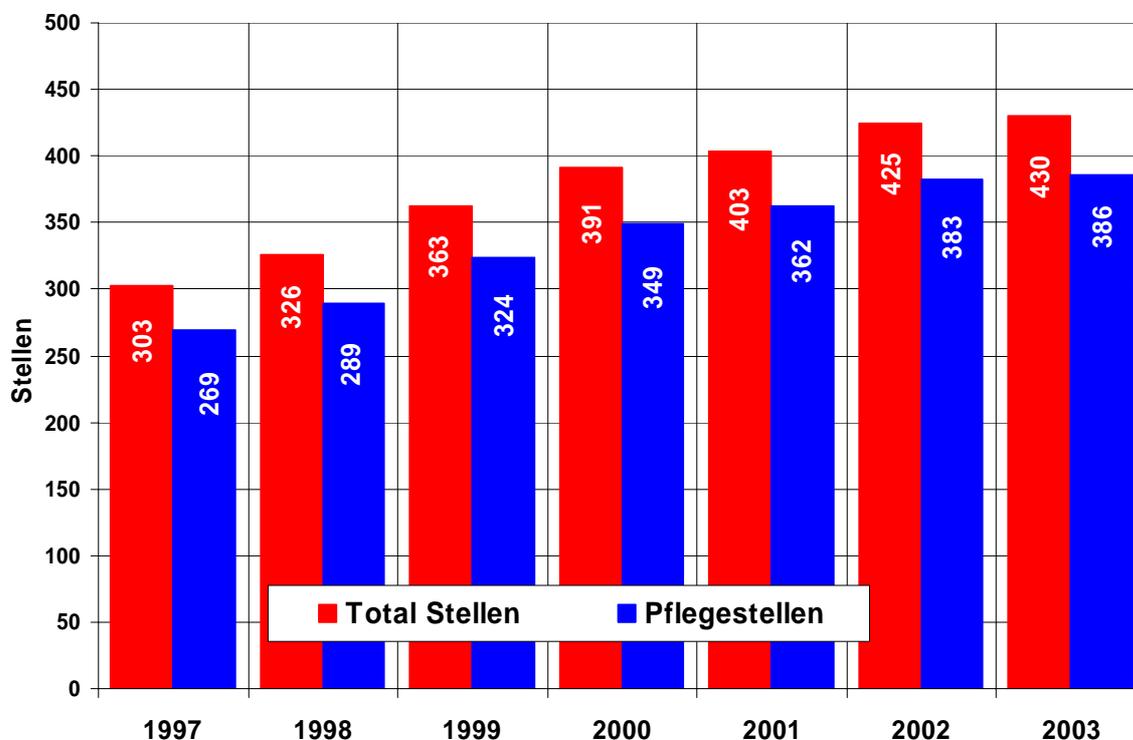
14.1.1 Pflegepersonal

Der Arbeitsmarkt im tertiären Sektor, namentlich auf dem Gebiet der Gesundheit in Bezug auf die Pflegefachleute und die diplomierten Krankenschwestern, ist besonders schwierig.

Der Mangel an Pflegepersonal im Wallis ist je nach Art der Institution unterschiedlich. Zurzeit herrscht in den Spitälern ein Einstellungsstopp wegen der Umstrukturierung des gesamten Spitalsystems. Das derzeitige Personal wird den zukünftigen Bedarf decken und es wird sogar eine Freistellung von Pflegeposten zugunsten der anderen Sektoren, der Langzeitpflege und der Pflege zu Hause, geben.

14.2 Bestandesaufnahme

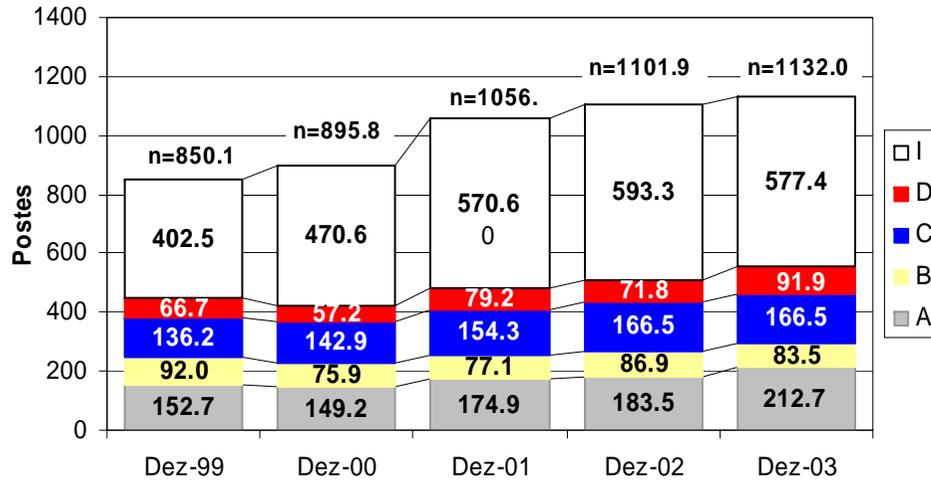
Die Statistiken der SMZ zeigen, dass die Pflegepersonaldotation, auch wenn die Norm noch nicht überall erreicht ist, kein grösseres Problem darstellt.



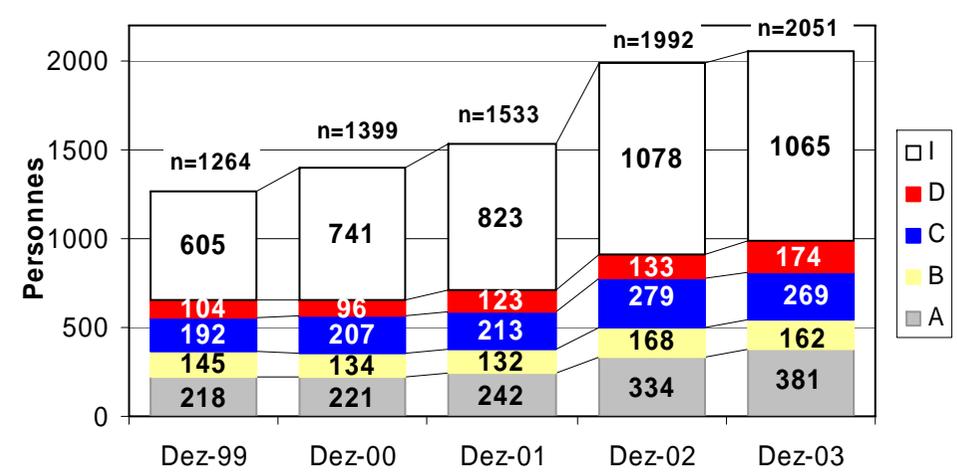


Den APH-Statistiken sind die folgenden Grafiken zu entnehmen:

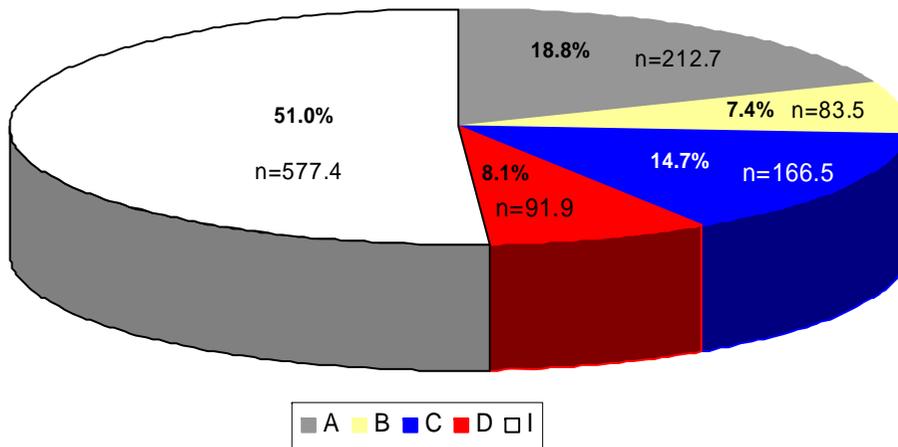
Verteilung der Arbeitsstellen nach Kategorien



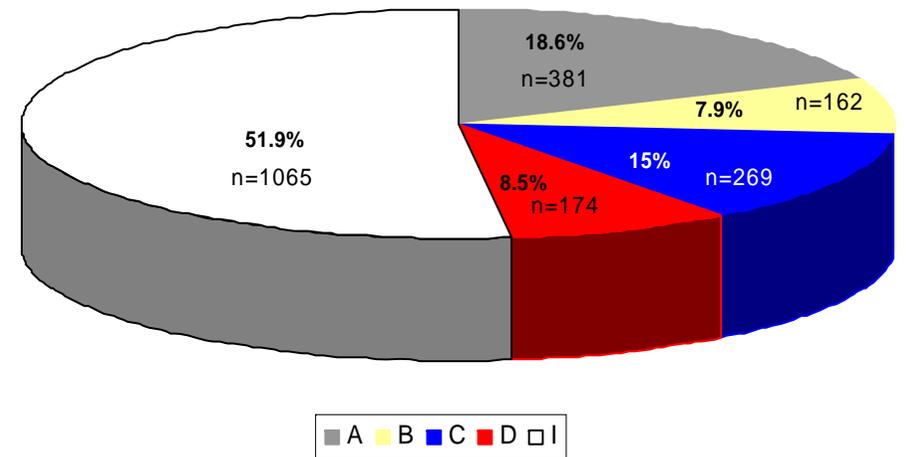
Verteilung der Anzahl Beschäftigten nach Kategorien



Verteilung der Arbeitsstellen nach Kategorien, 2003, n=1'132.0



Verteilung der Anzahl Beschäftigten nach Kategorien, 2003, n=2'051





Legende:

