

DEPARTEMENT FÜR GESUNDHEIT,
SOZIALWESEN UND ENERGIE

BETREUUNG DER BETAGTEN PERSONEN

KOORDINATION UND ABSTIMMUNG

ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN



MAI 2001

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	3
1.1	DER GLOBALE KONTEXT	3
1.2	SOZIALE PERZEPTION DES ALTERS	3
1.3	ZIELSETZUNGEN UND ABGRENZUNG	4
2.	GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND RÜCKBLICK	5
2.1	GESUNDHEITSGESETZGEBUNG	5
2.2	STAATSRATSENTSCHEIDE UND WICHTIGE EMPFEHLUNGEN DER KANTONALEN KOMMISSION FÜR GESUNDHEITS- UND SPITALPLANUNG.....	5
3.	METHODOLOGISCHE ASPEKTE	6
3.1	INDIKATOREN DES GESUNDHEITSSYSTEMS	6
3.2	BEFRAGUNG DER BEVÖLKERUNG	6
3.3	BEFRAGUNG DER BETREFFENDEN INSTITUTIONEN	6
3.4	ZEITPLAN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER ARBEITEN	7
4.	BESCHREIBUNG DES GEGENWÄRTIGEN ANGEBOTS, LEISTUNGS- TRÄGE.....	8
4.1	DIENSTE DER HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE	9
4.2	ZWISCHENSTRUKTUREN.....	11
4.3	Pflegeeinrichtungen für BetAGTE	12
4.4	SPITÄLER.....	13
4.5	GESUNDHEITSFACHPERSONEN	14
4.6	REGIONALE GESUNDHEITSNETZE	15
5.	BEDARFSANALYSE UND PERSPEKTIVEN	16
5.1	DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG	16
5.2	Arztpraxen und SYSTEM DER HILFE.....	23
5.3	ENTWICKLUNG DER HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE.....	25
5.4	ZWISCHENSTRUKTUREN.....	34
5.5	PFLEGEHEIME FÜR BETAGTE.....	35
5.6	. Geriatrie.....	53
5.7	AKUTSPITÄLER.....	58
5.8	SCHAFFUNG VON BERATUNGSSTELLEN PRO REGION IM BEREICH DER AMBULANTEN PSYCHIATRIE.....	65
5.9	. ARZNEIMITTELKONSUM.....	66
5.10	PrÄvention.....	66
5.11	REGIONALE GESUNDHEITSNETZE	71
5.12	MANGEL AN PFLEGEPERSONAL.....	74
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEH-LUNGEN AN DEN STAATSRAT ...	77
7.	BEILAGEN	80
7.1	RICHTLINIEN DES DEPARTEMENTS FÜR GESUNDHEIT, SOZIALWESEN UND ENERGIE	80
8.	BIBLIOGRAPHIE.....	81

1. EINLEITUNG

1.1 DER GLOBALE KONTEXT

Die Bedarfsanalyse in bezug auf die Betreuung der betagten Personen ist unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung vorzunehmen, die in der Schweiz sowie in unserem Kanton durch eine zunehmende Alterung geprägt ist.

Der erwähnte Prozess wird sich auf den Pflegebedarf auswirken. Die Pflegebedürfnisse nehmen nämlich mit steigendem Alter zu, selbst wenn die Zunahme vorab die beiden letzten Lebensjahre betrifft (vgl. das Kapitel betreffend die „Bedarfsanalyse und die Perspektiven“).

Als Folge dieser Entwicklung werden in den nächsten Jahren die Bedürfnisse im Rahmen der Betreuung in den Pflegeheimen sowie durch die Sozialmedizinischen Zentren zunehmen.

In diesem Zusammenhang wird das Departement durch den Staatsratsentscheid vom 24. März 1999 betreffend die Genehmigung des kantonalen Pflegeheimkonzeptes ab 2001 beauftragt, die Planung der Pflegeheime für Betagte zu überprüfen sowie Massnahmen zur qualitativen und quantitativen Förderung der Hilfe und Pflege zu Hause sowie zur Weiterentwicklung der übrigen Betreuungsformen wie der gemeinschaftlichen Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung zu treffen.

Über eine Analyse der Tätigkeit der verschiedenen Institutionen sowie der zukünftigen Tendenzen ermöglicht es das vorliegende Konzept, die künftigen Bedürfnisse insbesondere in bezug auf die erwähnten Tätigkeitsbereiche zu evaluieren.

1.2 SOZIALE PERZEPTION DES ALTERS

In den Industriegesellschaften findet man zwei verschiedene Perzeptionen des Alters (vgl. Cornelia Hummel, 1997) vor:

- eine negative Perzeption des Alters, indem dieser Lebensabschnitt durch eine zunehmende Verschlechterung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes der betagten Person gekennzeichnet ist, womit die Abhängigkeit gegenüber Dritten zunimmt;
- eine positive Einstellung gegenüber dem Alter, welches dank der Abnahme von beruflichen und familiären Verpflichtungen mit Autonomie und Freiheit gleichgestellt wird; eine optimale Lebenshygiene sowie die Unterstützung durch die Familie ermöglichen es, ein glückliches Alter zu erleben.

Heutzutage führen die stetige Zunahme der Lebensdauer sowie die Verbesserung der Lebensbedingungen zu einer Aufteilung des Alters in zwei gut zu unterscheidende Lebensabschnitte, wobei die erste Periode durch Freiheit und Autonomie der betagten Person (dritter Lebensabschnitt) gekennzeichnet ist, währenddem die zweite Phase infolge einer Verschlechterung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes der betagten Person durch die Abhängigkeit gegenüber Dritten (vierter Lebensabschnitt) geprägt ist.

Allgemein ist zu erwähnen, dass die Zunahme der Lebenserwartung seit mehreren Jahrzehnten in den entwickelten Ländern als Chance zu bewerten ist, die insbesondere aus dem medizinischen Fortschritt, aus einer verbesserten Gesundheitshygiene sowie aus einem erhöhten Lebensstandard resultiert. Die Zielsetzung unserer Gesellschaft muss es sein, diesen Fortschritt optimal zu gestalten, indem für die betagten Personen eine möglichst optimale Lebensqualität zu gewährleisten ist.

Demzufolge können die Tätigkeiten im Bereich der Prävention dazu beitragen, dass ein Gesundheitszustand erhalten werden kann, welcher der persönlichen Entfaltung der betagten Personen förderlich ist, womit so lange wie möglich die Freiheit und die Autonomie der betagten Personen erhalten werden können.

1.3 ZIELSETZUNGEN UND ABGRENZUNG

1.3.1 DECKUNG DER GESUNDHEITSBEDÜRFNISSE

Die Zielsetzungen des vorliegenden Konzeptes bestehen darin, eine Gesundheitsversorgung der betagten Personen sicherzustellen, die deren Bedürfnisse deckt. Zu diesem Zweck nimmt das vorliegende Konzept eine genaue Bedarfsanalyse in bezug auf die Betreuung der betagten Personen vor.

Hingegen ist die vorliegende Studie nicht der Untersuchung der wirtschaftlichen Situation der betagten Personen (Lebensstandard, Zweckmässigkeit, die Ergänzungsleistungen anzupassen oder nicht, usw.) gewidmet.

1.3.2 NOTWENDIGKEIT, EINE WIRKLICHE ABSTIMMUNG ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN ZU ERREICHEN

Unter Berücksichtigung der Herausforderungen, welche sich aus der demographischen Alterung ergeben, ist eine gleichzeitige Entwicklung der wichtigsten Strukturen für die Betreuung der betagten Personen erforderlich. Obschon die betagten Personen in der Mehrzahl wünschen, weiterhin zu Hause in ihrer wohlvertrauten Umgebung zu leben, muss die Hilfe und Pflege zu Hause durch die Platzierung in den Pflegeeinrichtungen ergänzt werden, welche für die Personen erforderlich ist, deren Gesundheitszustand, insbesondere in physischer und psychischer Hinsicht, nicht eine Betreuung zu Hause ermöglicht.

Angesichts der Entwicklung der Bedürfnisse in Zusammenhang mit der demographischen Alterung ermöglicht es eine Weiterentwicklung der Sozialmedizinischen Zentren, eine allzu bedeutende Aufstockung der Bettenkapazität in den Pflegeheimen zu verhindern. Der Substitutionseffekt spielt in dieser Hinsicht nämlich nur teilweise.

Es ist besonders wichtig, dass die betagte Person Zugang zur Betreuungsstufe hat, die ihren Bedürfnissen am besten entspricht. Werden diese Zielsetzungen befürwortet, müssen die wichtigsten Betreuungsstrukturen der betagten Personen, nämlich die Hilfe und Pflege zu Hause, die Zwischenstrukturen (Tagesheime, Ferienbetten in den Pflegeheimen, gemeinschaftliche Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung) sowie die Pflegeheime gleichzeitig weiterentwickelt werden.

2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND RÜCKBLICK

2.1 GESUNDHEITSGESETZGEBUNG

Das kantonale Gesundheitsgesetz erteilt dem Staatsrat die Kompetenz, über die Gesundheitsplanung die kantonale Gesundheitspolitik zu bestimmen. Im Vergleich zur vorangehenden Gesetzgebung vom Jahre 1988 wurde diese Kompetenz auf den spitalexternen Sektor ausgeweitet.

Die kantonale Gesundheitsplanung umfasst insbesondere die Evaluation der Gesundheitsbedürfnisse, die Definition der Zielsetzungen der Gesundheitspolitik, der Leistungsaufträge der verschiedenen Krankenanstalten und –institutionen sowie die Koordination der Tätigkeit der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens.

2.2 STAATSRATSENTSCHEIDE UND WICHTIGE EMPFEHLUNGEN DER KANTONALEN KOMMISSION FÜR GESUNDHEITS- UND SPITALPLANUNG¹

Aufgrund der obenerwähnten Bestimmungen hat der Walliser Staatsrat in den letzten Jahren eine gewisse Anzahl von Entscheiden in bezug auf die Gesundheitsplanung getroffen. Die nachfolgende Abbildung enthält in chronologischer Reihenfolge eine Darstellung der wichtigsten Staatsratsentscheide in bezug auf die Betreuung der betagten Personen.

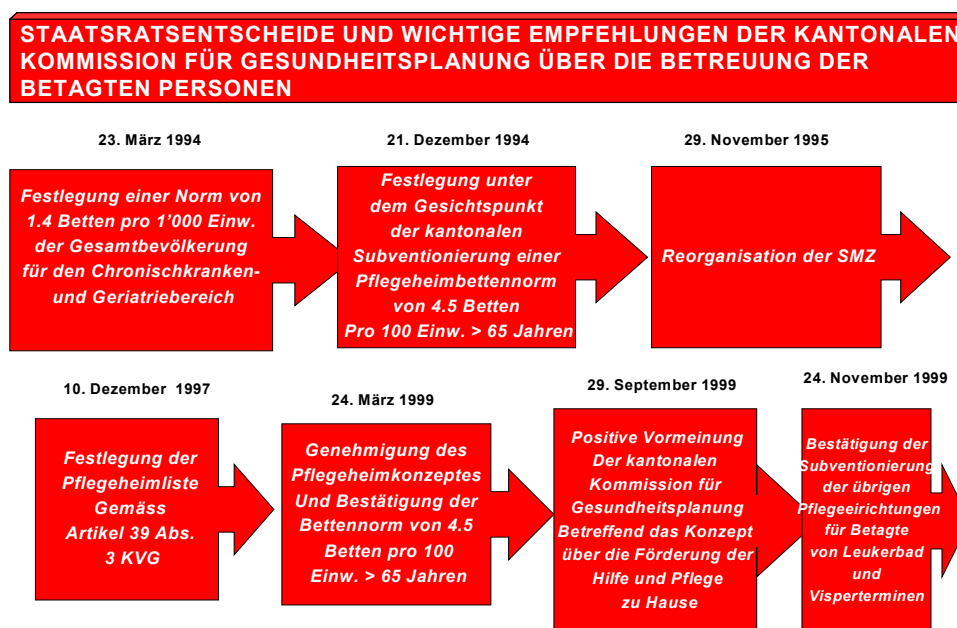


Abbildung 1: Vorangehende Staatsratsentscheide und Vormeinungen der kantonalen Kommission für Gesundheitsplanung in bezug auf die Betreuung der betagten Personen.

¹ Beiliegend zum vorliegenden Konzept sind einige Angaben zu diesen Staatsratsentscheiden sowie zu den Anwendungsrichtlinien des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie aufgeführt.

3. METHODOLOGISCHE ASPEKTE

Bezüglich die Quellen, welche im Rahmen der Erstellung des vorliegenden Berichtes verwendet wurden, sind insbesondere die drei nachfolgenden Elemente (vgl. die nachfolgende Abbildung) zu erwähnen:

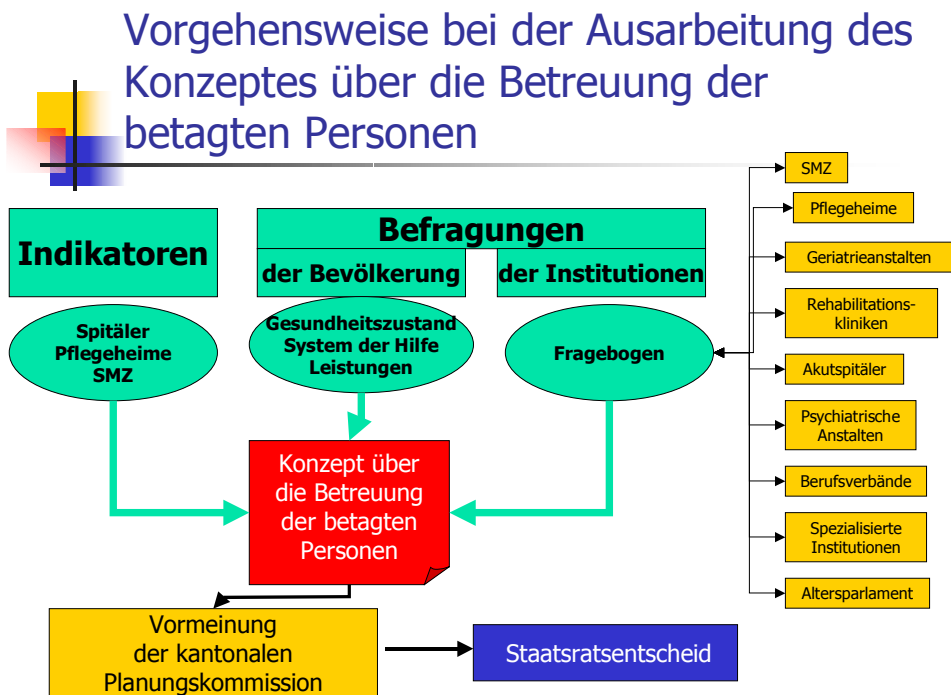


Abbildung 2: Quellen und Prozess für die Ausarbeitung des Konzeptes der Betreuung der betagten Personen.

3.1 INDIKATOREN DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Die jährlich durch die Dienststelle für Gesundheitswesen erfassten Statistiken ermöglichen es, eine Reihe von Indikatoren zu ermitteln, welche in gewisser Hinsicht eine Gesamtübersicht des Walliser Gesundheitssystems wiedergeben. Die Indikatoren widerspiegeln nämlich die systembezogenen Veränderungen sowie die sich abzeichnenden Entwicklungen.

3.2 BEFRAGUNG DER BEVÖLKERUNG

Der Kanton Wallis hat sich zweimal (1992/1993 sowie 1997) an der Schweizerischen Gesundheitsbefragung beteiligt. Ein Kapitel dieser Studie ist der Gesundheit, der sozialen Situation sowie der Hilfsbedürftigkeit der betagten Personen gewidmet.

3.3 BEFRAGUNG DER BETREFFENDEN INSTITUTIONEN

Im Sommer 2000 hat die Dienststelle für Gesundheitswesen ein Vernehmlassungsverfahren bei allen Partnern durchgeführt, welche an der Betreuung der betagten Personen beteiligt sind. In diesem Zusammenhang wurde im Juni 2000 denselben Partnern ein Fragebogen zugestellt.

Die auf diese Weise erfassten Daten konnten mittels Computerprogramm analysiert werden, womit die Ergebnisse der Befragung heute verfügbar sind. Diese Ergebnisse werden in den nachfolgenden Kapiteln auszugsweise dargestellt.

3.4 ZEITPLAN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER ARBEITEN

Die untenstehende Abbildung erwähnt in zeitlicher Abfolge die verschiedenen Etappen des Projektes:



Abbildung 3 : Zeitplan für die Durchführung der Arbeiten.

4. BESCHREIBUNG DES GEGENWÄRTIGEN ANGEBOTS, LEISTUNGSaufTRÄGE

In der nachfolgenden Abbildung sind sämtliche Leistungserbringer aufgeführt, welche gegenwärtig die Gesundheitsversorgung der betagten Personen sicherstellen:



Abbildung 4 : Versorgungsnetz der betagten Personen.

Dementsprechend verfügen die betagten Personen zur Deckung ihrer Bedürfnisse über ein umfassendes Versorgungsnetz mit Leistungserbringern. Die nachfolgenden geographischen Karten zeigen das gegenwärtige Leistungsangebot auf.

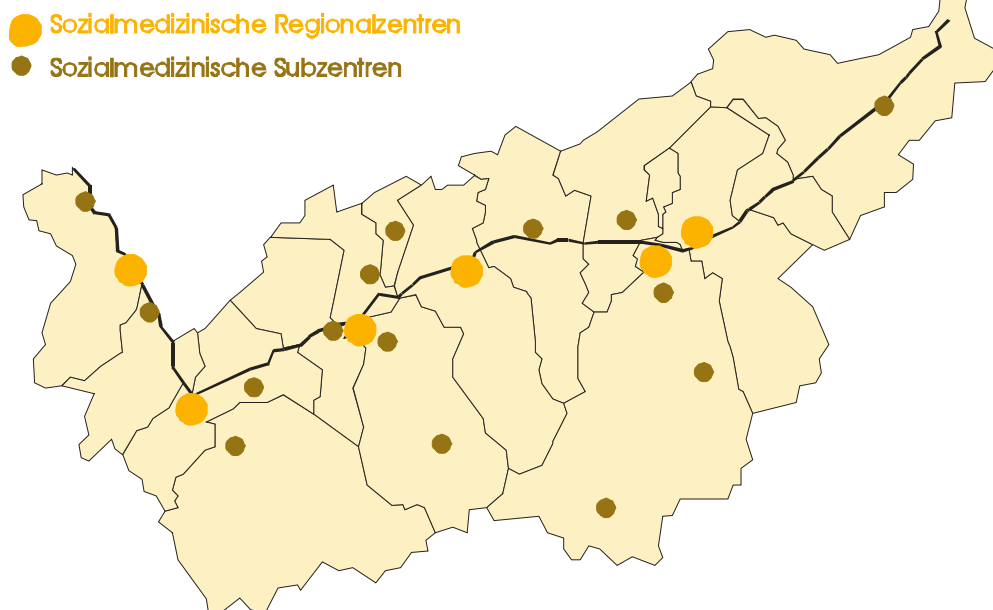
4.1 DIENSTE DER HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE

Die Hilfe und Pflege zu Hause ist soweit möglich zu fördern, indem die betagten Personen in ihrem gewohnten Lebensraum verbleiben können. Demnach nimmt die Weiterentwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause eine Vorrangstellung ein.

4.1.1 SOZIALMEDIZINISCHE ZENTREN

Die Deckung der Bedürfnisse im sozialmedizinischen Bereich wird im Kanton Wallis über sechs Sozialmedizinische Regionalzentren sichergestellt. Die nachfolgende Abbildung führt sämtliche Sozialmedizinische Zentren auf, welche derzeit im Kanton betrieben werden. Die Sozialmedizinischen Zentren werden als gemeinnützig anerkannte Institutionen paritätisch durch den Kanton (zu 50%) und durch die Gemeinden (zu 50%) subventioniert. Die Leistungsaufträge, welche den sechs sozialmedizinischen Regionalzentren erteilt worden sind, sehen insbesondere vor, dass geplante Leistungen der Hilfe und Pflege 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche zu gewährleisten sind.

Dienste der Hilfe und Pflege zu Hause 2000



Neben den Sozialmedizinischen Regionalzentren sind noch andere Institutionen im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause tätig. Dabei legen die Richtlinien des DGSE vom 1. März 2000 die Bedingungen fest, zu welchen die erwähnten Institutionen zugelassen sind, zu Lasten der Krankenversicherung tätig zu sein. Nachfolgend wird eine synoptische Tabelle mit den Institutionen der Hilfe und Pflege zu Hause, deren Spezialisierung sowie deren geographische Abgrenzung aufgeführt:

Name der Institution	Spezialisierung	Geographische Abgrenzung
Walliser Liga gegen die Lungenkrankheiten und für die Prävention	Leistungen für Patienten, welche an Lungenkrankheiten leiden	Gesamtes Kantonsgebiet
Association François-Xavier Bagnoud	Palliativpflege zu Hause	Regionen Siders, Sitten und Martinach
Pro Senectute	Hilfe zu Hause	Gesamtes Kantonsgebiet
Walliser Krebsliga	Stomatotherapie, Betreuung von Krebspatienten	Gesamtes Kantonsgebiet
Kinderkrankenpflege Oberwallis	Kinderkrankenpflege	Region Oberwallis
Joël Stiftung Schweiz	Kinderkrankenpflege	Region Oberwallis

Tabelle 1: Übrige Institutionen der Hilfe und Pflege zu Hause im Kanton Wallis.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt laufen die Verfahren im Hinblick auf die Anerkennung der erwähnten Institutionen, zu Lasten der Krankenversicherung tätig zu sein. Im Falle des Zentrums für Palliativpflege des Vereins François Xavier Bagnoud konnte das Verfahren mit der Erteilung einer Bewilligung abgeschlossen werden. Einige dieser Institutionen bieten zudem Leistungen an, die teilweise durch die Krankenversicherungen rückvergütet werden. Hingegen hat eine eventuelle Anerkennung dieser Institutionen nicht unbedingt eine Anerkennung des gemeinnützigen Charakters und eine Subventionierung durch die öffentlichen Gemeinwesen zur Folge.

Betreffend Pro Senectute ist auf den Umstand hinzuweisen, dass die durch diese Institution erbrachten Leistungen durch den Kanton zu einem Betrag von jährlich rund 200'000.-- CHF (1999: 195'000.--) subventioniert werden.

In bezug auf die Organisation ist eine Koordination der Tätigkeit zwischen den Sozialmedizinischen Zentren und den übrigen Leistungsanbietern im sozialmedizinischen Bereich wünschenswert. In bezug auf den Verein François-Xavier Bagnoud bildet ein Zusammenarbeitsvertrag mit der Walliser Vereinigung für Sozialmedizinische Zentren gegenwärtig Gegenstand von Verhandlungen.

Im Bereich der Palliativpflege haben in letzter Zeit im Rahmen der regionalen Gesundheitsnetze mehrere Projekte der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen begonnen, nämlich:

- In der Gesundheitsregion Siders bezweckt das Projekt Janua, das auf eine Partnerschaft zwischen dem sozialmedizinischen Regionalzentrum und dem Verein François Xavier Bagnoud abstützt, im Hinblick auf eine Palliativpflege zu Hause die Grundsätze einer künftigen Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Institutionen festzulegen;
- Das Netz der Palliativpflege, welches in der Gesundheitsregion Sitten erstellt wird, sieht ebenso unter Beizug des Vereines François-Xavier Bagnoud eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern (Spital Gravelone, Pflegeheime, SMZ...) vor. Das letztgenannte Projekt der Palliativpflege betrifft sämtliche Institutionen des Gesundheitswesens.

4.2 ZWISCHENSTRUKTUREN

Die Zwischenstrukturen umfassen alle Leistungen, die in den Grenzbereich zwischen der Hilfe und Pflege zu Hause und der Betreuung im Pflegeheim fallen:

	Integrierte und angepasste Wohnung	Gebäude mit sozialmedizinischer Betreuung	Gemeinschaftliche Wohnung mit sozialmedizinischer Betreuung	Tagesheime	Kurzaufenthalte
Bedürfnisse der betagten Personen	Selbständige Betagte Person, leicht Behindert (Stuhl), Sicherheitsbedürftig	Selbständige oder leicht abhängige Person, sicherheitsbedürftig und einsam	Abhängige und einsame Person , mit ungenügender Hilfe der Familie	Abhängige Person zu Hause , Tagsüber Unterstützung der Familie notwendig	Abhängige Person zu Hause , vorübergehend ungenügende Hilfe der Familie
Kategorie der Institution	Unabhängige Wohnung , kein eigenes Gebäude, ohne architektonische Hindernisse	Unabhängige Wohnung/Studio , eigenes Gebäude sozialmedizinische Betreuung	Unabhängige Wohnung , kein eigenes Gebäude, ohne architektonische Hindernisse, 4 bis 5 Personen	Aufnahme in den Räumlichkeiten der Pflegeheime zur Entlastung der Familie tagsüber	Zimmer von Pflegeheimen oder übrigen Pflegeeinrichtungen für Kurzaufenthalte zur Entlastung der Umgebung
Hilfe und Pflege	SMZ, Hilfe Sicherheitssystem Animation und gelegentliche Transporte	SMZ, Hilfe Permanenz 24St./24 Sicherheitssystem Animation und gelegentliche Transporte	SMZ, Hilfe Permanenz 24 St./24 bei Bedarf Anwesenheit Sicherheitssystem Animation und gelegentliche Transporte, Lebenshilfe	Anwesenheit und Permanenz tagsüber Pflege durch die Institution Sicherheitssystem Animation und Transport	Anwesenheit und Permanenz 24 St./24 Pflege durch das Heim Sicherheitssystem Animation und Transporte Lebenshilfe
Mahlzeiten	Unabhängig Mahlzeitendienst zu Hause	Eigen organisierter Mahlzeitendienst (SMZ oder Pflegeheim)	Gemeinsame Zubereitung oder Mahlzeitendienst zu Hause	Zubereitung durch die Institution	Zubereitung durch die Institution
Beispiele	Artisane, Mon Foyer, La Villageoise, Machij in Vissoie	Nebengebäude Riond-Vert, Ste-Claire, Ste-Catherine	Domino I und II Siders	Verschiedene Pflegeheime und übrige Pflegeeinrichtungen für Betagte	Verschiedene Pflegeheim und übrige Pflegeeinrichtungen für Betagte

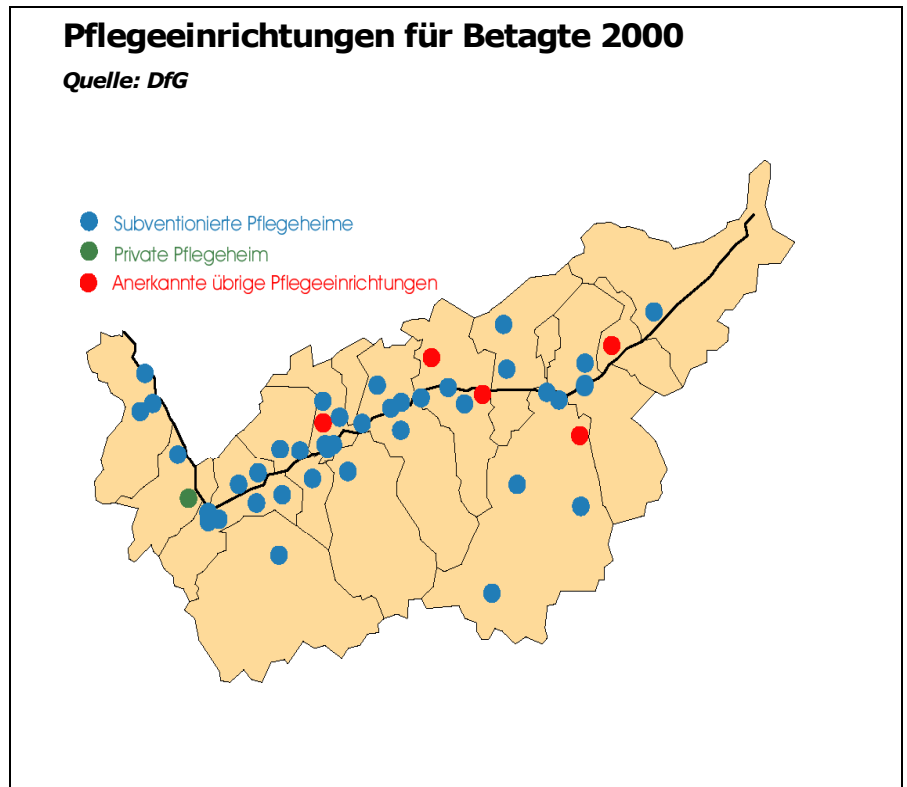
Tabelle 2: Kategorien der Zwischenstrukturen (DfG).