- A Dipl. Pflegefachfrau* (tertiäre Stufe) und Dipl. Pflegefachfrau I (nicht tertiäre Stufe)
- B Pflegeassistentin (SRK), Ausbildung als Pflegeassistentin in Gemeinde-Kranken- u. Gesundheitspflege (EFZ) und als Betagtenbetreuerin
- C Pflegeassistentin mit Zertifikat
- D Andere Berufe des Gesundheitswesens mit Diplom oder Zertifikat (Nurse, Familienhelferin, MPA etc.)
- I Kurs SRK; Kurs GeroFo; ohne Ausbildung

*die weibliche Form gilt hier auch für männliches Personal

Die in den vier Westschweizer Kantonen angewandte Analysemethode PLAISIR ergibt die erforderliche Anzahl von Pflegeposten, um einen Patienten je nach Pflegestufe zu betreuen. Nachstehend die aufgrund der Daten vom Oktober 2003 vorgesehenen VZÄ:

Kantone	Posten VZÄ /Bew.	Krankenpflege (HSN / Tag)				Stufe	Stufe
		Tot.	Basis	Quote	Tech.	X/8	X/4**
GE	0.63	2.5	1.8	0.4	0.2	6	2
JU	0.56	2.2	1.5	0.4	0.2	5	2
NE	0.59	2.3	1.6	0.5	0.3	5	2
VD	0.65	2.6	1.8	0.5	0.2	6	2

Presseberichten war zu entnehmen, dass in Frankreich nach den Problemen im Zusammenhang mit der Hitzewelle von 2003 die Pflegepostenquote in 5 Jahren von 0.4 VZÄ pro Bett auf 0.8 VZÄ erhöht werden soll, jedoch mit der Massgabe, dass diese Quote dem Profil der Heimbewohner und der jeweiligen Anstalt anzupassen ist.

Was das Wallis betrifft, so hat man sich für 0.6 VZÄ pro Heimbewohner entschieden. Die Norm pro Heimbewohner wird durch eine auf den Pflegeaufwand bezogene Norm ersetzt werden. Diese Norm wurde bereits unter Berücksichtigung der BESA-Klassifizierung definiert. Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der VWAP und von santésuisse hat jedoch dem Departement einen Vorschlag zur Änderung der vorgesehenen Norm unterbreitet. Eine neue Norm wurde aufgrund dieser Vorschläge angenommen. Sie tritt 2006 in Kraft.

Ein Personalmangel ist sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht festzustellen: Bei 78.1% des Pflegepersonals der APH handelt es sich um Schweizer. Das übrige Personal kommt zum Grossteil aus EU-Ländern. Unser Kanton ist zur Deckung seines Bedarfs auf ausländisches Personal angewiesen.

Der Anteil von nicht qualifiziertem Personal ist erstmalig zurückgegangen. 2003 machte er 50.7% aus, gegenüber 53.8% im Jahr 2002. Es ist zu hoffen, dass die seit 2001 unternommenen Bemühungen zur Erhöhung des Anteils an Pflegepersonal mit Ausbildung Früchte tragen. Die Ausbildungsanstrengungen müssen jedoch fortgesetzt werden. Da in den nächsten Jahren eine Erhöhung der Gesamt-Bettenkapazität der APH im Wallis praktisch unumgänglich ist, wird sie zu einer steigenden Pflegenachfrage führen.



Folgende Massnahmen wurden ergriffen:

- die Arbeitgeber haben Personal im Ausland gesucht, vor allem in Frankreich;
- die Arbeitsbedingungen, einschliesslich Gehälter, wurden jedes Jahr verbessert;
- das Departement hat Ausbildungen im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung von Pflegefachfrauen, Pflegeassistentinnen und Arzthelferinnen mitfinanziert. Die Kurse wurden vom SBK (Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sektion Wallis) sowie vom GeroFo (Verein zur Unterstützung der gerontologischen Ausbildung, in Deutsch) veranstaltet; Kurse für die Wiedereingliederung von Pflegeassistentinnen, Arzthelferinnen sowie für das Personal ohne Grundausbildung;
- Das Departement hat Schritte bei den Ausbildungsverantwortlichen des tertiären und sekundären Sektors unternommen, um eine Ausbildung zu fördern, die dem lokalen Bedarf entspricht.

Die bisherigen Anstrengungen sind fortzusetzen.

14.2.1 Sonstiges Personal

Was die anderen Gesundheitsfachleute anbelangt, d.h. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Gesundheitshilfskräfte, Sozialhelfer, Diätassistentinnen usw., so ist die Lage in den Spitälern und den SMZ relativ zufrieden stellend.

In den APH herrscht zurzeit ein Mangel an Animationspersonal für die soziale Betreuung der Pensionäre. Wir haben keine Norm festgelegt, gehen aber von dem Prinzip aus, dass die soziale Betreuung an allen Tagen der Woche zu erfolgen hat.

Vorschläge:

- für die Animation Personal einstellen, das für diese Aufgabe ausgebildet ist. Die berufsbegleitende Ausbildung der Verantwortlichen für die soziale Betreuung fördern. Die Einführung einer Ausbildung auf der Sekundarstufe für ein EFZ in Animation fördern;
- den Bereich Restauration und Hotellerie stärker einbeziehen, die Zahl der Diätistinnen in den Küchen der APH erhöhen, das Hauspersonal angemessen ausbilden;
- die Aktivitäten der Ergo- und Physiotherapeuten in den APH steigern.

14.2.2 Freiwillige und informelle Helfer von Betagten

Um die Betreuung einer möglichst grossen Anzahl von Betagten zu Hause sicherzustellen, ist es angebracht, die Aktivitäten des informellen Betreuungsnetzes der betagten Person als integrierenden Bestandteil der Pflege anzuerkennen.

Diese Personen müssen regelmässig von ihrer Arbeit entlastet werden, um neue Kräfte sammeln zu können. Sie müssen sich auf die Unterstützung des formellen Netzes verlassen können. Verschiedene Formen der Unterstützung – finanzielle Hilfe, Beratung, Unterweisung in der Pflege, Gesprächsgruppen – sind unerlässlich.



Vorschläge:

- das formelle Pflegenetz, das Personal der SMZ und der Gesundheitsligen stufen diese Unterstützung in ihrem Aktionsprogramm als vorrangig ein. Sie einigen sich auch auf eine klare Definition der möglichen Rolle der informellen Helfer. Sie legen die jeweiligen Rollen im Rahmen einer gewinnbringenden Zusammenarbeit fest;
- die an der Pflege beteiligten Familien werden in groben Zügen über die finanzielle Hilfe informiert, die sie über eine Hilflosenrente beziehen können.

Langfristig können die Aufgaben der sozialen Betreuung in den APH nicht oder nicht mehr alle durch das Personal der jeweiligen Institution wahrgenommen werden.

Vorschläge:

- die Familien müssen so weit wie möglich in die Betreuung einbezogen werden;
- es müssen Freiwilligennetze aufgebaut werden, die als integrierender Bestandteil in die Funktionsweise der Institution einbezogen werden.

14.2.3 Arbeitsbedingungen

Die verschiedenen Arbeitgeber, die in den drei Hauptinstanzen zusammengefasst sind (Gesundheitsnetz Wallis, was die Spitäler anbelangt; die Gruppe der SMZ betreffend die Pflege zu Hause und die Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime (VWAP) in Sachen APH), haben in den letzten Jahren die Lohn- und Gehaltsbedingungen des Personals ihrer Anstalten überprüft. Hinsichtlich der Gehälter und Ferien des Pflegepersonals wurden grosse Anstrengungen unternommen. Hingegen ist der Sektor der Arbeitsbedingungen noch verbesserungsbedürftig.

14.3 Vorschläge

Vorschläge:

- Aufwertung der Betagten in unserer Gesellschaft, insbesondere der Geriatrie und der Gerontologie;
- Fortsetzung der eingeleiteten Politik, Beibehaltung der Anstrengungen auf allen Ebenen;
- Aufwertung der Berufe der Betagtenhilfe. Die Aufwertung der Pflegenden gestattet es, sowohl die Effizienz als auch die Qualität der Betreuung und Pflege zu verbessern. Den Weg zur Ausbildung und zur Validierung der erworbenen Fähigkeiten ebnen, gemeinsam mit den anderen Westschweizer Kantonen eine Strategie entwickeln, um dem Mangel an Pflegepersonal abzuhelpen. Eine Kampagne starten, um die Jugendlichen zu einer Ausbildung zu motivieren, frühere Fachleute, die den Beruf aufgegeben haben, wieder einzustellen und mit den Arbeitnehmern zwecks Verbesserung der Arbeitsbedingungen Kontakt aufzunehmen;
- Förderung der Supervision aller Personen, die sich um betagte Menschen kümmern;
- den Krankenschwestern die Möglichkeit einer Nachdiplomausbildung in den Bereichen der Geriatrie, der Gerontologie, der Palliativpflege, des



Gesundheitswesens und der Psychiatrie bieten. Es ist auch sicherzustellen, dass die neuen FH-Ausbildungen es den zukünftigen Fachleuten ermöglichen, sich spezifisch für die Pflege Betagter auszubilden, da die Klienten in allen Pflegesektoren zu einem grossen Teil alte bzw. sogar sehr alte Menschen sind;

- schliesslich müssen die Arbeitgeber ermutigt werden, für alle Auszubildenden Praktikumsplätze anzubieten. Dies ist von grundlegender Bedeutung, um die Nachfolge der Gesundheitsfachpersonen sicherzustellen. Der Arbeitsaufwand, den die Ausbildung der zukünftigen Fachleute darstellt, muss beurteilt, in Beträgen beziffert und ausserhalb des Pflegebudgets finanziert werden;
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen.



15. Ausbildung und Forschung

15.1 Die Ausbildung

Die betagten Personen nehmen im Pflegesystem eine dominierende Stellung ein. Aus den Grafiken der diversen Pflegeeinrichtungen geht hervor, dass diese Klienten überall vertreten sind. In den nächsten Jahren wird diese Präsenz noch zunehmen. Die Herausforderung für die Gesundheitsfachleute besteht darin, der wachsenden alten Bevölkerung eine hochwertige Pflege zu bieten. Zu diesem Zweck müssen die Fachleute spezifisches Know-how erwerben. Die Wissenszweige der Gerontologie/Geriatrie, der Palliativpflege und Ethik müssen ein integrierender Bestandteil der Ausbildung der medizinischen Fachleute und der anderen Akteure im Gesundheitsbereich werden.