Die Modalitäten der Zwischenstrukturen in bezug auf die Organisation sind verschiedenartig. Gewisse Zwischenstrukturen werden durch die Sozialmedizinischen Zentren verwirklicht (integrierte und angepasste Wohnungen, gemeinschaftliche Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, gemeinschaftliche Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung, Tagesheime), währenddem andere Strukturen durch die Pflegeheime für Betagte erstellt werden (Ferienbetten).

In bezug auf die Finanzierung werden die Pflegeleistungen, welche durch diese Institutionen erbracht werden, durch die Krankenversicherer rückvergütet, währenddem der Aufenthalt in der Regel selbstfinanziert wird. Die Tagesheime beziehen Bundessubventionen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), sofern gewisse Bedingungen erfüllt sind. Zudem werden die Zwischenstrukturen indirekt über die finanzielle Beteiligung der öffentlichen Gemeinwesen an den Betriebsausgaben der Sozialmedizinischen Zentren sowie der Pflegeheime subventioniert.

4.3 PFLEGE-EINRICHTUNGEN FÜR BETAGTE

Gegenwärtig verfügt unser Kanton über 40 Pflegeheime für Betagte, wovon 32 öffentliche und subventionierte und 8 private, aber als gemeinnützig anerkannte Pflegeheime. Dabei werden sieben Pflegeheime der letztgenannten Kategorie subventioniert. Schliesslich weist ein Pflegeheim ein ausschliesslich privates Statut aus. Gemäss den Anforderungen der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung befinden sich sämtliche Pflegeheime im Besitze einer Betriebsbewilligung, die durch das DGSE erteilt worden ist. Im Jahre 1999 betrug die gesamte Aufnahmekapazität der Walliser Pflegeheime 2'300 Betten (Quelle: Bundesamt für Statistik).

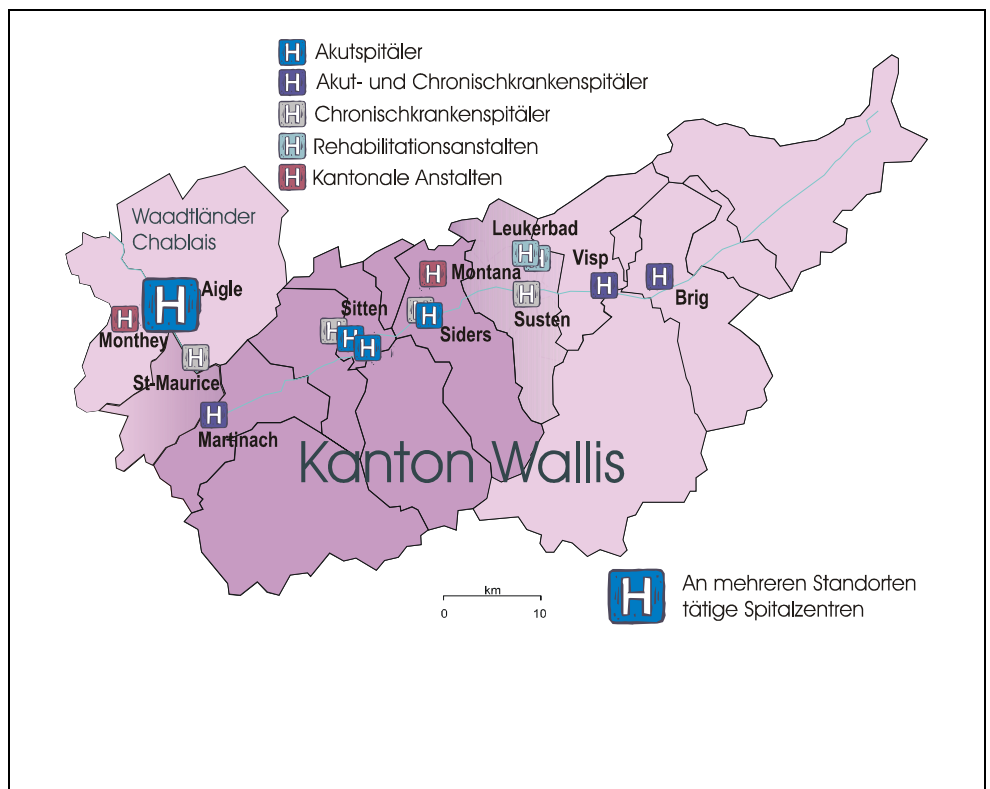


Neben den öffentlichen und privaten Pflegeheimen für Betagte verfügen die übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte von Leukerbad, Visperterminen, Guttet, Mörel sowie Ardon ebenfalls über eine Betriebsbewilligung, die ihnen durch das Departement für Gesundheit erteilt worden ist. Dabei handelt es sich um Pflegeeinrichtungen für Betagte, die bedeutend kleiner als die Pflegeheime sind und welche die Bedürfnisse der Bevölkerung in Bergregionen abdecken. Überdies beziehen die Institutionen in Leukerbad, Visperterminen, in Guttet und in Mörel kantonale Subventionen. Zudem hat die Dienststelle für Gesundheitswesen in den letzten Monaten eine gewisse Anzahl von Gesuchen von übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte für den Erhalt einer Betriebsbewilligung registriert.

Gemäss dem Walliser Konzept der Pflegeheime sowie der übrigen Pflegeheime für Betagte vom Februar 1999 gewährleisten die Pflegeheime sowohl eine soziale und pflegerische Betreuung der Heimbewohner, die in körperlicher und psychischer Hinsicht, eine regelmässige Hilfe zur Verrichtung ihrer Lebensaktivitäten (Aufstehen, sich ankleiden, sich waschen, essen) sowie eine medizinische Betreuung benötigen. Seit mehreren Jahren ist eine zunehmende Schwere der Fälle zu beobachten, die in den Pflegeeinrichtungen für Betagte versorgt werden.

4.4 SPITÄLER

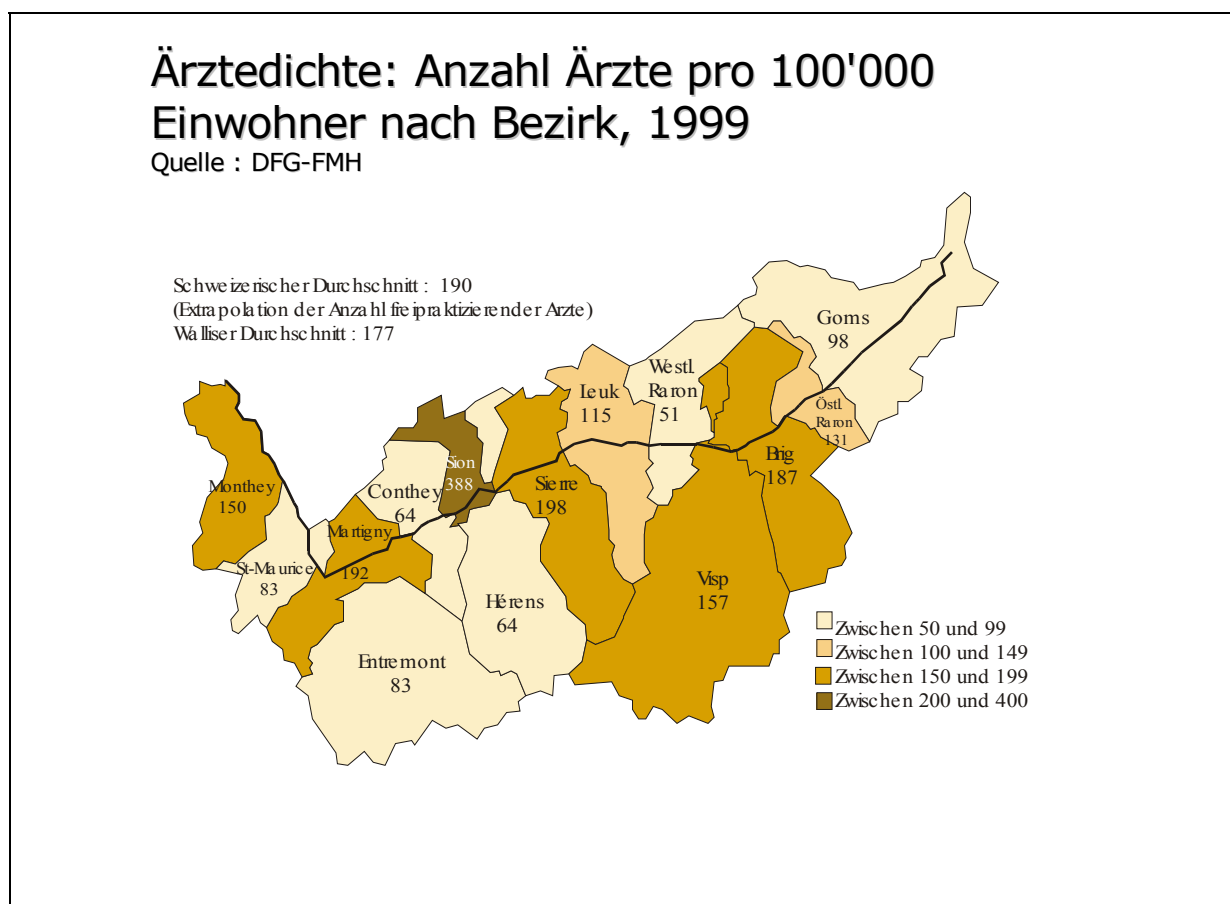
Die nachfolgende Abbildung zeigt das Walliser Spitalsystem auf, wobei sämtliche Krankenanstalten aufgeführt werden, die sich auf dem Kantonsgebiet befinden. Das Angebot an Spitalleistungen umfasst Akutspitäler, geriatrische und psychiatrische Anstalten, Rehabilitationskliniken, welche sich auf die drei Regionen des Kantons (Ober-, Mittel- und Unterwallis) verteilen. Davon gibt es ein an mehreren Standorten tätiges Akutspital, nämlich das Spital des Chablais. Weiter sind drei dezentralisierte, psychogeriatrische Abteilungen zu erwähnen, die in den Regionen des Kantons angesiedelt sind.



Die als gemeinnützig anerkannten Spitäler sind im Rahmen von Gemeindeverbänden des öffentlichen oder des privaten Rechts organisiert. Die Finanzierung der Betriebsausgaben erfolgt hauptsächlich einerseits über die öffentlichen Gemeinwesen (Kanton: 40%/ Gemeinden: 10%), andererseits über die Pauschalen der Krankenversicherer. Für die Finanzierung der Investitionsausgaben hingegen sind ausschliesslich die öffentlichen Gemeinwesen zuständig (Kanton: 80%/ Gemeinden: 20%).

4.5 GESUNDHEITSFACHPERSONEN

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Ärztedichte pro Bezirk im Kanton Wallis auf. Dabei sind in dieser Hinsicht beträchtliche Unterschiede zwischen den Bezirken festzustellen. Die Dichte fällt nämlich in den Städten und insbesondere in Sitten höher aus.



4.6 REGIONALE GESUNDHEITSNETZE

Die regionalen Gesundheitsnetze, welche seit 1996 in den sechs Regionen des Kantons verwirklicht worden sind, werden im Rahmen der regionalen Gesundheitskommissionen organisiert und setzen sich aus den wichtigsten Partnern des Gesundheitssystems zusammen.

Am 12. April 2000 hat der Staatsrat beschlossen, die regionalen Gesundheitsnetze weiterzuentwickeln. Die Modalitäten dieses Entscheides müssen unter Beizug der kantonalen Kommission für Gesundheits- und Spitalplanung präzisiert werden.



5. BEDARFSANALYSE UND PERSPEKTIVEN

5.1 DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG

Aufgrund der durch das Bundesamt für Statistik errechneten demographischen Prognosen wird die Bevölkerung des Kantons Wallis zwischen der letzten Erhebung von 1990 und den Perspektiven für das Jahr 2050 die nachfolgende Entwicklung erfahren:

Demographische Entwicklungsperspektiven im Zeithorizont bis 2050

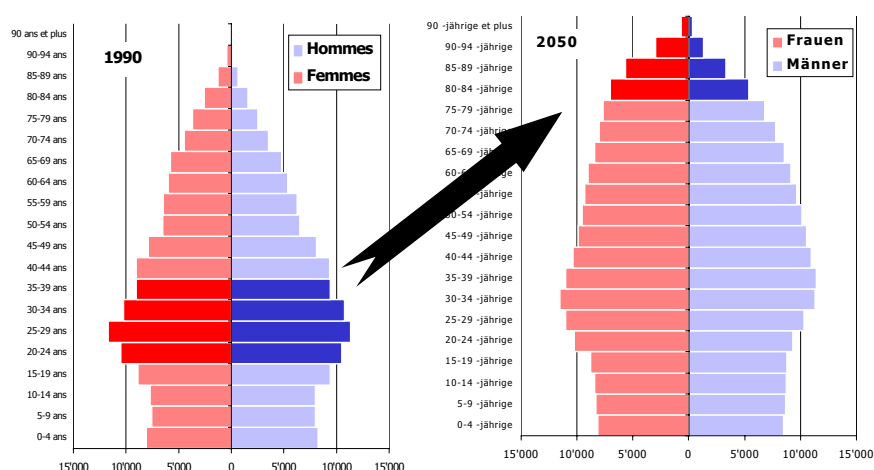


Abbildung 5 : Alterspyramide der Walliser Bevölkerung 1990 und Perspektiven für das Jahr 2050 (Quelle : BfS).

Gleich wie in der gesamten Schweiz wird die demographische Entwicklung im Kanton Wallis durch eine bedeutende Alterung geprägt sein. Der Vergleich zwischen den beiden Alterspyramiden zeigt nämlich nicht nur eine markante Verbreiterung des oberen Teils der Pyramide mit einer bedeutenden Zunahme der entsprechenden Altersklassen auf, sondern ebenso eine starke Abnahme der Bevölkerungszahlen ab dem 80. Altersjahr. Es gilt zu präzisieren, dass im Jahre 2050 die über 80-jährigen Personen anteilmässig der bevölkerungsreichsten Gruppe des Jahres 1990 entsprechen, nämlich derjenigen der 25 bis 44-jährigen. Demnach ist festzuhalten, dass ein relativ bedeutender Anteil dieser Bevölkerung vor Erreichen der Alterskategorie der 80 bis 84-jährigen wahrscheinlich sterben wird.

Unter Berücksichtigung der Studien, welche belegen, dass die Betreuung der betagten Personen in den beiden letzten Lebensjahren aufwendiger wird, sind die Bedürfnisse der betagten Walliser Bevölkerung im Jahre 2050 bedeutend höher. In den nächsten Jahren wird diese Tendenz weiter zunehmen.

Die Anzahl von über 90-jährigen Personen hat sich seit 1990 mehr als verdoppelt. Gemäss den durch das Bundesamt für Statistik erstellten Prognosen wird sich dieselbe Zahl zwischen 2000 und 2020 erneut verdoppeln.

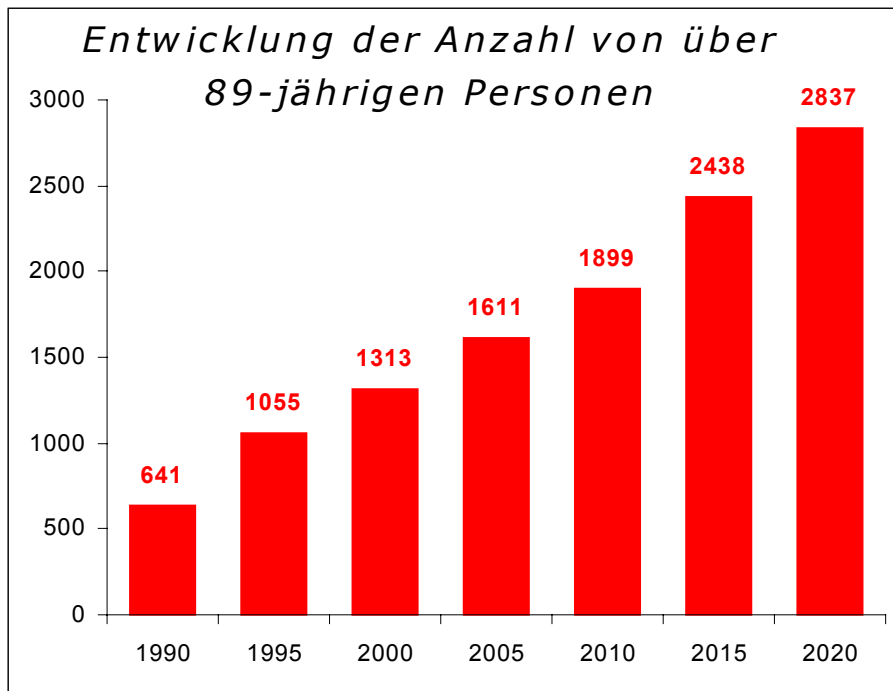


Abbildung 6: Zukünftige Entwicklung der über 89-jährigen Bevölkerung (Quelle: BfS).

Indes wird in bezug auf die Entwicklung der Bedürfnisse die Zunahme der Anzahl von betagten Personen teilweise durch eine tendenzielle Verbesserung des Gesundheitszustandes der künftigen Generationen kompensiert.

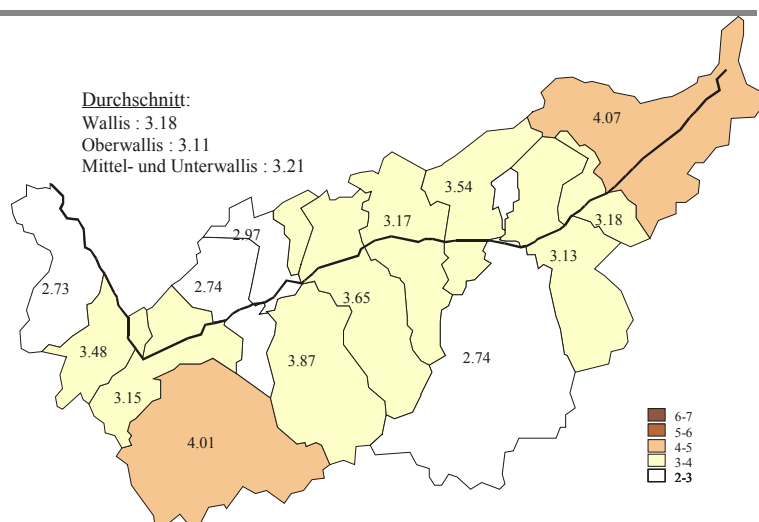
5.1.1 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG NACH BEZIRK UND NACH GESUNDHEITSREGION

5.1.1.1 Demographische Entwicklung pro Bezirk

Die nachfolgenden Karten zeigen die zukünftige Entwicklung pro Bezirk der über 80-jährigen Bevölkerung auf. Dabei fällt die Entwicklung je nach Bezirk unterschiedlich aus:

Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung auf 100 Einwohner der Gesamtbevölkerung im Jahre 1997.

Quelle : BFS

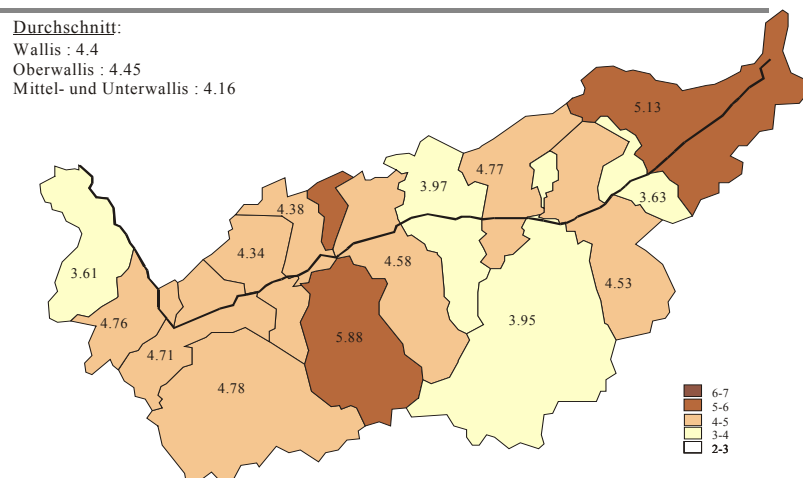


Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie

page 6
Indicateurs.ppt/NN

Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung auf 100 Einwohner der Gesamtbevölkerung im Jahre 2010.

Quelle : BFS



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

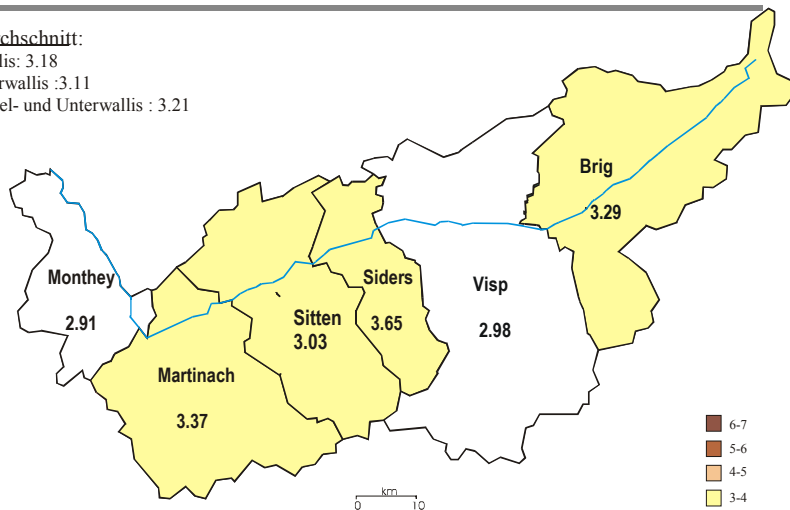
page 8
Indicateurs.ppt/NN

5.1.1.2 Demographische Entwicklung pro Gesundheitsregion

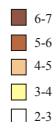
Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung auf 100 Einwohner der Gesamtbevölkerung im Jahre 1997.

Quelle : BFS

Durchschnitt:
Wallis : 3.18
Oberwallis : 3.11
Mittel- und Unterwallis : 3.21



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



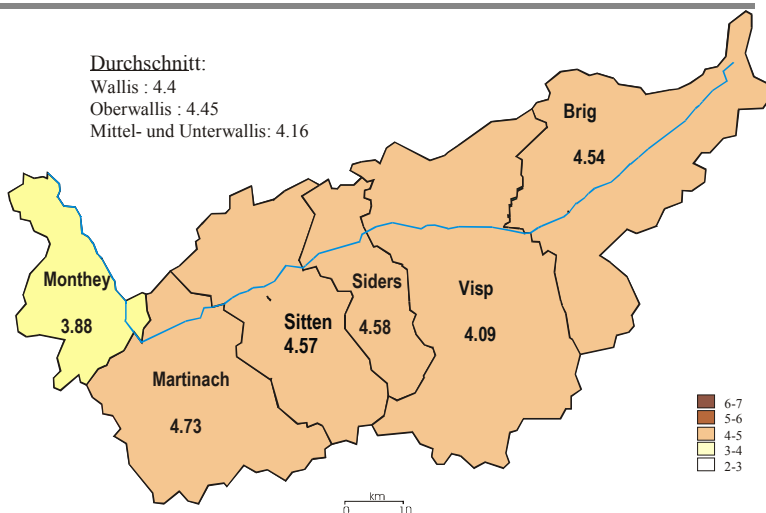
page 5

Indicateurs.ppt/NN

Anteil der über 80-jährigen Bevölkerung auf 100 Einwohner der Gesamtbevölkerung im Jahre 2010

Quelle : BFS

Durchschnitt:
Wallis : 4.4
Oberwallis : 4.45
Mittel- und Unterwallis : 4.16



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



page 7

Indicateurs.ppt/NN

5.1.2 IN ZUKUNFT : PANDÄMIE ODER EINDÄMMUNG DER MORBIDITÄT?

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt, welche sich heute für die Frauen auf über 80 Jahren beläuft und für die Männer bei 75 Jahren liegt, wird in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen, jedoch aber nicht mehr so schnell. Die Frage stellt sich, ob diese zusätzlichen Lebensjahre bei guter oder bei schlechter Gesundheit verlebt werden. Verschiedene Studien zeigen auf, dass die beiden letzten Lebensjahre oder das letzte Lebensjahr oft in einem eher schlechten Gesundheitszustand verlebt werden, womit dementsprechend hohe Gesundheitskosten entstehen. Obschon die über 80-jährigen Personen heute im allgemeinen einen höheren Lebensstandard als früher aufweisen, kann von der Annahme ausgegangen werden, dass die letzten Lebensjahre trotz der Eindämmung der Morbidität nur teilweise bei guter Gesundheit verlebt werden. Unter Eindämmung der Morbidität ist die tendenzielle Abnahme des Auftretens von Krankheiten für eine bestimmte Altersgruppe zu verstehen. Demnach wird der Bedarf in bezug auf die Altersbetreuung künftig global zunehmen.