Es gibt zahlreiche Weiterbildungen und Nachdiplomaausbildungen, die allen Pflegepersonen zugänglich sein müssten. Man müsste auch die Ausbildungsstätten dazu anregen, den Erwerb der für die Betagtenpflege notwendigen Kenntnisse in ihr Grundlehrprogramm aufzunehmen.

In den Institutionen für Langzeitpflege und insbesondere in den APH hat mehr als die Hälfte des Pflegepersonals keine Fachausbildung. Diese Personen, die für die Betreuung der Heimbewohner unerlässlich sind, müssen eine Mindestausbildung erhalten. Zu diesem Zweck sind besondere und anhaltende Anstrengungen nötig, um eine berufsbegleitende Ausbildung auf das bestmögliche Ausbildungsniveau jeder Pflegeperson zu fördern.

Die Verantwortlichen für die Ausbildungen der Sekundarstufe II wurden für diese Frage sensibilisiert, im Jahre 2004 wurden Ausbildungsangebote erstellt.

Die neue Ausbildung für Fachangestellte Gesundheit findet einen erheblichen Anklang und wird es gestatten, dem zunehmenden Bedarf an Pflegepersonal zum Teil zu entsprechen. Dieses Personal ist seit dem Sommer 2004 auf dem Arbeitsmarkt. Es soll Anstellungsbedingungen antreffen, die seine Integration gestattet.

Neben den Pflegeberufen sind alle Personen, die sich um betagte Menschen kümmern, zu ermutigen, sich ein Know-how und spezifische Verhaltensweisen anzueignen.

Ein grösseres Problem, das sich zurzeit auf der Ebene der Ausbildung abzeichnet, ist der Mangel an Ausbildungsplätzen. Die Arbeitgeber sind offenbar zurückhaltend mit dem Angebot von Praktikumsplätzen, besonders für die Studierenden der FH Gesundheit und Soziales (HES-S2), deren neue Ausbildungsform die Anwesenheit eines von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Praxis-Ausbildners vorschreibt.

Die Ausbildung für Pflege und Soziales gehört seit mehreren Jahren zum Zuständigkeitsbereich des DEKS (Departement für Erziehung, Kultur und Sport). Regelmässige Kontakte zwischen den Arbeitgebern und den Departementen für Gesundheit und Erziehung sollten eine Angleichung zwischen der Beurteilung des Bedarfs an Pflegepersonal und dem Ausbildungsangebot ermöglichen.

Das Bundesgesetz über die Berufsbildung (BBG) sieht Organisationen der Arbeitswelt vor (OrA). Im Wallis ist die OrA für soziale Gesundheit auf dem Weg in die Verfassung (OrA soziale Gesundheit Wallis)



Die Arbeitgeber sind unter anderem dafür verantwortlich, dass für die verschiedenen Berufe des Pflege- und Sozialbereichs die Möglichkeit einer Lehrlingsausbildung geboten wird. Sie müssen auch die Weiterbildung des gesamten Personals erleichtern.

15.2 Die Forschung

Die Forschung auf dem Gebiet des hohen Alters ist eine Disziplin in vollem Wachstum. Die Bevölkerung der über 90-jährigen sowie die Krankheiten im hohen Alter konfrontieren uns mit einer neuen Situation. Es geht darum, adäquate Lösungen zu finden. Die angewandte Forschung in diesem Bereich muss fortgesetzt und unterstützt werden. Sie erfolgt in Zusammenarbeit mit den Pflegekreisen.

Die Finanzierung dieses Bereichs ist Aufgabe der verschiedenen Partner.



16. EDV-Einführung auf APH- und SMZ-Ebene

Als erste Etappe im Hinblick auf ein einheitliches Informationssystem für das Walliser Gesundheitssystem wurde das Projekt INFOVAL (Informatisierung in den verschiedenen Walliser Spitälern) lanciert. Für die regionalen Sozialmedizinischen Zentren und APH gibt es noch kein einheitliches Informationssystem. Da die Anforderungen an diese Institutionen immer grösser werden, sind standardisierte EDV-Lösungen sowie ein einheitliches Informationssystem notwendig geworden.

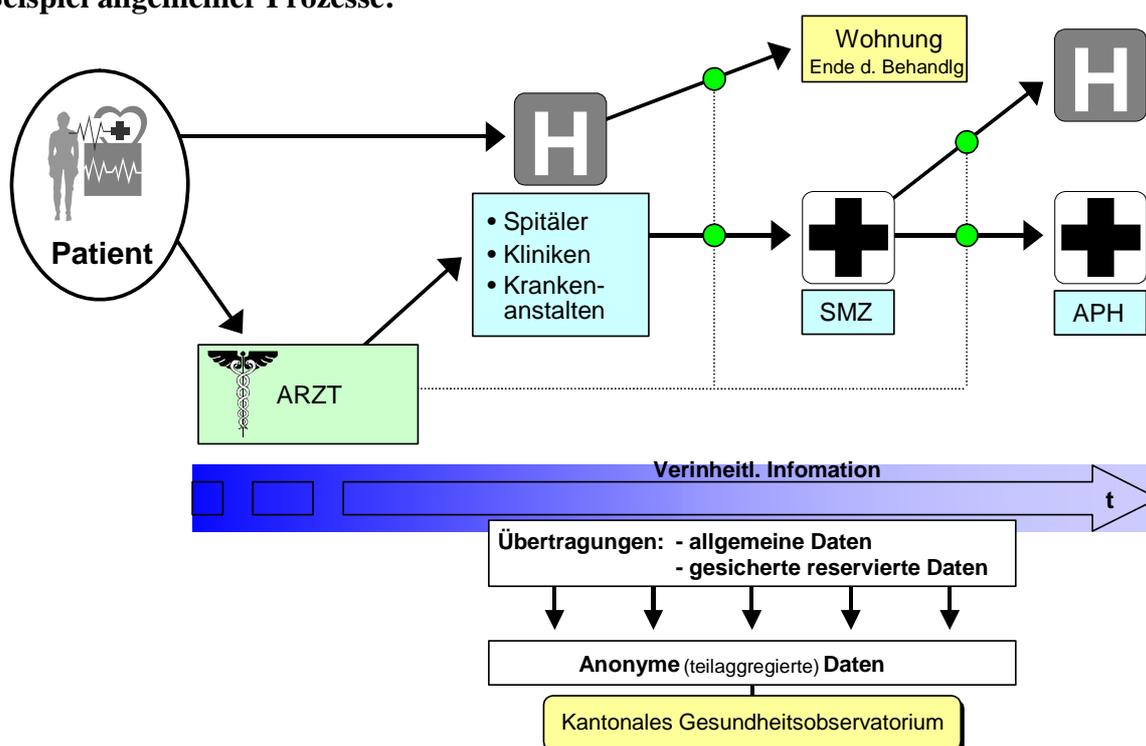
Für die Übernahme der Pflegekosten stellen die Krankenversicherer an die SMZ und die APH die folgenden Anforderungen:

- die Einführung einer Kostenstellenrechnung;
- die einheitliche Erfassung aller statistischen Daten;
- die Einführung einheitlicher Qualitäts- und Bedarfs-Kontrollsysteme.

Das Interesse des Kantons an einem solchen Projekt liegt in der Hauptsache **im Erhalt von einheitlichen Daten, die konkrete Vergleiche zwischen den Institutionen gestatten**. Auf der Grundlage einer harmonisierten EDV-Architektur können die zukünftigen Anforderungen des Kantons, des Bundes und der Krankenversicherer in Sachen Verwaltung, Statistik und Planung einheitlich, rasch und wirtschaftlicher umgesetzt werden.

Die verschiedenen Leistungserbringer werden durch dieses Informationssystem miteinander vernetzt. Für die Betreuung der Patienten wird der Informationskreislauf grosse Vorteile mit sich bringen, insbesondere hinsichtlich der Koordination und einer geeigneten Unterbringung. Man wird Kosten sparen können, da z.B. die Wiederholung der gleichen Untersuchung vermieden werden kann.

Beispiel allgemeiner Prozesse:





17. Empfehlungen zuhanden des Staatsrats

Das vom Staatsrat angenommene Betreuungskonzept von 2001 sollte bis 2005 aktualisiert werden, um der raschen Entwicklung im Bereich der Gesundheit Rechnung zu tragen, wie z.B. den Veränderungen der Spitalplanung, die eine Verlagerung der Spitalaktivitäten in den sozialmedizinischen Bereich erkennen lassen, der Herausbildung eines neuen Pflegebedarfs für die sehr alten Menschen und insbesondere für die Demenzkranken sowie neuen Anforderungen in Bezug auf die Institutionen selbst. Das Konzept von 2004 ist ein Bestandteil der Walliser Gesundheitsplanung im Zeichen der Kontinuität der 2001 getroffenen Beschlüsse. Auf der Grundlage der Feststellungen richtet das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie die folgenden Empfehlungen an den Staatsrat:

1.

Den vom Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie für April 2005 vorgesehenen Bericht zur Kenntnis zu nehmen und die Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu billigen.

17.1 Sozialmedizinische Zentren (SMZ)

In Anbetracht der demografischen Entwicklung und der wachsenden Zahl von betagten Personen, die allein zu Hause leben, der Anzahl von Familien, die mit der Betreuung Betagter befasst sind, sowie der neuen Anforderungen an die Institutionen, ist es geboten:

2.

Den 1997 an die 6 Sozialmedizinischen Zentren erteilten Leistungsauftrag zu aktualisieren und zu ergänzen.

3.