Das Bundesamt für Statistik hat betreffend die Lebenserwartung die folgenden Prognosen erstellt:

Lebenserwartung	1988-93	2020	2050	Zunahme
<i>Männliches Geschlecht</i>				
Bei Geburt	74.2	78.8	81.0	6.8
Mit 65 Jahren	15.5	18.6	20.9	5.4
Mit 80 Jahren	6.8	8.1	9.3	2.5
<i>Weibliches Geschlecht</i>				
Bei Geburt	81.1	85.6	86.6	5.5
Mit 65 Jahren	19.7	23.3	24.7	5.0
Mit 80 Jahren	8.6	10.7	11.5	2.9

Quelle : Gemäss Bundesamt für Statistik in Bern 1996, "Entwicklung und Perspektiven des Walliser Gesundheitssystems" P. Gilliland.

Tabelle 3 : Entwicklungsperspektiven der Lebenserwartung in der Schweiz.

Aufgrund dieser Tabelle beträgt die Zunahme der Lebenserwartung zwischen 1990 und 2020 mit 80 Jahren bei 1.3 Jahren für die Männer und bei 2.1 Jahren für die Frauen.

Es wäre illusorisch zu glauben, dass inskünftig sämtliche zusätzliche Lebensjahre bei guter Gesundheit verlebt würden. Die längere Lebensdauer verlängert nämlich ebenso die Periode, in welcher die betagte Bevölkerung möglichen Krankheiten und insbesondere chronischen Krankheiten ausgesetzt ist. Indes wird infolge der Eindämmung der Morbidität ein erhöhter Anteil von betagten Personen weiterhin bei guter Gesundheit leben.

Aufgrund der neuesten und der erwarteten Entwicklung wird infolge der künftigen medizinischen Fortschritte nämlich kurz- bis mittelfristig eine leichte Eindämmung der Morbidität bei der betagten Bevölkerung eintreten.

Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung für den Kanton Wallis ² (ESS) im Jahre 1997 erteilen Auskunft über den subjektiven Gesundheitszustand der in privaten Haushaltungen lebenden betagten Bevölkerung in unserem Kanton. Dabei handelt es sich um den Gesundheitszustand, so wie er durch die Personen evaluiert wird.

Aufgrund der erwähnten Befragung stufen 21% der über 65-jährigen Männer und 28% der Frauen derselben Alterskategorie ihren subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand als ungenügend oder schlecht ein. Diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes fällt innerhalb der Walliser Bevölkerung im Vergleich zur gesamtschweizerischen Bevölkerung weniger ausgeprägt aus.

Zudem melden im Kanton Wallis 34.9% der Männer und 42.8% der Frauen 4 leichte oder 2 starke Gesundheitsstörungen an (*Kopf-, Glieder- und Rückenschmerzen, Schlaf- und Verdauungsstörungen, Herzklopfen usw.*)

In bezug auf den Anteil der über 65-jährigen Personen, welche an mindestens einer gesundheitlichen Beeinträchtigung leiden – sei es Hör-, Seh- oder Bewegungsstörungen oder die Unfähigkeit, ohne Hilfe die alltäglichen Lebensaktivitäten (sich waschen, sich anziehen, essen) zu verrichten -, liegt dieser Prozentsatz bei 9.6 bei den Männern und bei 16.0 bei den Frauen.

Betreffend die langdauernden Gesundheitsprobleme ist im Vergleich zu den Männern (CH: ungefähr 25%, VS: 17%) ein häufigeres Auftreten bei den über 65-jährigen Walliser Frauen (CH: ungefähr 30%, VS: ungefähr 25%) festzustellen.

		Mindestens eine Beeinträchtigung		Langdauerndes Gesundheitsproblem		In Behandlung wegen einer chronischen Erkrankung	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
CH	65 – 74-jährige	9.8	8.5	25.3	30.5	57.9	58.8
	75-jährige und älter	21.7	23.5	28.4	30.7	59.0	68.3
	65-jährige und älter	14.3	15.3	26.5	30.6	58.3	62.1
VS	65-74-jährige					52.3	58.3
	75-jährige und älter					53.7	60.3
	65-jährige und älter	9.6	16	16.6	25.1	52.5	59.0

Tabelle 4 : Betagte Personen, welche an Beeinträchtigungen, an langdauernde oder chronischen Gesundheitsproblemen leiden, nach Alter und nach Geschlecht (Auftreten in %)

² Die Schweizerische Gesundheitsbefragung basiert auf einer repräsentativen Personenstichprobe der über 15-jährigen, in Privathaushaltungen lebende Bevölkerung. Die Personen, welche in den Pflegeheimen betreut werden, werden im Rahmen der Befragung nicht berücksichtigt und weisen wahrscheinlich, angesichts der Tatsache, dass sie bereits betreut werden, einen schlechteren Gesundheitszustand als die zu Hause lebenden Personen auf.

Schliesslich lässt sich im Kanton Wallis im Vergleich zum gesamtschweizerischen Durchschnitt ein leicht grösserer Anteil von über 65-jährigen Frauen und von Männern derselben Altersgruppe

infolge von chronischen Erkrankungen behandeln (Für die Frauen: 59% im Kanton Wallis/ 62% in der Schweiz; für die Männer: 52.5% im Kanton Wallis/58.3% in der Schweiz).

In bezug auf die psychosozialen Aspekte der Gesundheit ist zu erwähnen, dass der Anteil der über 65-jährigen Personen, welche über keine Vertrauensperson verfügen, im Kanton Wallis bei 12.5% liegt. Dieser Anteil ist im Kanton Wallis im Vergleich zur Schweiz leicht höher (9.4%). **Daraus resultieren in bezug auf die Prävention der Einsamkeit bei den betagten Personen bedeutende Bedürfnisse**, indem die sozialen Beziehungen einen direkten Einfluss auf das tägliche Wohlbefinden und auf die Gesundheit ausüben.

Die bei den betreffenden Partnern durchgeführte Befragung zeigt die Herausforderung auf, die mit der Betreuung der an Demenz leidenden Personen in Zusammenhang steht. So haben die Institutionen auf die Frage « **Wieviele Patienten werden in Ihrer Institution betreut, die an Demenz leiden (Alzheimer, Arteriosklerose, Parkinson)** » wie folgt geantwortet :

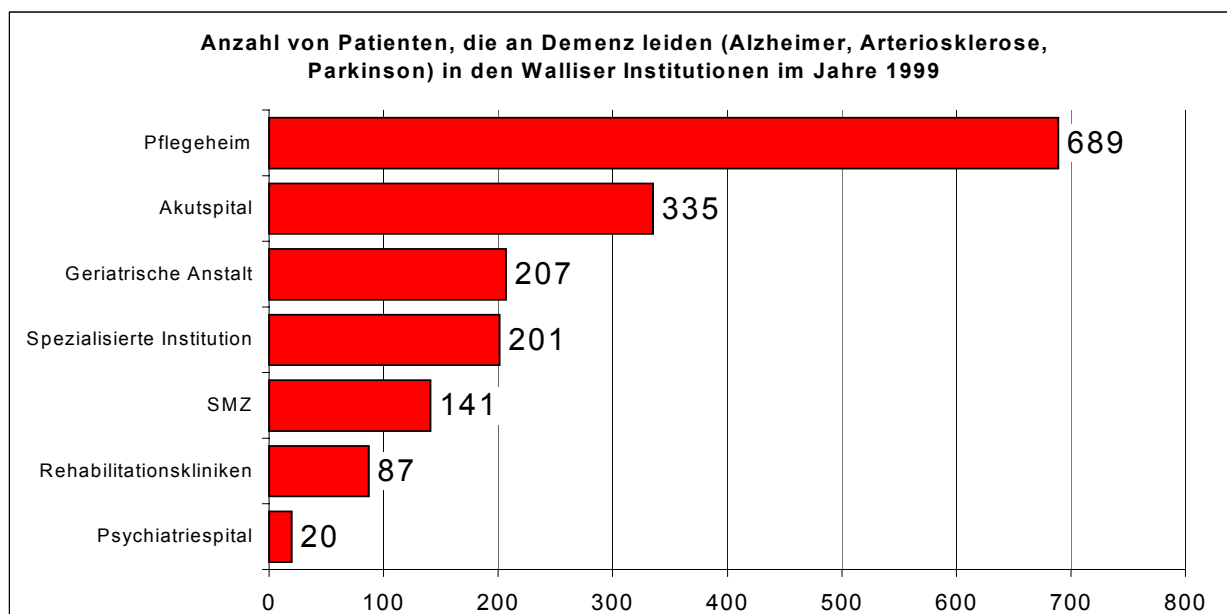


Abbildung 7 : Anzahl an Demenz leidende Patienten in den Gesundheitsinstitutionen, 1999 (DfG).

In der Mehrzahl werden die Patienten, welche an Demenz leiden, in den Pflegeheimen betreut. Da lediglich 30 der 40 konsultierten Pflegeheime den Fragebogen beantwortet haben, ist von der Annahme auszugehen, dass die Anzahl von Patienten mit 689 unterschätzt wird. **In Wirklichkeit sind die Patienten, welche an Demenz leiden und in den Pflegeheimen betreut werden, noch zahlreicher.**

Die relativ hohe Anzahl von Patienten, welche an Demenz leiden und im Akutbereich hospitalisiert sind, erklärt sich durch die Tatsache, dass diese Diagnose als Haupt- oder als Nebendiagnose oft im Akutspital ermittelt wird. Zudem muss dieses Ergebnis relativiert werden, indem die Gesamtzahl der Patienten, die stationär im Akutspital behandelt werden, sich im Jahre 2000 auf 36'000 beläuft. Schliesslich ist die Aufenthaltsdauer dieser Patienten eher tief.

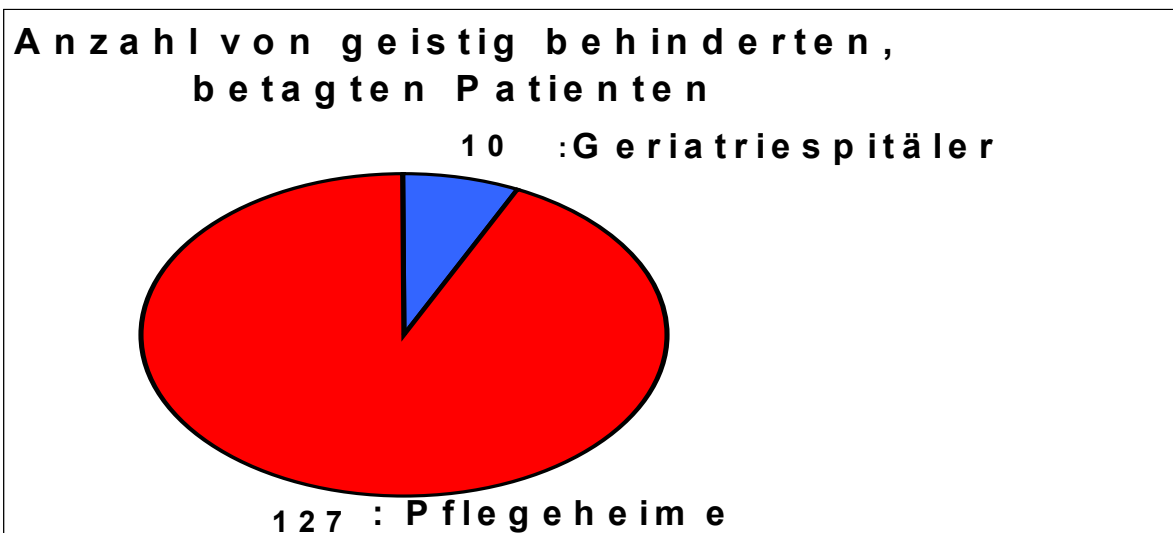


Abbildung 8 : Anzahl von geistig behinderten, betagten Patienten. Quelle: Befragung DfG.

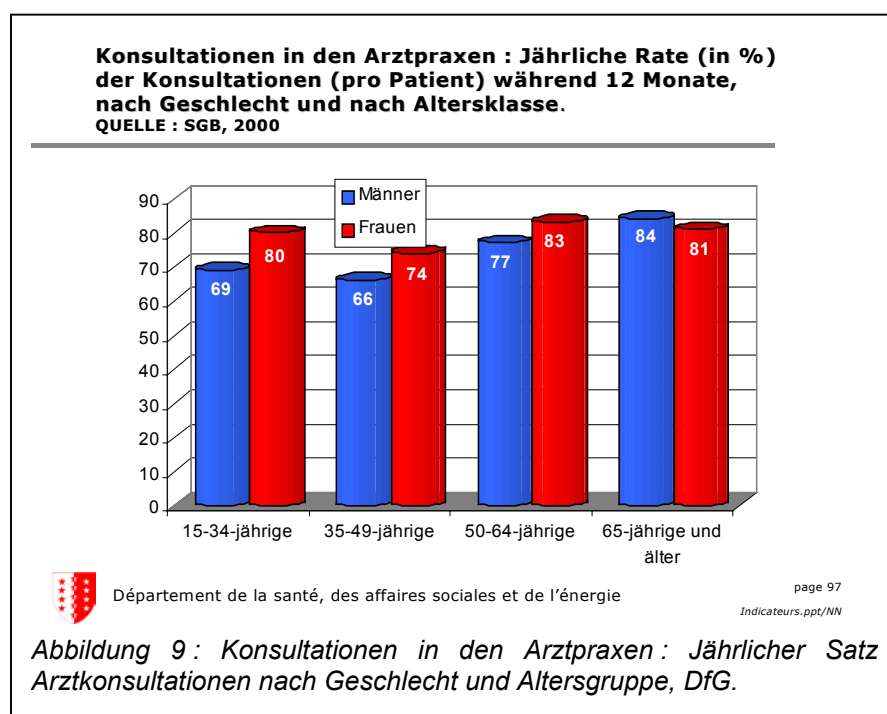
Auf die Frage : Wieviele geistig behinderte, betagte Patienten betreut Ihre Institution? haben einzig die Pflegeheime sowie die Geriatriespitäler Fälle gemeldet (vgl. die obenerwähnte Abbildung).