Die Leistungen zu definieren:

- die Pflege zu Hause, im Allgemeinen 7 Tage pro Woche und 24 Std. pro Tag
- die Haushaltshilfe 7 Tage pro Woche und 24 Std. pro Tag
- der Mahlzeitendienst 7 Tage pro Woche und 24 Std. pro Tag
- die Sicherheit zu Hause in Verbindung mit Alarmsystemen, die 24 Std. pro Tag und 7 Tage pro Woche funktionieren
- der Verleih und die Vermietung von Material
- der Kleinkinderberatung (0-4 Jahre)
- die Palliativpflege
- die integrierten Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung
- die Hilfe für die pflegenden Angehörigen
- die präventiven Besuche bei betagten Risikopersonen

PS: In gewissen Regionen übernehmen die SMZ die Koordinierung der Freiwilligenarbeit.

4.

Folgendes einzuführen:

- ein Qualitätssicherungssystem
- die Kostenrechnung



- das Informationssystem
- die Systematisierung der Erhebungen von statistischen Daten
- eine Politik für die Weiterbildung des Personals
- eine Politik für die Bildung und Entwicklung der Partnerschaft mit den Schulen
- die Mitwirkung an Pilotprojekten, die Verbesserungen sowohl auf der Ebene der Pflege als auch des Unternehmens gestatten
- ein System zur Bewertung der ergriffenen Massnahmen (Indikatoren).

17.2 Alters- und Pflegeheime (APH)

Der Auftrag der APH hat sich in den letzten Jahren infolge der Veränderung der aufgenommenen Bevölkerung gewandelt, deren Gesundheitszustand bei ihrem Heimeintritt immer schlechter wird. Das gilt sowohl für die sehr alten aufgenommenen Personen, als auch für die Jüngeren, die eine Heimbetreuung benötigen. Auf der institutionellen Ebene sind die personellen und strukturellen Anpassungen erheblich. Die APH sind auch aufgerufen, einen Beitrag zur Pflege zu Hause von Betagten zu leisten, indem sie für die Familien eine punktuelle Entlastungsstruktur bieten oder eine vorübergehende Aufnahme eines betagten Patienten nach einem Spitalaufenthalt ermöglichen. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich:

Den Leistungsauftrag der APH präziser festzulegen durch die Definition

5.

der Leistungen:

- Aufnahme von pflegebedürftigen betagten Personen unter Gewährleistung ihrer ärztlichen pflegerischen und sozialen Betreuung.
- Erhöhung der Anzahl von Plätzen für eine kurzfristige Aufnahme zur Entlastung der pflegenden Angehörigen oder für den Übergang zwischen Spital und Wohnung. Die Schaffung von Ferienbetteinheiten in den APH wurde gefördert, muss aber fortgesetzt werden.
- Eröffnung von Tagesheimen oder sogar von Nachheimen zur Förderung der Pflege zu Hause von geringfügig Pflegebedürftigen, in Zusammenarbeit mit den SMZ.
- Rekrutierung und Ausbildung des Pflegepersonals und der anderen Personen, die für die Erbringung der Leistungen notwendig sind.

6.

der einzuführenden Projekte

- ein Qualitätssicherungssystem
- die Kostenrechnung
- das Informationssystem
- die Systematisierung der Erhebung von statistischen Daten
- eine Politik für die Weiterbildung des Personals
- eine Politik der Ausbildungsstätten für die verschiedenen zukünftigen Fachkräfte, Entwicklung der Partnerschaft mit den Schulen
- die Mitwirkung an Pilotprojekten, die eine Prüfung neuer Entwicklungen, sowohl auf der Ebene der Pflege als auch des Betriebs, gestatten.
- ein Evaluationssystem für die ergriffenen Massnahmen (Indikatoren).



17.3 Finanzierung der Sozialmedizinischen Zentren und der Alters- und Pflegeheime

Bis zur Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes 2007 bleiben die heute geltenden Bestimmungen in Sachen Finanzierung der Sozialmedizinischen Zentren und der Alters- und Pflegeheime in Kraft.

17.4 Kantonale Planung für APH-Betten und Bau neuer Betten

Unter Berücksichtigung der Bedarfsentwicklung sollte der Kanton Wallis die Anzahl der APH-Betten anpassen.

7.

Ausbau der Aufnahmekapazität der Alters- und Pflegeheime auf 2'890 Einheiten bis 2013 anstelle von 2'500, wie 2001 vorgesehen. Das bedeutet 390 neue Betten in der Planung.

8.

Unter den Partnern die Finanzierung der Zurverfügungstellung und des Betriebs der neuen Betten sicherstellen.

17.5 Koordination zwischen den Leistungserbringer

9.

Fortsetzung der Arbeiten und Projekte betreffend die Koordination zwischen den Leistungserbringer unter Berücksichtigung des Angebots der privaten Vereinigungen und der regionalen Gesundheitskommissionen.

17.6 Verschiedenes

10.

Die Umsetzung der Entscheide des Staatsrats vom 4. Juli 2001 fortsetzen.

11.

Das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie mit den Einzelheiten der Ausführung des vorliegenden Beschlusses beauftragen.



18. Bibliographie

Bücher

Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Schweizer Gesundheitsobservatorium. François Höpflinger Valérie Hugentobler. Hans Huber Verlag. 2003

Vieillards à domicile, Vieillards en pension une comparaison. Stefano Cavalli. Réalité sociales Âge et société. 2002

Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche: Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht. Cahiers d'études de la Société suisse pour la politique de la santé. Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck. 2000

Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes et place du maintien à domicile. Rapport final Brigitte Santos-Eggiman, Dr. Méd., DrPH, MPH Projet conduit dans le cadre du PNR No32 « Vieillesse ». Lausanne. 1998

L'habitat des personnes âgées, du logement adapté aux établissements spécialisés. Collection techniques de conception. Philippe Dehan 1997

Alter und Altersforschung in der Schweiz. François Höpflinger, Astrid Stückelberger. Seismo-Verlag. Zürich. 1992

Spitex im Trend – Trends für Spitex. Aides et soins à domicile – Profils d'avenir. Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. Hans Huber Verlag. 1998

Forschung

Les personnes âgées atteintes de démence en établissement médico-social: défis quotidiens pour les soignantes collectif: EVSI Sion. Georges Pont et collaboration scientifique François Höpflinger, Valérie Hugentobler

Ausbildung für die Prävention von Misshandlungen betagter Personen 2003. Alterego, Pro Senectute Schweiz. Dezember 2002

Gesundheitsförderung im Alter, Ein Forschungs- und Praxisumsetzungsprojekt. Stephan Born. Mai 2003

GénéAction. Cycle de vie – relations interpersonnelles – lien social. Fondation suisse pro juventute, Zurich, Pro Senectute Schweiz. Zürich. 2000

Alter Anziani Vieillesse. Wichtigste Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms NFP32. François Höpflinger und Astrid Stückelberger. 1999

Konzept für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Wallis 2001 - 2004: Rahmenprogramm und Hauptaktivitäten. Elisabeth Marty-Tschumi, Jean-Pierre Gervasoni,



Fred Paccaud, Abteilung Prävention, Universitätsinstitut für Sozial- und Präventivmedizin, Lausanne. August 2001

Maintien à domicile des personnes âgées. Quel soutien pour les proches ? Un reflet dans les cantons de Vaud et de Genève. Lausanne, les Cahiers du Centre Leenards pour la personne âgée (CLPA) no 1, janvier 2003.

Artikel

L'animation dans les établissements d'hébergement de personnes âgées. Martine Eenschooten, ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité France Dossier solidarité et santé nr. 1, janvier-mars 2003

Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. BSV Schweizer Beitrag zu den Debatten des Zweiten Weltkongresses über die Alterung, Madrid, 2002

La psychogériatrie dans le Valais romand. Dr. Isabella Justiniano IPVR, 1870 Monthey

Alternde Bevölkerung und nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Forum santé-Gesundheit Sanofi-synthelabo Forum 16. Januar 2003

Die Zukunft gestalten (Shaping the Future). Weltgesundheitsbericht 2003 WHO

Überalterung – eine Herausforderung für die Schweiz. Schweizer Apothekerzeitung. Elvira Wiegers. Juli 2002

Verschiedene Veröffentlichungen

Alters- und Pflegeheime für betagte Personen. Statistiken 1998-2002, August 2003. Dienststelle für Gesundheitswesen des Kantons Wallis

Viellissement et restrictions d'activité: l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels: Drees nr. 261 septembre 2003. Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine

Älter werden und aktiv bleiben. Orientierungsrahmen. WHO, Madrid, 2002

Ältere Menschen in der Schweiz. Sozialdaten – Schweizer. Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2000

Behandlung und Betreuung der älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinwissenschaften (SAMW). Juli 2004

Maintien à domicile, le temps de l'affirmation, Réalités sociales, Lausanne. 1997. H.-M. Hagmann et J.-P: Fragnières

Die Studien, Berichte und Dokumente

Projet vers une équipe mobile de soins palliatifs – Novembre 2002

Netzwerk für Palliativpflege (RESP), Region Sitten François-Xavier Bagnoud, Evaluationsbericht zuhanden des Gesundheitsdepartements. April 2002



Evaluation des RESP nach den Qualitätsstandards der Schweizerischen Gesellschaft für Medizin und Palliativpflege. März 2002

Janua, Palliativpflege zu Hause. Evaluationsbericht, September 2001. Regionale Gesundheitskommission – Sidens.

PLAISIR. Interkantonale Technische Kommission: Jahresbericht 2003. ISE

Seniorenpolitik im Kanton Bern. März 2004. Direktion für Gesundheitswesen und Sozialfürsorge des Kantons Bern

Les personnes âgées à Genève 1979-1994. Santé, famille, réseaux d'aide et de soins. Les cahiers de la santé No 8, juillet 1997. Canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé

Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040. Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 13. Februar 2004. <http://www.statistik.admin.ch/>

Internet

www.ipvr.ch

www.avalAPH.ch

www.alzheimerforum.ch

www.who.ch

www.geneve.ch/maisonsante

www.sbk-asi.ch

www.fxb.palliative.ch

www.sans-douleur.ch



19. Anhänge

19.1 Charta der Rechte und Freiheiten pflegebedürftiger betagter Menschen

Diese Charta wurde erstmals 1987 von der *Fondation nationale de gérontologie* verfasst und 1996 in einer neuen Fassung gemeinsam von der Fondation nationale de gérontologie und dem Arbeits- und Sozialministerium in Frankreich herausgegeben. Wir geben hier die allgemeinen Punkte wieder und unterstreichen dabei die spezifischen Punkte, die das Wohnen betreffen.

Artikel 1

Jede pflegebedürftige betagte Person hat die Freiheit, ihre Lebensweise zu wählen.
Es muss ihr gestattet sein, ihre Autonomie im Rahmen ihrer körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu nutzen, selbst zum Preis eines gewissen Risikos. Man muss sie über dieses Risiko informieren und das Umfeld in Kenntnis setzen.

Artikel 2

Der Lebensraum einer pflegebedürftigen betagten Person, ob zu Hause oder in einem Heim, muss von ihr gewählt und ihren Bedürfnissen angepasst sein.
Die Heime müssen baulich so gestaltet sein, dass sie den Bedürfnissen des Privatlebens Rechnung tragen. Die räumliche Konzeption muss die Zugänglichkeit, die Orientierung und die Fortbewegung fördern und optimale Sicherheitsbedingungen garantieren.

Artikel 3

Jede pflegebedürftige betagte Person muss die Freiheit haben, zu kommunizieren, sich fortzubewegen und am Gesellschaftsleben teilzunehmen.
Die Städtebauer müssen bei der Stadtplanung der Alterung der Bevölkerung Rechnung tragen. Die öffentlichen Orte und die öffentlichen Verkehrsmittel müssen so gestaltet sein, dass sie für Betagte und Behinderte zugänglich sind und deren Teilnahme am Gesellschafts- und Kulturleben erleichtern. Im Alltag müssen der Lebensrhythmus und die Schwierigkeiten pflegebedürftiger Betagter, ob in einem Heim oder zu Hause, berücksichtigt werden.

Artikel 4

Die Erhaltung der familiären Beziehungen und des Freundeskreises ist für pflegebedürftige Betagte unerlässlich.

Artikel 5

Jede pflegebedürftige betagte Person muss über ihr Vermögen und ihr verfügbares Einkommen selbst verfügen können.



Artikel 6

Jede pflegebedürftige betagte Person muss ermutigt werden, ihre Aktivitäten beizubehalten.

Artikel 7

Jede pflegebedürftige betagte Person muss an religiösen und philosophischen Aktivitäten ihrer Wahl teilnehmen können.

Jedes Heim muss über einen leicht zugänglichen Raum verfügen, der als Kultraum dienen kann und den Besuch von Vertretern verschiedener Religionen gestatten.

Artikel 8

Die Prävention der Pflegebedürftigkeit ist für jeden alternden Menschen eine Notwendigkeit.

Artikel 9

Jede pflegebedürftige betagte Person muss, wie jeder Mensch, Zugang zu der für sie nützlichen Pflege haben.

Artikel 10

Die Pflege, die eine pflegebedürftige betagte Person benötigt, muss durch geschultes und in ausreichender Zahl vorhandenes Personal erteilt werden.

Artikel 11

Alte Menschen am Lebensende und ihre Familien haben Anspruch auf Pflege und Unterstützung.

Artikel 12

Die multidisziplinäre Forschung über die Alterung und die Pflegebedürftigkeit ist von vorrangiger Bedeutung.

Artikel 13

Jede pflegebedürftige Person hat Anspruch auf den Schutz ihres Besitzes und der eigenen Person.

Jeder Wohnort- oder auch nur Zimmerwechsel muss mit der betroffenen Person abgestimmt werden.

Artikel 14

Die gesamte Bevölkerung muss über die Schwierigkeiten pflegebedürftiger betagter Menschen informiert werden.



19.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Tabelle 1: Kernstrategien der Gesundheitsförderung für gesundheitsfördernde Heime

GF für/mit ...	Patienten	Mitarbeiter	Gemeinde
	Patient	Mitarbeiter	Gemeinde
Autonomie Selbstversorgung Selbsterhaltung	PAT-1 Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production /self care/ Autonomie PFLEGERICHTLINIEN Zusicherung grösster Autonomie	STA-1: Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production/self care/ Autonomie	COM-1 Empowerment der Gemeinde zum ausreichenden gesundheitsfördernden Zugang zum Spital/ Autonomie
Mitarbeit, Zusammenarbeit, Compliance	PAT-2: Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production Partizipation bei Entscheiden SCHMERZBEHANDLUNG	STA-2 Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production Partizipation Vermeidung von Berufskrankheiten und Unfällen MISSHANDLUNG	COM-2: Empowerment der Gemeinde zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege nach der Entlassung Co- production
gesundheitsförderndes Setting	PAT-3: Entwicklung des Spitals in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Patienten Projekt GF im HEIM Projekt EKAS Umsetzung im Heim Richtlinien Schmerzen Richtlinien Misshandeln	STA-3: Entwicklung des Spitals in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Mitarbeiter Projekt GF im HEIM Projekt EKAS Umsetzung im Heim Umsetzen der Richtlinien Schmerz, Misshandeln, Richtlinien Mobbing	COM-3: Entwicklung des Spitals in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für die Region Projekt GF im HEIM Projekt EKAS Umsetzung im Heim Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung



<p>Empowerment Patientenschulung</p>	<p>PAT-4 Empowerment des Patienten zum gesundheitsfördernden Management chronischer Krankheiten Diabetes, Asthmaschulung Verbandwechselanleitung Korrekte Medikamenteneinnahme</p>	<p>STA-4: Empowerment des Mitarbeiters zum gesundheitsfördernden Management von Berufskrankheiten</p>	<p>COM-4: Empowerment des Gemeinde zur gesundheitsfördernden Bewältigung von chronischen Krankheiten Entlastungsangebote: Tagesheime, Ferienbetten, Ablösungen, Pflegeanleitungen</p>
<p>Gesundheitserziehung</p>	<p>PAT-5 Empowerment des Patienten zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc</p>	<p>STA-5: Empowerment des Mitarbeiters zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc</p>	<p>COM-5: Empowerment der Gemeinde/Region zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung, Kurse</p>
<p>Gesundheitsfördernde Dienstleistungen Partizipation und empowerment bei der Regionalentwicklung</p>	<p>PAT-6 Partizipation von Patienten an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung</p>	<p>STA-6 Partizipation von Mitarbeitern an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung</p>	<p>COM-6 Partizipation der allgemeinen Bevölkerung bei der gesundheitsfördernden und ermächtigenden Regionalentwicklung</p>



Tabelle 2: Kernstrategien der Gesundheitsförderung für gesundheitsfördernde Sozialmedizinische Zentren

GF für/mit ...	Patienten	Mitarbeiter	Gemeinde
	Patient	Mitarbeiter	Gemeinde
Autonomie Selbstversorgung Selbsterhaltung	<p>PAT-1: Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production /self care/ Autonomie</p> <p>Zusicherung grösster Autonomie Erhalten aller Kompetenzen PIPA</p>	<p>STA-1: Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Selbstversorgung/Selbsterhaltung/Selbstreproduktion im Spital self production/self care/ Autonomie</p>	<p>COM-1: Empowerment der Gemeinde zum ausreichenden gesundheitsfördernden Zugang zum SMZ / Autonomie</p> <p>Ankünden der Dienstleistungen, Öffnungszeiten 7/7 Kommunikationskonzept</p>
Mitarbeit, Zusammenarbeit, Compliance	<p>PAT-2: Empowerment des Patienten zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production</p> <p>Partizipation bei Entscheiden Anweisungen befolgen, anleiten SCHMERZBEHANDLUNG</p>	<p>STA-2: Empowerment des Mitarbeiters zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege im Spital Co- production</p> <p>Partizipation Vermeidung von Berufskrankheiten und Unfällen MISSHANDLUNG</p>	<p>COM-2: Empowerment der Gemeinde zur gesundheitsfördernden Partizipation und Koproduktion in Behandlung und Pflege nach der Entlassung Co- production</p> <p>Kommunikation, Netzwerk, Patientenpfade, organisieren</p>
gesundheitsförderndes Setting	<p>PAT-3: Entwicklung des SMZ in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Patienten Projekt GF im SMZ: rauchfrei, FV Projekt EKAS Umsetzung im SMZ Richtlinien Schmerzen Richtlinien Misshandeln Richtlinien Kommunikation</p>	<p>STA-3: Entwicklung des SMZ in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für Mitarbeiter Projekt GF im SMZ: rauchfrei, FV Projekt EKAS Umsetzung im SMZ Umsetzen der Richtlinien Schmerz, Misshandeln, Richtlinien Mobbing Richtlinien Kommunikation</p>	<p>COM-3: Entwicklung des SMZ in ein gesundheitsförderndes und ermächtigendes Setting für die Region Projekt GF im SMZ rauchfrei Projekt EKAS Umsetzung im SMZ Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung Richtlinien Kommunikation</p>



<p>Empowerment Patientenschulung</p>	<p>PAT-4: Empowerment des Patienten zum gesundheitsfördernden Management chronischer Krankheiten Diabetes, Asthmaschulung Verbandwechselanleitung Korrekte Medikamenteneinnahme</p> <p>Projekt EIGER und folge Projekt SOIPRA</p>	<p>STA-4: Empowerment des Mitarbeiters zum gesundheitsfördernden Management von Berufskrankheiten</p> <p>Projekt EKAS-Richtlinien, Hygiene- und Unfallverhütung</p>	<p>COM-4: Empowerment der Gemeinde zur gesundheitsfördernden Bewältigung von chronischen Krankheiten</p> <p>Entlastungsangebote: Tagesheime, Ferienbetten, Ablösungen, Pflegeanleitungen ANGEBOTE KOMMUNIZIEREN UNTERSTÜTZUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER: ABKLÄRUNG</p>
<p>Gesundheitserziehung</p>	<p>PAT-5: Empowerment des Patienten zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc richtig einkaufen</p>	<p>STA-5: Empowerment des Mitarbeiters zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc rauchfrei</p>	<p>COM-5: Empowerment der Gemeinde/Region zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils Anleiten zu Bewegung, Ernährung etc Vorbildfunktion, Arbeitgeber in Region, Ausstrahlung, Kurse</p>
<p>Gesundheitsfördernde Dienstleistungen Partizipation und Empowerment bei der Regionalentwicklung</p>	<p>PAT-6 Partizipation von Patienten an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung Abfragen der Bedürfnisse, Patientenbefragung bezüglich Wohlbefinden</p>	<p>STA-6: Partizipation von Mitarbeitern an gesundheitsfördernder und ermächtigender Regionalentwicklung Abfragen der Bedürfnisse: Mitarbeiterbefragung bezüglich Wohlbefinden</p>	<p>COM-6: Partizipation der allgemeinen Bevölkerung bei der gesundheitsfördernden und ermächtigenden Regionalentwicklung Unterstützende Angebote für betreuende Familien Mitarbeit im Netzwerk betreuender Institutionen</p>



19.3 Rahmenprogramm für die Räumlichkeiten von APH

RAHMENPROGRAMM FÜR DIE RÄUMLICHKEITEN

Anwendbar für Alters- und Pflegeheime (APH).