5.2 ARZTPRAXEN UND SYSTEM DER HILFE

Die Walliser Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 1997 geben insbesondere Aufschluss über die Inanspruchnahme der Bevölkerung von Pflegeleistungen sowie über das System der Hilfe für die betagten Personen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, dass während der 12 Monate des Jahres 1997 der Anteil der Personen, welche einen allgemein praktizierenden Arzt aufgesucht haben, bei der über 65-jährigen Bevölkerung zunimmt. Bei den über 65-jährigen Frauen beträgt dieser Anteil nahezu 80%.

Die über 65-jährigen Männer haben ihren Arzt im Durchschnitt 3.5 Mal



aufgesucht, bei den Frauen beträgt die Häufigkeit 5.4. Im Rahmen der erfassten Daten ist einerseits zwischen den Dienstleistungen der Hilfe und Pflege zu Hause und andererseits den Hilfeleistungen der Familienangehörigen und Bekannten zu unterscheiden.

Die Daten, welche erfasst worden sind, weisen auf ähnliche Werte für den Kanton Wallis sowie für die Schweiz hin. Konkret benötigen ungefähr 80% der über 75-jährigen Personen keine Hilfe, um ihre täglichen Lebensaktivitäten zu verrichten. Unter den über 65-jährigen Personen, welche eine Hilfe beanspruchen, verfügen 55% über eine Unterstützung, die von der Verwandtschaft oder von Bekannten (informelle Hilfe) gegeben wird, 20% nehmen Dienstleistungen der Hilfe und Pflege zu Hause (formelle Hilfe) in Anspruch, währenddem bei 22 bis 24% der Fälle die beiden Kategorien der Hilfe in Anspruch genommen werden. Zusammenfassend: selbst wenn die Familienmitglieder den grössten Anteil der Hilfe leisten, ist die Rolle der Dienstleistungen der Hilfe und Pflege zu Hause mit ungefähr 40% nicht unbedeutend.

Im Kapitel, welches der Analyse der gegenwärtigen Situation gewidmet ist, wird aufgrund der Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erwähnt, dass 55% der Bezüger von Hilfeleistungen eine Unterstützung der Verwandtschaft und der Bekannten erhalten. Infolge der Abnahme der Anzahl Kinder pro Familie, der zunehmenden Häufigkeit der Scheidungen sowie der zunehmenden Mobilität der Bevölkerung hinsichtlich des Wohnortes wird der Anteil der Hilfe, welche durch die Verwandtschaft oder durch die Bekannten erteilt wird, voraussichtlich abnehmen. Aus diesen soziologischen Gründen wird die Nachfrage nach Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause sowie der Pflegeheime zunehmen.

5.3 ENTWICKLUNG DER HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE

5.3.1 ANALYSE DER ENTWICKLUNG DER TÄTIGKEIT DER SOZIALMEDIZINISCHEN ZENTREN

5.3.1.1 Allgemeines

Die Walliser Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 weisen auf eine starke Zunahme der Inanspruchnahme der Hilfe und Pflege zu Hause nach dem 75. Altersjahr hin. Angesichts der demographischen Alterung ist mittelfristig eine Zunahme der Nachfrage nach Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause zu erwarten.

5.3.1.2 Entwicklung der Anzahl von Besuchen

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Tätigkeit im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause in unserem Kanton auf. Infolge der abnehmenden Anzahl von Spitalbetten sowie einer Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ist in den letzten Jahren ein Transfer der Tätigkeiten in den sozialmedizinischen Bereich eingetreten. Diese Entwicklung verdeutlicht ebenso, dass die behandelten Fälle mehr Pflege und Hilfe benötigen. Dementsprechend zeigt die nachfolgende Abbildung auf, dass die Anzahl von Besuchen in den letzten Jahren bedeutend zugenommen hat.

Hilfe und Pflege zu Hause: Anzahl von Besuchen – Wallis

QUELLE: DfG

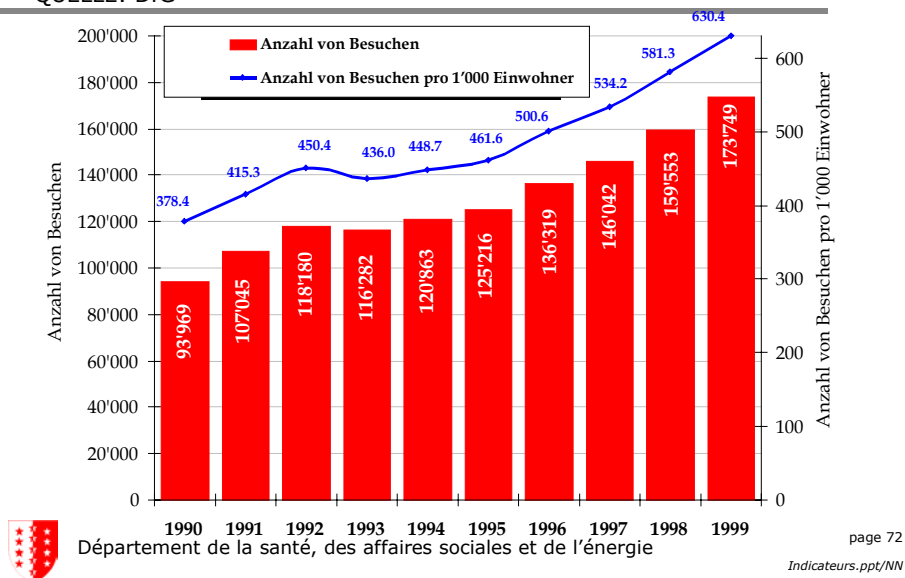


Abbildung 10 : Hilfe und Pflege zu Hause: Anzahl von Besuchen/Wallis. Quelle: DfG, aufgrund der Daten, die durch die Walliser Vereinigung der Sozialmedizinischen Zentren erfasst werden.

5.3.1.3 Anzahl von Pflegestunden, welche pro Altersgruppe und pro Patient erbracht werden.

Aufgrund einer Analyse der Pflegestunden der Sozialmedizinischen Zentren pro Altersklasse und pro Patient wird ersichtlich, dass mit steigendem Alter eine bedeutende Zunahme der Anzahl von Pflegestunden eintritt. Angesichts der demographischen Entwicklung, welche sich in den nächsten Jahren abzeichnet, werden die Bedürfnisse im Bereich der Hilfe und Pflege zu Hause eine ausgeprägte Zunahme erfahren. Die Entwicklung der Sozialmedizinischen Zentren wird diesen Umstand berücksichtigen müssen, insbesondere in bezug auf die Personaldotation.

Durchschnittliche Anzahl von Pflegestunden pro Altersklassen und pro Patient in den SMZ - 1999

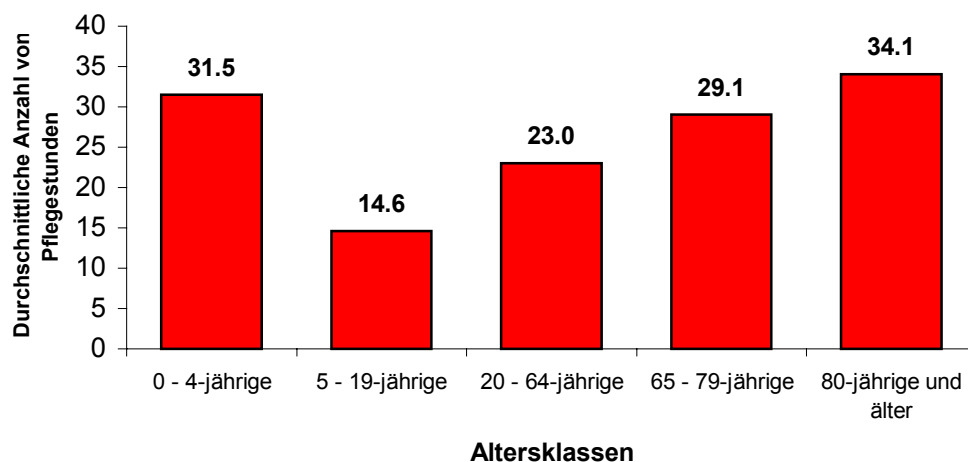


Abbildung 11 : Durchschnittliche Anzahl von Pflegestunden pro Altersklasse und pro Patient in den SMZ (1999). Quelle: DfG, aufgrund der Daten, die durch die Walliser Vereinigung der Sozialmedizinischen Zentren erfasst werden.

Zudem zeigen die zur Verfügung stehenden Statistiken ebenso eine Zunahme der Anzahl von Besuchen pro behandelten Fall auf.

5.3.1.4 Einnahmen und Ausgaben der Sozialmedizinischen Zentren

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Einnahmen sowie der Ausgaben der Walliser Sozialmedizinischen Zentren auf. Die Zunahme der Einnahmen im Jahre 1995 steht im Zusammenhang mit dem Bezug von Bundessubventionen des BSV.

Hilfe und Pflege zu Hause: Einnahmen und Ausgaben in Mio – Wallis

Quelle: DfG

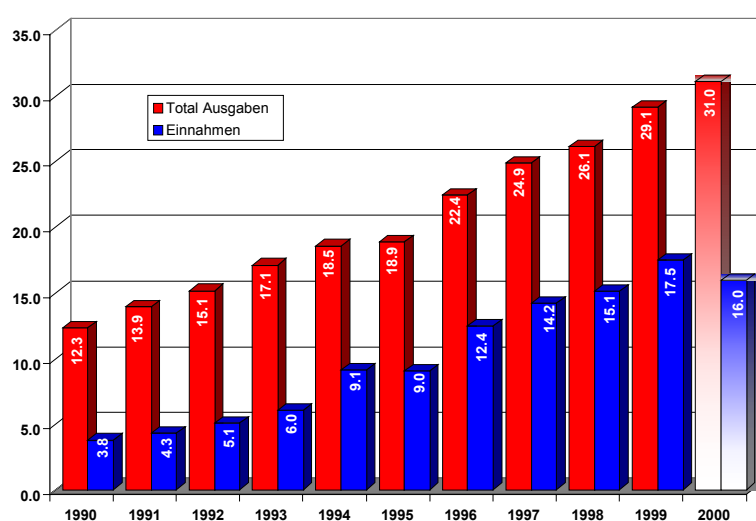


Abbildung 12: Sozialmedizinische Zentren: Einnahmen und Ausgaben – Wallis

Aufgrund der sich in Kraft befindenden Bestimmungen der Gesundheitsgesetzgebung beteiligt sich der Kanton zu 50% am Überschuss der Betriebsausgaben der sozialmedizinischen Regionalzentren. Der Saldo wird durch die Gemeinden der jeweiligen Gesundheitszone übernommen.

5.3.2 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG DER SOZIALMEDIZINISCHEN ZENTREN

5.3.2.1 Definition von minimalen Personalnormen

Im Sinne der qualitativen und quantitativen Förderung der Sozialmedizinischen Regionalzentren und der Hilfe und Pflege zu Hause werden neu für die einzelnen Personalkategorien Minimalnormen festgelegt. **Die nachfolgend festgelegten Minimalnormen stellen keine Berechnungsgrundlage für die Subventionierung durch den Kanton dar, sondern deren Erreichung stellt eine Bedingung für die Subventionierung dar.** Bei Nichterreichen derselben

werden Subventionskürzungen vorbehalten. **Damit den zukünftigen Bedürfnissen entsprochen werden kann, sollen auf diese Weise Anreize der Weiterentwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause geschaffen werden.**

- A) 1 Krankenpfleger 1'700 Einwohner
- B) 1 Sozialarbeiter 5'500 Einwohner
- C) 1 Familienhelferin 2'500 Einwohner
- D) 1 Verwaltungspersonal für 10'000 Einwohner

Die untenstehende Tabelle vergleicht die nach den obengenannten Normen errechneten Soll-Personalstellen mit den Ist-Personalstellen des Jahres 2000. (Direktion in der Spalte D inkl.; E=Pflege- und Haushaltshilfen).

	Einwohner	Krankenpfleger		Sozialarbeiter		Familienhelferinnen		Verwaltungspersonal		Aushilfen
		Soll-Zustand	Ist-Zustand	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Ist
31.12.1998										
Brig	31'445	18.5	14.3	5.7	4.4	12.6	10.11	3.1	3.5	5.8
Visp	46'591	27.4	20.6	8.5	6.35	18.6	13	4.6	5.6	9.1
Sierre	41'516	24.4	21.6	7.5	5.1	16.6	13.7	4.1	5.6	24.8
Sion	66'236	39.0	30.7	12.0	8.65	26.5	38.6	6.6	6.35	3.2
Martigny	46'343	27.3	18.6	8.4	6.9	18.5	22.6	4.6	4.3	3.6
Monthey	42'327	24.9	17.3	7.7	7.45	16.9	23.4	4.2	6.8	0.1
	274'458									

Tabelle 5: Vergleich zwischen den minimalen Normen der Personaldotation und dem effektiven Personalbestand 2000.

Die Direktion / Leitung des Sozialmedizinischen Regionalzentrums ist in der Norm für das administrative Personal (Spalte D) enthalten.