Ausgabe vom April 2005

Das in den nachstehenden Abschnitten beschriebene Rahmenprogramm für Räumlichkeiten soll es gestatten, APH nach einem modernen, funktionellen und an den Bedarf von betagten Menschen angepassten Konzept zu bauen.

Inhalt:

Seite

1. Allgemeines
2. Wohnräume
3. Gemeinschaftsräume
4. Dienstleistungen für Externe
5. Verwaltung
6. Pflege
7. Dienstleistungen
8. Lager, Nebenbauten
9. Verschiedenes
10. Interner Verkehr
11. Aussenanlagen



1. ALLGEMEINES			m ²
1.1	Anwendungsbereich	Im Einvernehmen mit dem Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie (DGSE) kann das Rahmenprogramm für die Räumlichkeiten vergrössert oder verkleinert werden, um es an die jeweiligen besonderen Gegebenheiten anzupassen.	
1.2	Definition	<p>Ein APH ist eine Gemeinschaftsunterkunft für sehr alte Menschen, die pflegebedürftig geworden sind und eine soziale und unterkunftsmässige Versorgung, Krankenpflege und Begleitung sowie ärztliche Betreuung benötigen.</p> <p>Die Projekte für die Ausgestaltung von APH müssen Beherbergungskonzepte sein, die den Bedürfnissen der Heimbewohner, des Personals und der Besucher angepasst sind.</p> <p>Die Angebotspalette der APH kann vielfältig sein: dauerhafte Aufnahme, provisorische Aufnahme oder Ferienbetten, Tages- und Nachtheime, Aufnahme Betagter mit besonderen Eigenschaften (psychiatrische Krankheiten, Demenzen) entweder im Rahmen von Psychiatrie- oder Demenzabteilungen.</p>	
1.3	Anzahl von Plätzen	Das komplette Programm für die Räumlichkeiten gilt für ein APH mit ca. 60 Personen.	
1.4	Bauliche Konzeption	<p>APH bestehen aus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>einem Sektor Unterkünfte:</u> Einbett- od. ausnahmsweise Zweibett-Zimmer - <u>einem Gemeinschaftssektor:</u> Räumlichkeiten für die gemeinsamen Bedürfnisse, die Beziehungen mit der Aussenwelt - <u>Sektoren für interne Dienste:</u> Administration, Heimverwaltung etc. <p>Je nach Bedarf können ergänzende Sektoren notwendig sein (z.B. Pflegeabteilung, Tageszentrum, Dienste für Externe etc).</p>	
1.5	Bauliche Barrieren	Gemäss den Bestimmungen der Ausführungsverordnung des Gesetzes über die	



		<p>Eingliederung Behinderter vom 24. Juni 1992 müssen bauliche Barrieren entfernt werden.</p> <p>Die Norm SNV 521 500 „Bauliche Massnahmen für Gehbehinderte“, die von der Schweizerischen Zentralstelle für Baurationalisierung in Zürich herausgegeben wurde, gilt auch für den Bau von APH, insbesondere, was Zufahrt, Aufzüge, Behinderten-WCs sowie andere bauliche Details wie Geländer, Treppenstufen, Aussenanlagen etc. anbelangt.</p>	
2. WOHNÄRÄUME			
2.0	Allgemeines	<p>Die unter 2.1 bis 2.8 erwähnten Räumlichkeiten beziehen sich auf eine Wohneinheit von 12 bis 16 Personen.</p> <p>Die Zimmer können von den Pensionären möbliert werden.</p> <p>Die Einbettzimmer können durch Verbindungstüren für die Aufnahme von Paaren verbunden werden.</p>	
2.1	Einbettzimmer	<p>Nettofläche, ohne Vorraum und Einbauschränk: mindestens 16 m².</p> <p>Breite des Zimmers: mindestens 3,20 m</p> <p>Lichte Weite der Türen: 0,90 m</p> <p>Bei Bedarf muss das Bett zur Erleichterung der Pflege von 3 Seiten zugänglich sein.</p> <p>Anschlüsse für Telefon, Radio, Fernsehen und Notrufe sind erforderlich.</p> <p>Der Einbau von Feuermeldern ist erforderlich, ebenso der Einbau der anderen gesetzlich vorgeschriebenen Feuerschutzeinrichtungen.</p>	16-20
2.2	Nasszelle	<p>Waschbecken, WC, eventuell Dusche (ohne Schwelle oder Niveauunterschied)</p> <p>Mit genug Platz für eine Hilfsperson</p> <p>Tür nicht nach innen öffnend oder Schiebetür Lichte Weite der Tür: 0,90 m</p>	6



2.3	Zweibettzimmer	Eventuell in Ausnahmefällen Nettofläche ohne Vorraum und Einbauschränk: mindestens 28 m ² Ausstattung identisch wie bei Einbettzimmern (siehe 2.1 bis 2.3)	
2.4	Aufenthaltsraum	Gemeinschaftsraum für das Leben auf dem Stockwerk (Sessel, TV) pro Bewohner	2
2.5	Sanitäre Räumlichkeiten		
2.5.1	Badezimmer	WC Waschbecken Badewanne, von 3 Seiten zugänglich Badezimmer-Schrank mit Rollstuhl oder Schiebewagen befahrbar, mit genügend Platz für einen Aufzug	10-14
2.5.2	Dusche	Keine Schwellen oder Niveauunterschiede Mit genügend Platz für eine Hilfsperson	
2.5.3	WC	Rollstuhltauglich	
2.5.4	Variante: Sanitäre Räumlichkeiten	Zentralisierung der Bäder für mehrere Zimmer In diesem Fall genügen 1 Dusche und 1 WC (rollstuhltauglich) für max. 4 Betten	
2.6	Reinigungsraum mit Müllschlucker		10
2.7	Geräteraum		10
2.8	Krankenschwestern- zimmer; Nacht- dienstraum	- Vorbereitung der Pflege - Medikamente - ärztliche Untersuchungen - Dossiers - Nachtdienst	20
3. GEMEINSCHAFTSRÄUME			
3.1	Essräume	Für Pensionäre und Personal getrennt, eventuell	



		durch Schiebewände	
		Die Mindesthöhe der Essräume muss 3.5 m betragen.	
		Der Essraum für das Personal kann auch als Aufenthaltsraum dienen.	
		Tische für max. 4 Personen, leicht zugängliche Stühle, rollstuhlgeeignet	
		Fläche pro aufgenommene Person:	2
3.2	Empfangsbereich	Räumlichkeiten für die Cafeteria, Veranstaltungen, Gottesdienste, zum Fernsehen, Lesen, Raucherecke etc., separat oder verbunden (Grossraum) nutzbar.	
		Empfangsraum für Familien	
		Eingang mit der Rezeption und dem Sekretariat verbunden, mit Fächern oder Briefkästen für die Pensionäre, Umkleideräumen und Telefonkabinen (rollstuhltauglich).	
		Fläche pro Person, je nach Konzeption des APH: 2,0 – 3,0 m ²	
3.3	Beschäftigungsraum	Für die Freizeitbeschäftigung der Pensionäre und die Erhaltung ihrer Fähigkeiten, mit Kochnische	m ² 30-40
		Zum Basteln, Weben, Malen, Kochen etc.	
		Mit Abstellmöglichkeiten in Verbindung mit der Empfangszone (3.2)	
3.4	Gymnastikraum	Mit der Empfangszone kombiniert (3.2)	
		oder	
		getrennt, erforderliche Fläche: 30 – 40 m ²	
3.5	Abstellraum	Für Tische, Stühle etc.	
3.6	WC	Für Pensionäre und Besucher, für Männer und Frauen getrennt.	
		Mindestens 1 rollstuhltaugliches WC.	



4. DIENSTLEISTUNGEN FÜR EXTERNE

4.0	Allgemeines	<p>Das APH kann folgende Dienstleistungen für Externe anbieten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tages- und Nachtheime - Mahlzeiten - Ferienbetteneinheit (FBE) - Pflege - Freizeit - etc. <p>Falls das APH häufig von Externen besucht wird, sind die folgenden Punkte zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leicht zugänglich - bis zu 10 Personen keine Änderung der Räumlichkeitenaufteilung - ab 10 Personen bedarfsgerechte Anpassung der Räumlichkeiten und Ergänzung durch: 	
4.1	Ruheraum	<p>Mit Möglichkeiten zum Hinlegen für mehrere Personen</p> <p>Fläche pro Bett: 4,0 – 5,0 m²</p> <p>Im Verbindung mit den Beschäftigungsräumen (3.3) und dem Empfangsbereich (3.2)</p>	
4.2	Umkleideraum	Mit rollstuhltauglichem WC	

5. VERWALTUNG

5.1	Büros	Für die Direktion des APH, den Sozialdienst, die Chefkrankenschwester, die Haushälterin, etc. (jeweils)	m ² 12-18
5.2	Rezeption Sekretariat	In den Empfangsbereich integriert (jeweils)	12-18
5.3	Konferenzsaal	Als Schulungsraum verwendbar	12-18
5.4	WC	Mit den anderen WCs (3.6) zusammenfassen	

6. PFLEGE

6.1	Dienst- und Nachtdienstzimmer	Falls es die Räumlichkeiten gemäss 2.7 nicht gibt, für:	12-18
-----	----------------------------------	---	-------



6.2	Coiffeur, Fusspflege	- die Zentralapotheke - den Nachtdienst - die ärztlichen Konsultationen, mit Warteecke	12-18
6.3	Totenkammer	Sofern in der Nähe keine andere Möglichkeit vorhanden ist	12-18
6.4	Ort zur Besinnung		
7. DIENSTLEISTUNGEN			
7.1	Küche	Warme und kalte Küche, Anrichte, Waschecke, Ökonomat, Kühlkammern, Lager, Büro für den Verantwortlichen der Küche, Essecke für das Küchenpersonal etc. Fläche pro Person, je nach Grösse und betrieblicher Konzeption des APH: 0,8 – 1,5 m ²	
7.2	Zentralwäscherei	Schmutzwäscheingang, Sortieren, Waschen, Trocknen, Bügeln, Ausbessern, Ablage der sauberen Wäsche, Waschmittelvorrat etc. Fläche pro Bett: 1,0 – 1,4 m ²	
7.3	Wäscherei	Für die Wäsche des Personals und eventuell der Pensionäre, mit Waschmaschine und Möglichkeit zum Trocknen	
7.4	Heizung	Raum für die Wärmeerzeugung und Brennstoffvorrat	
7.5	Technische Räume	Für die Heizanlagen, die sanitären und elektrischen Installationen, die Lüftung etc. Telefonzentrale und Personenruf Batteriebetriebene Hilfsbeleuchtung und Signalisierung	
7.6	Werkstatt	Für den Hausmeister	m ² 16-20
7.7	Reinigungsraum	Mit Müllschlucker	
7.8	Umkleideräume	Umkleideräume für das Personal, für Frauen und Männer getrennt, mit WC und Dusche	



8. LAGER, NEBENBAUTEN		
8.1	Lager	<p>Für das APH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zum Abstellen von Pflegematerial und Geräten (Aufzüge, Betten, diverse Einrichtungsgegenstände, etc.) - für Betriebsmaterial etc. <p>Fläche pro Person: 1,0 – 2,0 m²</p> <p>Für Pensionäre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - für die persönlichen Sachen <p>Fläche pro Person: 1,0 – 2,0 m²</p>
8.2	Zivilschutzräume	Als Lager nutzbar
9. VERSCHIEDENES		
9.1	Abstellraum	Für Gartenmöbel, Gärtnerwerkzeuge etc.
9.2	Raum für Müllcontainer	Für Müllcontainer
9.3	Garagen	Für den Fahrzeugpark des APH
9.4	Parkplätze	Im Freien, für Personal, Besucher, Lieferanten etc.
10. INTERNER VERKEHR		
10.0	Allgemeines	Die folgenden Daten gelten für die von den betagten Personen benutzten Sektoren.
10.1	Demenzkranke	Für Demenzkranke müssen spezifische Räumlichkeiten vorgesehen werden.
10.2	Aufzüge	<ul style="list-style-type: none"> - Bettenaufzug Mindestmasse: 1,80 x 2,60 m - Personenaufzug, rollstuhltauglich Mindestmasse: 1,10 x 1,40 m
10.3	Gänge	<p>Mindestbreite: 1,60 m</p> <p>Wenn möglich beidseitig mit Profilgeländern auszustatten</p>



10.4	Türen	Lichte Weite: 0,90 m Für die Nasszellen und WC Lichte Weite: 0,90 m	
11. AUSSENANLAGEN			
11.0	Allgemeines	Die Aussenanlagen müssen den Bedürfnissen Betagter angepasst sein.	
11.1	Terrasse	Vor Wind und Sonne geschützt, mit Sitzmöglichkeiten In Verbindung mit dem Empfangsbereich (3.2) und dem Essaal (3.1)	
11.2	Wege	Mit Rollstuhl befahrbar	
11.3	Parkplätze	1 Parkplatz pro Fahrzeug für jeweils 2 Betten vorsehen	
11.4	Zugänglichkeit		

12. REFERENZEN



19.4 Richtlinien betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Alters- und Pflegeheim

RICHTLINIEN DES DEPARTEMENTS FÜR GESUNDHEIT, SOZIALWESEN UND ENERGIE BETREFEND DIE BEDINGUNGEN FÜR DEN ERHALT EINER BETRIEBSBEWILLIGUNG ALS PFLEGEHEIME FÜR BETAGTE

VOM 22. APRIL 2005

1. GESETZESGRUNDLAGEN

Die vorliegenden Richtlinien basieren auf den folgenden Gesetzesgrundlagen:

- a) dem Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996;
- b) der kantonalen Verordnung über die Betriebsbewilligungen für Krankenanstalten und –Institutionen vom 26. März 1997, insbesondere Artikel 4 und ff;
- c) Die Richtlinien des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie betreffend die Arzneimittelversorgung in den Pflegeheimen für Betagte vom 14. September 2000.

2. ERWÄGUNGEN

Die vorliegenden Richtlinien erlauben die Fortsetzung der Richtlinien von 2002. Diese sahen eine Änderung der Personaldotation vor. Sie soll ab dem Jahre 2006 aufgrund des Pflegeaufwandes nach dem BESA – System stattfinden. Diese entsprechen den Empfehlungen vom September 2004 der DotEMS Kommission. (DotEMS ist eine Kommission mit Vertretern von der VWAP und der Krankenversicherern).

3. DEFINITION

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

Die Bewohner werden nach Pflegestufen des BESA Systems klassifiziert.



4. VORAUSSETZUNGEN FÜR DEN ERHALT EINER BETRIEBS- BEWILLIGUNG

4.1. PFLICHTEN

Das Pflegeheim muss wie folgt organisiert sein:

4.1.1 LEITER/LEITERIN DES PFLEGEHEIMES

Die Leitung des Pflegeheimes wird von einer verantwortlichen Person gewährleistet. Der/die Verantwortliche des Pflegeheimes verfügt über eine Ausbildung als Heimleiter/In, welche durch das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie anerkannt ist. Der Fähigkeitsausweis CEFOC, welcher durch die Westschweizer Konferenz der Sanitäts- und Sozialdirektoren anerkannt wird, sowie der Heimleiterkurs des Heimverbandes Schweiz oder andere, als gleichwertig anerkannte Ausbildungen, sind diesem Titel gleichzusetzen.

Andere, insbesondere höhere Ausbildungen, wie z. B. Studium in Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Kaderausbildung in Krankenpflege, können vom Departement als gleichwertig anerkannt werden. Die Anforderungen im Bereich der Ausbildung umfassen adäquate Kenntnisse namentlich in Betriebswirtschaft, sowie Personal-, sozial- und Gesundheitsbereich, letzteres insbesondere in Gerontologie.

4.1.2 PFLEGERISCHE BETREUUNG

Der Pflegedienstleiter/In verfügt über eine Diplomausbildung in Krankenpflege, sowie über eine Zusatzausbildung in Gerontologie und Kenntnisse in Personalführung.

Die erforderliche Ausbildung in Personalführung hängt von der Grösse des Pflegeheims für Betagte ab, nämlich:

- Der Pflegedienstleiter/In eines Pflegeheimes mit 60 oder mehr Betten muss zumindest eine Ausbildung in Personalführung der Stufe II ausweisen können. Als Referenz für diese Ausbildung dient die Ausbildung des 2. Zyklus in Personalführung im Gesundheitswesen des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe (WE'G) oder H+ in Aarau.
- Der Pflegedienstleiter/In eines Pflegeheimes mit 1 bis 59 Betten muss zumindest Kenntnisse in Personalführung ausweisen können. Als Referenz für diese Ausbildung dient die Weiterbildung in Management des Gesundheitswesens Stufe I des Weiterbildungszentrums für Gesundheitsberufe (WE'G) oder H+ in Aarau.



4.1.3 ÄRZTLICHE BETREUUNG UND VERANTWORTLICHER ARZT

Der ärztliche Dienst und der ärztliche Notfalldienst des Pflegeheims müssen geregelt sein. Den Heimbewohnern wird die freie Arztwahl gewährt. Der ärztliche Dienst umfasst indes auch die vertragliche Verpflichtung des Vertrauensarztes des Heimes. Hierzu erarbeitet die AVALEMS ein Pflichtenheft sowie einen Standardvertrag mit dem Walliser Ärzteverband. Der Vertrauensarzt des Pflegeheims ist der Ansprechpartner des Departements in allen medizinischen und pflegerischen Fragen. Er ist dazu verpflichtet, diesbezüglich einen Jahresbericht, zu Händen der Dienststelle für Gesundheitswesen, zu erstellen.

4.2 ANZAHL UND QUALIFIKATION DES PFLEGEPERSONALS

Dem Bestand und der Qualifikation des Pflegepersonals kommt eine besondere Bedeutung zu. Das Pflegeheim muss im Jahr 2005 pro bewilligtes Bett über mindestens 0.5 Pflegepersonalstellen (in Vollzeitstellen) pro bewilligtes Bett verfügen. 2005 dient als Übergangsjahr für die Dotation zwischen dem Bettensystem und neu dem BESA-System.

Ab dem Jahre 2006 wird die Mindestnorm für die Dotation an Pflegepersonal aufgrund des Pflegeaufwandes nach BESA festgelegt.

Bei der Bestimmung des Personalbedarfs müssen neben der Pflege auch andere Aufgaben berücksichtigt werden, nämlich:

- die berufsbegleitende Ausbildung von Personen, die von einer Berufskategorie in eine andere wechseln, z.B.: von der Pflegehilfskraft zur Gemeinde-Pflegeassistentin, diplomierte Krankenschwester von Niveau 1 auf Niveau 2;
- Zusatzausbildung;
- die Weiterbildung des gesamten Personals;
- die Betreuung der Student/Innen und Praktikant/Innen;
- der Einsatz von Messinstrumenten;
- die Anwendung von Qualitätsmassnahmen;
- die Beteiligung an Forschungsprojekten;
- die EDV-Einführung.