Gewisse Aufgaben der Pflege zu Hause an Pflegehilfen sowie der Hilfe zu Hause können an Haushaltshilfen delegiert werden. Diese Personen (Spalte E in der Tabelle) werden jedoch nicht in die Berechnung der Personalnormen für das diplomierte Krankenpflegepersonal bzw. für die FamilienhelferInnen einbezogen. Um die Pflegequalität zu garantieren, darf die Norm der Pflege- und Haushaltshilfen (Spalte E) nicht mehr als 50% der Arbeitsstellen des diplomierten Krankenpflegepersonals und der Familienhelfer/innen (Spalte A und C) betragen.

Da die Aushilfen nicht einer Kategorie von qualifiziertem Personal zuzuteilen sind, ist von der Festlegung einer Mindestpersonalnorm für diese Personalkategorie abzusehen. Diese Option wurde anlässlich der Sitzung der Zentrumsleiter vom 7. Juni 2000 unter den anwesenden Sitzungsteilnehmern einstimmig festgehalten.

Die Gründe dafür, dass die Sozialmedizinischen Zentren der Regionen Brig und Visp nur sehr wenige Familienhelferinnen beschäftigen, liegen zum einen in einer veränderten Mentalität und Bereitschaft der Bevölkerung Hilfe anzunehmen sowie den sozialen Strukturen. Zudem kann die Tatsache, dass in unserem Kanton keine deutschsprachige Ausbildung angeboten wird, diese Tendenz zusätzlich verstärken. Es ist vorgesehen, im Herbst 2000 in Visp berufsbegleitend einen Lehrgang zur diplomierten Familienhelferin durchzuführen.

Zielpublikum des ersten Kurses sind die heute beschäftigten Haushaltshilfen der SMRZ Brig und Visp. Je nach Interesse wäre es wünschenswert, die Ausbildung in den kommenden Jahren zu wiederholen. Junge Leute sollen motiviert werden, diese Ausbildung zu wählen. Zum Erreichen der Mindestpersonalnorm für die Familienhelferinnen in dieser Region ist aus den oberwähnten Gründen eine längere Frist notwendig.

Gemäss dem Auftrag der Gesundheitsgesetzgebung sind die Sozialmedizinischen Zentren als subventionierten Institutionen verpflichtet, bei der Ausbildung des Personals mitzuwirken. Im Rahmen der Betreuungsmöglichkeiten entsprechen die Sozialmedizinischen Zentren den ihnen unterbreiteten Anfragen zur Aufnahme von Praktikanten. Alle SMZ stellen insbesondere auch der Walliser Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, der Walliser Schule für Familienhilfe und dem Ausbildungszentrum für pädagogische und soziale Ausbildung (Sitten) Praktikumsplätze für Pflegeausbildungen zur Verfügung.

5.3.2.2 Fortschreitende Umsetzung der Mindestpersonalnormen und finanzielle Auswirkungen

Die minimalen Normen für die Personaldotation sind fortschreitend umzusetzen. Damit die Personaldotation in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen (Krankenpflege, Sozialarbeit, Familienhilfe) fortschreitend angepasst werden, wurde der nachfolgende Kalender festgelegt, welcher sich auf den Prozentsatz der zusätzlichen Personaldotation bezieht, die durch die Sozialmedizinischen Zentren zu erreichen ist:

ZEITPLAN ZUR FORTSCHREITENDEN UMSETZUNG DER MINIMALEN NORMEN DER PERSONALDOTATION

<i>Jahr</i>	2002	2004	2005
Prozentsatz der zusätzlichen Personaldotation	35%	70%	100%
Schätzung der finanziellen Auswirkungen auf den Kanton sowie auf die Gemeinden (insgesamt)	1.1 Millionen für den Kanton sowie derselbe Betrag für die Gemeinden	2.1 Millionen für den Kanton und derselbe Betrag für die Gemeinden	3.0 Millionen für den Kanton und derselbe Betrag für die Gemeinden

Tabelle 6 : Zeitplan für die fortschreitende Umsetzung der minimalen Normen der Personaldotation.

Im Rahmen der Arbeiten zur Revision von Titel VII des kantonalen Gesundheitsgesetzes wird gegenwärtig die Möglichkeit geprüft, die Subventionierungssätze des Kantons (gegenwärtig bei 50%) und der Gemeinden (gegenwärtig bei 50%), durch eine Erhöhung des Anteils des Kantons (auf 70%) sowie durch eine Senkung des Anteils der Gemeinden (auf 30%) vorzunehmen. Bei einer allfälligen Aufhebung der Bundessubventionen (BSV), welche im Rahmen der Altershilfe ausbezahlt werden, wäre ein noch höherer Anteil des Kantons (von rund 80%) zu berücksichtigen.

Die oben erwähnte Tabelle sieht eine zeitlich abgestufte Umsetzung der minimalen Normen der Personaldotation vor. Mit dieser Vorgehensweise werden die sozialmedizinischen Regionalzentren die notwendigen Vorkehrungen (Anstellung von Personal, Suche von Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt) treffen können. Seinerseits wird der Kanton im Rahmen des Globalbudgets für das Gesundheitswesen für die Legislaturperiode 2001-2004 die erforderlichen Budgetbeträge bereitstellen müssen.

Aufgrund der statistischen Daten 2000 erreichen gewisse Sozialmedizinische Zentren für gewisse Personalkategorien die minimalen Normen nicht.

Die nachfolgende Tabelle zeigt pro Sozialmedizinisches Zentrum und pro Personalkategorie die zusätzlichen Budgetbeträge auf, welche mit der zur Erreichung der Minimalnormen

erforderlichen Anstellung von zusätzlichem Personal in Zusammenhang stehen (Daten des Jahres 2000).

Die durchschnittlichen Lohnkosten wurden als Beispiel berechnet, indem pro Kategorie die durchschnittliche Lohnklasse, eine Erfahrung von 10 Jahren sowie Soziallasten von 18% berücksichtigt worden sind.

	Salär + Lohnkosten	Mindest- und Maximallöhne
A) 1 Krankenpfleger	Fr. 81'250.--	von Fr. 55'522.-- bis 70'324.--
B) 1 Sozialarbeiter	Fr. 94'350.--	von Fr. 66'623.-- bis 81'441.--
C) 1 Familienhelferin	Fr. 72'500.--	von Fr. 48'120.-- bis 62'923.--
D) 1 Verwaltungspersonal	Fr. 81'250.--	von Fr. 55'522.-- bis 70'324.--

Für die Krankenpfleger mit Spezialisierung sind die Mindest- und Maximallöhne gleich wie diejenigen der Sozialarbeiter.

Falls das Sozialmedizinische Regionalzentrum die Norm der minimalen Personaldotation bereits erreicht, entfallen zusätzliche Ausgaben für die Einhaltung derselben Norm.

Personalkategorie / SMZR	Krankenpfleger 1 für 1'700 Einw.		Sozialarbeiter 1 für 5'500 Einw.		Familienhelferinnen 1 für 2'500 Einwohner.		Verwaltungspersonal 1 für 10'000 Einw.		Total
	VZ	In CHF	VZ	In CHF.	VZ	In CHF.	VZ	In CHF	
Brig	4.2	341'000	1.3	123'000	2.5	181'000	0	*	645'000
Visp	6.8	552'000	2.2	208'000	5.6	406'000	0	*	1'166'000
Siders	2.8	227'000	2.4	226'000	2.9	210'000	0	*	663'000
Sitten	8.3	674'000	3.3	316'000	0	*	0.25	20'000	1'010'000
Martinach	8.7	707'000	1.5	142'000	4.1	297'000	0.3	24'000	1'170'000
Monthey	7.6	618'000	0.25	24'000	0	*	0	*	642'000
Total	38.4	3'119'000	11.0	1'039'000	15.1	1'094'000	0.55	44'000	5'296'000

Quelle : Lohnskala der Walliser Vereinigung der Sozialmedizinischen Zentren.

Tabelle 7: Zusätzliche Personaldotation und finanzielle Auswirkungen, welche aus den Minimalnormen resultieren (Bezugsdaten 2000).

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen beträgt die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Betriebsausgaben der Sozialmedizinischen Zentren 50% des Überschusses der berücksichtigten Ausgaben. Da zudem die Lohnkosten inklusive Soziallasten nahezu 90% der Betriebsausgaben der Sozialmedizinischen Zentren entsprechen, können die zusätzlichen Kosten für den Kanton jährlich auf insgesamt je 3.0 Millionen Franken geschätzt werden. Für die Gemeinden sind ebenfalls zusätzliche finanzielle Lasten von jährlich rund 3.0 Millionen vorzusehen, indem aufgrund des Gesundheitsgesetzes die Gemeinden sich ebenfalls zu 50% an den Betriebsausgaben der Sozialmedizinischen Regionalzentren beteiligen.

Diese Schätzungen werden angestellt unter der Annahme, dass sämtliche übrige Voraussetzungen (z. B. wird von der Hypothese ausgegangen, dass die Subventionen des BSV in den nächsten Jahren nicht weiter reduziert werden) dieselben sind.

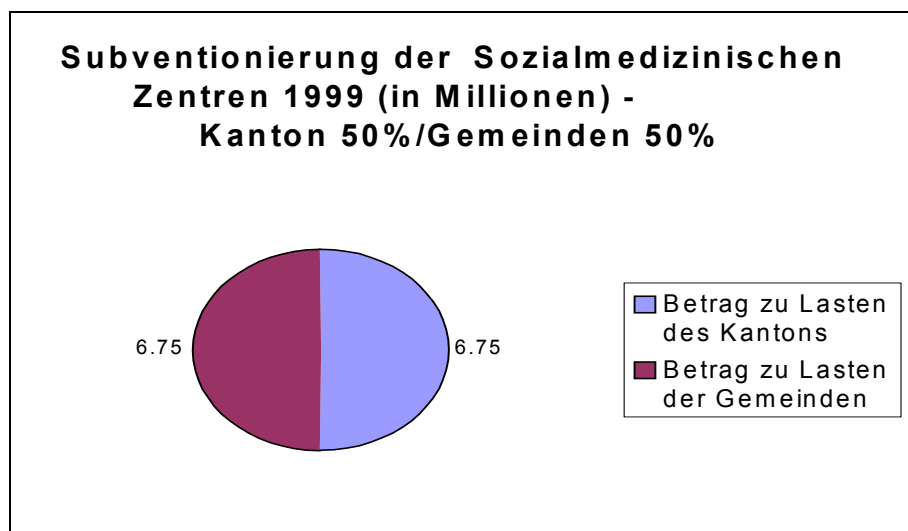
Die Vorschläge, die im Rahmen der Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes formuliert werden und die eine Zunahme des Anteils des Kantons sowie eine Senkung des Anteils der Gemeinden an der Finanzierung vorsehen, würden die zusätzlichen Lasten für die Gemeinden vermindern.

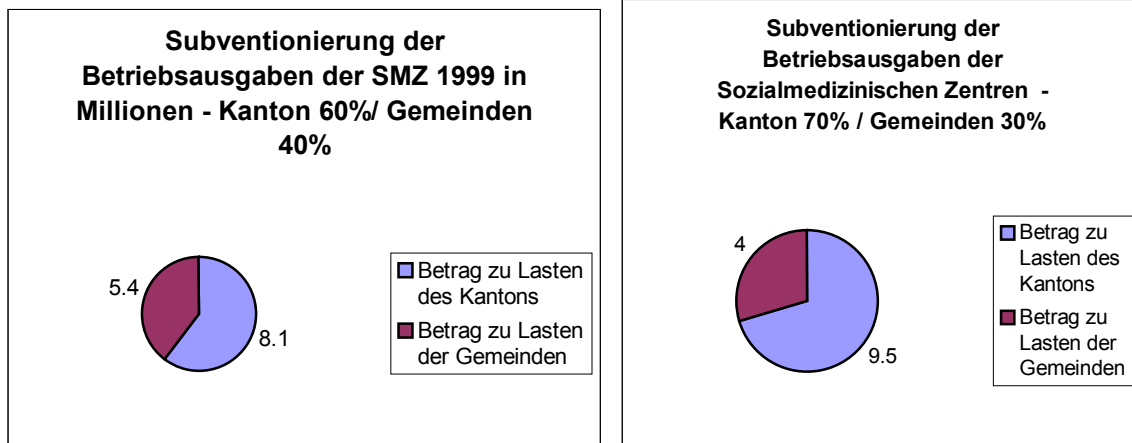
In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass im Jahre 1999 der Kanton die für die Subventionierung der Sozialmedizinischen Zentren vorgesehenen Budgetbeträge nicht vollkommen verwendet hat. Der Kanton gewährte den Sozialmedizinischen Zentren nämlich einen Betrag von CHF 6'738'000.--, obschon das zur Verfügung stehende Budget sich auf CHF 7'400'000.-- belief.

Angesichts der finanziellen Anstrengungen, welche sowohl durch den Kanton und durch die Gemeinden zur Weiterentwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause zu unternehmen sind, ist eine fortschreitende und stufenweise Inkraftsetzung der Mindestpersonalnormen über mehrere Jahren hinweg vorzusehen.