Zusatzausbildungen im Bereich der Palliativpflege und der Psychogeriatric sind zu fördern.

Die minimale Personaldotation pro BESA – Kategorie:

BESA 1	0.20 VZÄ
BESA 2	0.34 VZÄ
BESA 3	0.55 VZÄ
BESA 4 physisch	0.72 VZÄ
BESA 4 psychogeriatric	0.87 VZÄ

Der BESA Durchschnitt des vorigen Jahres, Kalenderjahr, gilt als Referenzjahr für die Personaldotation des laufenden Jahres.



Eine Abweichung von 5 % unter der minimalen Dotation wird akzeptiert.

Die Stelle des Pflegedienstleiters/In (1 VZÄ) eines Pflegeheimes mit 60 oder mehr Betten wird nicht der Pflegedotation angerechnet. Die Stelle des Pflegedienstleiters/der Pflegedienstleiterin (0.5 VZÄ) eines Pflegeheimes bis zu 59 Betten wird nicht der oben erwähnten Pflegedotation angerechnet.

Diese Stellen werden, wie die anderen Pflegestellen, durch den Kanton subventioniert.

Einteilung der Pflegekategorien.

- A) **Mindestens 20%** (in Vollzeitstellen) des Pflegepersonals müssen im Besitz eines **Diploms in Krankenpflege** sein. In den kleinen Heimen wird dieser Prozent höher sein. Die Dotation muss folgenden Kriterien entsprechen :
- Täglich, die Arbeitszeit von 07.00 bis 19.00 Uhr, sonntags einbegriffen decken;
 - Von 19.00 bis 07.00 Uhr den Pikettdienst durch eine diplomierte Fachfrau/Mann in Pflege gewährleisten;
 - Die Führungsaufgaben, die Ausbildungsaufgaben, die Betreuungsaufgaben gegenüber den Studenten und Praktikantinnen wahrnehmen;
 - Mitarbeiten bei der Einführung Neuer Technologien (Informatisation) und Qualitätssicherung.
- B) **Mindestens 20%** (in Vollzeitstellen) des Pflegepersonals muss im Besitz eines Fähigkeitszeugnis (**EFZ**) der **sekundarstufe II** sein.
- C) **Mindestens 15%** des Pflegepersonals (in Vollzeitstellen) muss im Besitz eines **Pflegeassistentin- Zertifikates** sein.

Sonderfälle

- a) *Betriebene Pflegeheimbetten, welche unter dem Gesichtspunkt der kantonalen Gesundheitsplanung nicht anerkannt werden.*

Alle vorerwähnten Bestimmungen in Bezug auf den Bestand und die Qualifikation des Personals sind ebenfalls anwendbar auf die betriebenen Betten der Pflegeheime für Betagte, welche im Rahmen der kantonalen Gesundheitsplanung noch nicht berücksichtigt werden.

- b) *Altersheimbetten, welche dem Betrieb der Pflegeheime angegliedert sind.*

In Bezug auf die Heimbewohner, welche in den Altersheimbetten aufgenommen werden, sind die nachfolgenden Bestimmungen anwendbar:



Diese Heimbewohner werden in der Kategorie BESA 0 eingestuft. Im Falle von Krankheit werden die Leistungen der Pflege und Hilfe durch das Sozialmedizinische Regionalzentrum erbracht. In diesem Fall erfolgt die Rechnungsstellung der erbrachten Leistungen durch das Sozialmedizinische Regionalzentrum aufgrund der sich in Kraft befindenden Tarife.

Hingegen werden die Hotellerieleistungen zugunsten der betreffenden Bewohner durch das zu diesem Zweck zugeteilte Personal des Pflegeheimes für Betagte erbracht.

4.3. PERSONAL DER SOZIALEN BETREUUNG

Täglich muss eine Tätigkeit im Rahmen der Animation für die Heimbewohner durchgeführt werden. Zu diesem Zweck sind die Pflegeheime für Betagte dazu verpflichtet, einen qualifizierten Animator/eine qualifizierte Animatorin anzustellen.

4.4. BEDINGUNGEN, WELCHE IN SACHEN HYGIENE, QUALITÄT UND SICHERHEIT ZU ERFÜLLEN SIND

4.4.1 ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

Die Pflegeheime für Betagte müssen die interkantonalen Anforderungen in Bezug auf die Qualität und auf die Sicherheit erfüllen, welche durch die Westschweizer Sanitätsdirektorenkonferenz (CRASS) für den Erhalt und für die Erneuerung der Betriebsbewilligungen als Pflegeheim für Betagte im November 2001 erlassen worden sind.

Gemäss den Anforderungen der Bundesgesetzgebung über die Krankenversicherung (KVG) und der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung betreffend die Qualität der Leistungen müssen die Pflegeheime für Betagte die diesbezüglichen, durch die kantonalen Gesundheitsbehörden gestellten Bedingungen erfüllen. Dies hat insbesondere in Bezug auf die Methoden zur Bewertung der Qualität Gültigkeit.

Die APH müssen auch dem Programm zur Prävention und Kontrolle von Infektionen beitreten, das vom Zentrum für Infektionskrankheiten und Epidemiologie (CMIE) des Zentralinstituts der Walliser Spitäler (ZIWS) entwickelt wurde.

Die Pflegeheime müssen auch die Richtlinien in Bezug auf die Arzneimittelversorgung in den Pflegeheimen für Betagte vom 14. September 2000 einhalten.

4.4.2 BESONDERE BEDINGUNGEN IN BEZUG AUF DIE EINRICHTUNGEN UND AUF DIE RÄUMLICHKEITEN

Das Pflegeheim muss über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Diese Bedingung ist erfüllt wenn:



- die für die Hygiene der Patienten notwendigen Einrichtungen vorhanden sind (z. B. Pflegebadewannen, Ausgussraum);
- die nötigen pflegerischen Utensilien (z. B. Sauerstoffgeräte, Absauggeräte) angeboten werden;
- die erforderlichen medizinischen Utensilien (z. B. Blutdruckapparate, Notfallset) vorhanden sind;
- das Heim über genügend elektrische Pflegebetten verfügt.

Sämtliche Räumlichkeiten müssen den hygienischen Anforderungen entsprechen. Raumprogramm und –grösse müssen den eidgenössischen und kantonalen Vorschriften betreffend die Pflegeheime, den Normen für behindertengerechtes Bauen sowie den allgemeinen Sicherheitsnormen insbesondere in Sachen Feuerschutz entsprechen.

5. UNTERLAGEN, WELCHE FÜR DEN ERHALT EINER BEWILLIGUNG ZU UNTERBREITEN SIND

Anhand eines beim Departement zur Verfügung stehenden und durch die Westschweizer Sanitätsdirektorenkonferenz erstellten Formular sowie aufgrund von allfälligen, diesbezüglichen interkantonalen Richtlinien, müssen sämtliche Informationen und Dokumente, welche im Artikel 5 Abs. 2 der Verordnung über die Betriebsbewilligungen für Krankenanstalten und –Institutionen vom 26. März 1997 erwähnt werden, dem Gesuch beigelegt werden.

Für den Erhalt der ersten Betriebsbewilligung muss ein business plan mit folgende Dokumente hinterlegt werden: Darstellung des Angebotes (Schlüsselpunkte); Umfeld; Strategie und Ziele; Führungs- und Direktionsteam; Dokumente zur Finanzen (Budget 1 bis 3 Jahre, Finanzen); Organigramm. Eine Kopie der rechtlichen Statuten ist auch beizulegen.

6. BEZEICHNUNG

Nur eine Institution, welche die Anforderungen dieser Richtlinien erfüllt und im Besitze einer kantonalen Bewilligung ist, darf sich als „Pflegeheim für Betagte“ bezeichnen.

7. DAUER DER BEWILLIGUNG

Die Bewilligung wird grundsätzlich für eine Dauer von fünf Jahren erteilt. Die Bewilligung der Anstalt kann erneuert werden, sofern die Voraussetzungen für Ihre Erteilung weiterhin erfüllt sind.

8. MELDEPFLICHT

Jede Änderung in Bezug auf die Bedingungen, die zur Erteilung der Bewilligung geführt haben, ist unverzüglich der Dienststelle für Gesundheitswesen mitzuteilen.

9. AUFSICHT, INSPEKTION

Das Departement kann in den Pflegeheimen Inspektionen durchführen und prüfen, ob die für die Erteilung der Bewilligung erforderlichen Bedingungen eingehalten werden. Bei Bedarf kann es hierfür Sachverständige oder spezialisierte Organe beiziehen.



10. STRAFEN

Bei Verletzung der Verordnung über die Betriebsbewilligungen für Krankenanstalten und –Institutionen vom März 1997 werden die Artikel 153 und 157 des Gesundheitsgesetzes 1996 angewendet.

11. GEBÜHREN

Gemäss den Bestimmungen von Art. 2, Abs. 2a des Beschlusses vom 26. März 1997 betreffend die beim Vollzug des Gesundheitsgesetzes anfallenden Kosten und Gebühren, bilden die erteilten Bewilligungen sowie die aufgrund der vorliegenden Richtlinien getroffenen Entscheide Gegenstand einer Gebühr.

12. AUFHEBUNG

Die vorliegenden Richtlinien heben die Richtlinien des DGSE betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheim für Betagte vom 18. Oktober 2002 auf und ersetzen dieselbe.

13. INKRAFTTRETEN

Die vorliegenden Richtlinien treten am ersten Mai 2005 in Kraft.

Für die in diesen Richtlinien nicht speziell erwähnten Bestimmungen, wird auf die eingangs erwähnten Rechtsgrundlagen verwiesen.

DER VORSTEHER DES DEPARTEMENTES FÜR GESUNDHEIT,
SOZIALWESEN UND ENERGIE

Thomas BURGNER