5.3.2.3 Anpassung des Subventionierungssatzes

Über eine allfällige Erhöhung des Subventionierungssatzes der Sozialmedizinischen Zentren könnte indirekt die Weiterentwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause vorangetrieben werden. Die Gemeinden könnten nämlich veranlasst werden, den Sozialmedizinischen Zentren höhere Budgetausgaben zu gewähren und somit zur Entwicklung dieser Tätigkeiten beizutragen, aufgrund der Tatsache, dass sie finanziell entlastet werden:





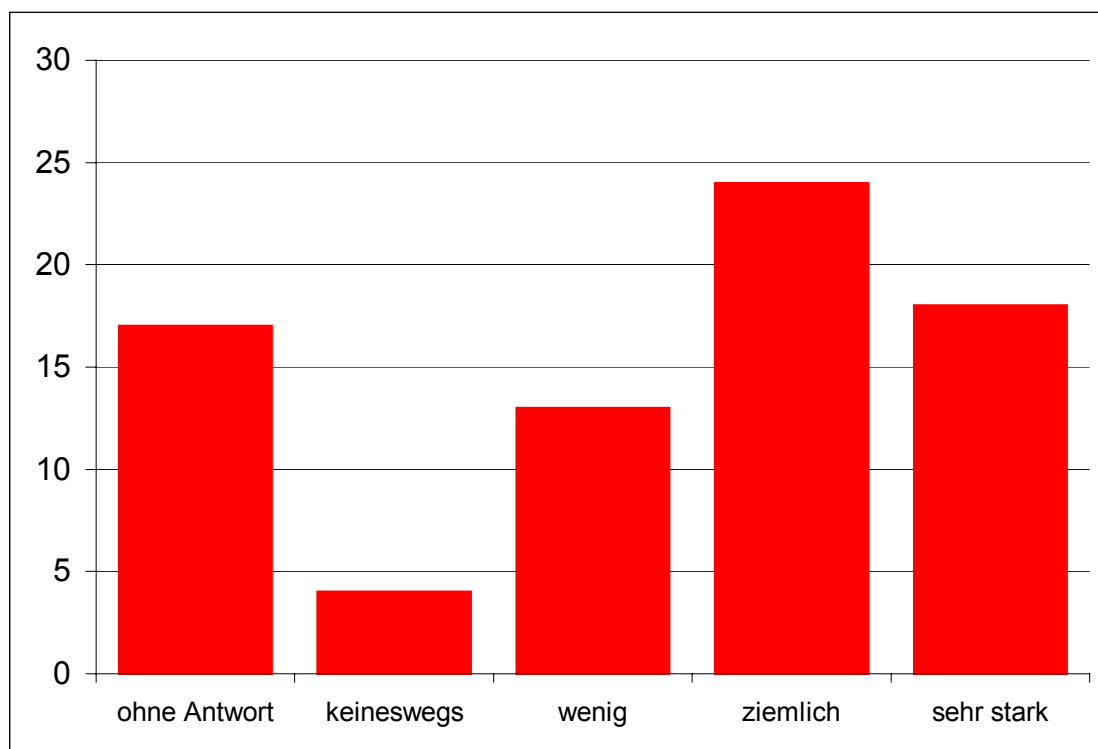
Quellen : Budgetvorgaben 1999.

Abbildungen 13 a, b und c: Finanzielle Beteiligung an den Betriebsausgaben der Sozialmedizinischen Zentren bei einer Erhöhung des kantonalen Subventionierungssatzes.

Es gilt zu erwähnen, dass eine Abänderung des Subventionierungssatzes der Sozialmedizinischen Zentren eine Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes voraussetzt.

5.4 ZWISCHENSTRUKTUREN

Die konsultierten Partner sind der Ansicht, dass die Zwischenstrukturen weiterzuentwickeln sind. Nachfolgend ist eine graphische Darstellung der Antworten auf die Frage aufgeführt, ob regionale Unterschiede in bezug auf die Zwischenstrukturen durch die Weiterentwicklung derselben auszugleichen sind.



Aufgrund der Antworten auf die Vernehmlassung ist eine Entwicklung der Nachtstätten seitens der Partner erwünscht. So sind mehr als die Hälfte der Antwortenden der Ansicht, dass die Errichtung von Nachtstätten für die Betreuung zu Hause und zur Entlastung der Familien sinnvoll oder sehr sinnvoll ist.

In bezug auf die Ferienbetten ist zu erwähnen, dass sie die Aufnahmekapazität der Pflegeheime ergänzen und dass sie für die Betreuung der Patienten eine wichtige Unterstützung darstellen.

Die nachfolgenden Massnahmen sind zu treffen, damit einerseits die Kontinuität der Behandlung der Patienten und andererseits eine Entlastung für die Familien erreicht werden kann, die einen pflegebedürftigen Angehörigen betreuen:

- ✓ Die Pflegeheime müssen veranlasst werden, **Tagesheime** zu errichten, damit eine soziale Integration der pflegebedürftigen Personen während des Tages gewährleistet wird;
- ✓ Im gleichen Sinn sind die Leistungen der **Tagesspitäler** in den verschiedenen Regionen des Kantons weiterzuentwickeln, damit die pflegenden Angehörigen entlastet werden können. Neben dem sozialen Aspekt der Integration können die

Tagesspitäler bei Bedarf eine medizinische und pflegerische Betreuung sicherstellen;

- ✓ Jedes Pflegeheim sollte, je nach Grösse des Heimes, **ein bis zwei Ferienbetten** anbieten, womit die Familien, welche einen pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause betreuen, entlastet werden können. Dabei ist die Finanzierung dieser Ferienbetten zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang sieht der Entwurf zur Revision des kantonalen Gesundheitsgesetzes für die öffentlichen Gemeinwesen die Möglichkeit vor, die Zwischenstrukturen zu subventionieren. Überdies haben die Heimverantwortlichen dafür zu sorgen, dass eine sachgerechte Auslastung dieser Kapazitäten erreicht werden kann, wodurch im Notfall der Zugang zu einem Ferienbett gewährleistet wird.

5.5 PFLEGEHEIME FÜR BETAGTE

5.5.1 ANALYSE DER GEGENWÄRTIGEN SITUATION

5.5.1.1 Entwicklung der Anzahl von Krankentagen im Vergleich zu den übrigen Tätigkeitsbereichen

Eine Analyse der Anzahl von Krankentagen in den Walliser Pflegeheimen im Vergleich zu den übrigen Tätigkeitsbereichen des Walliser Gesundheitssystems (Akutspitäler, Psychatrieanstalten, geriatrische Anstalten sowie Rehabilitationskliniken) zeigt auf, dass während des letzten Jahrzehntes eine markante Zunahme der Tätigkeit der Pflegeheime eingetreten ist, währenddem die Tätigkeit in den Akut- und Psychiatriespitalern bedeutend abgenommen hat und in den Chronischkrankenspitälern stabil geblieben ist.

Entwicklung der Anzahl von Krankentagen

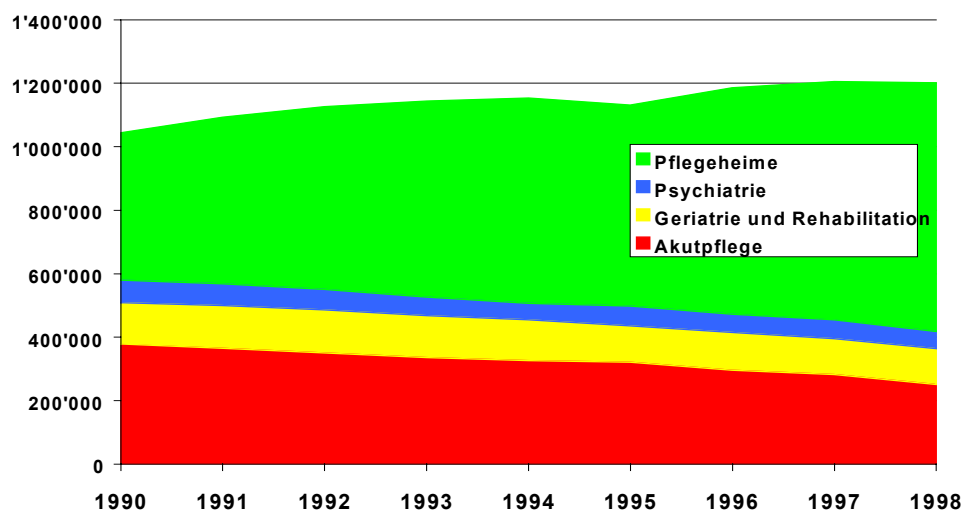


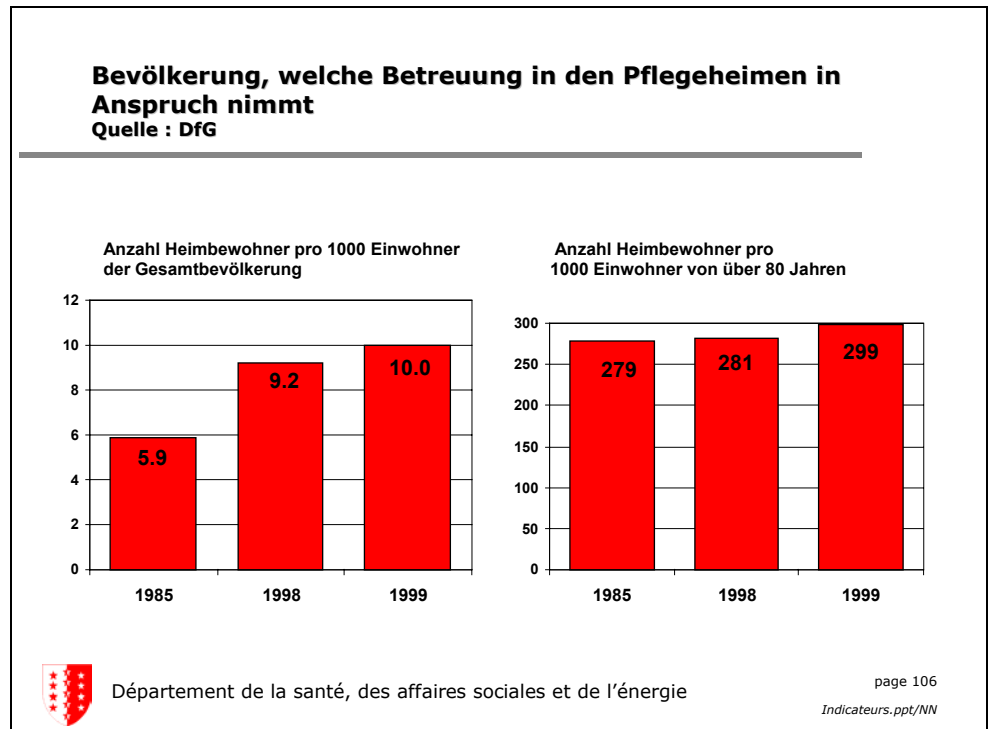
Abbildung 14: Entwicklung der Anzahl von Krankentagen der Pflegeheime im Vergleich zu den übrigen Tätigkeitsbereichen.

5.5.1.2 Aufteilung der Bewohner der Pflegeheime für Betagte nach Altersklassen

Die nachfolgende Abbildung zeigt altersmässig die Struktur der Bevölkerung auf, welche in den Walliser Pflegeheimen betreut wird. Dabei wird insbesondere der hohe Anteil der über 80-jährigen, betagten Personen ersichtlich. Dabei sind für die Analyse die nachfolgenden Aspekte zu berücksichtigen:

Die Anzahl von Patienten pro 1'000 Einwohner, welche in den Walliser Pflegeheimen betreut werden, hat zwischen 1985 und 1998 stark zugenommen.

Unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung mit einer Alterung der Bevölkerung zeigt jedoch die Analyse der Betreuung der Patienten pro 1'000 Einwohner von über 65 Jahren sowie von über 80-Jahren auf, dass die Zunahme der betreuten Bevölkerung weit weniger hoch ausfällt.



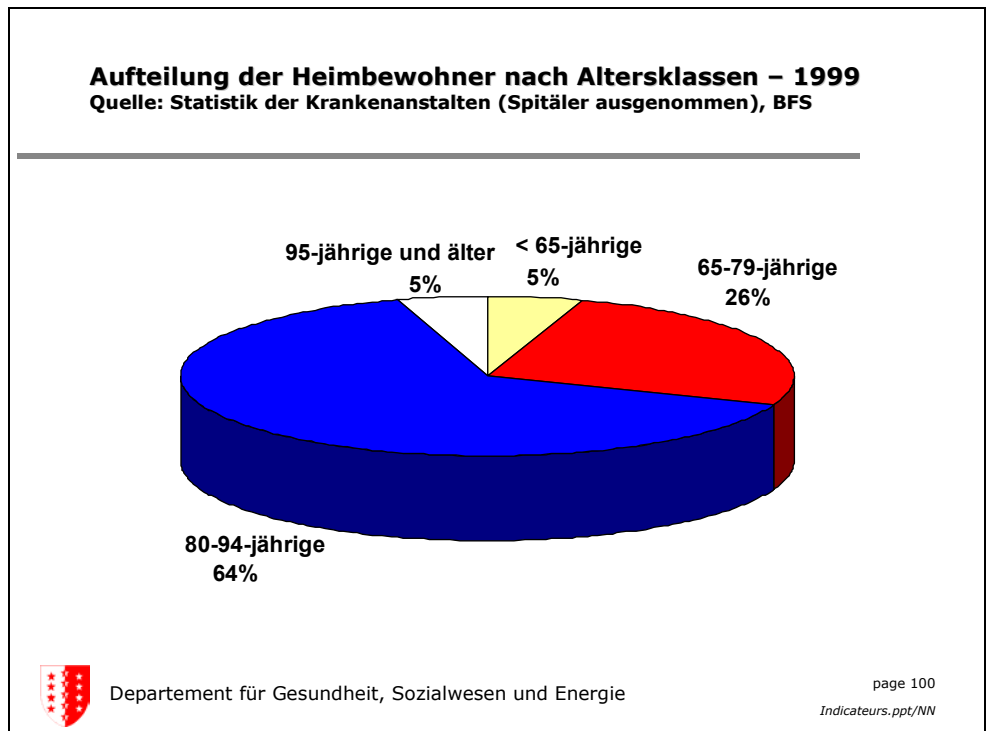
Im Jahre 1998 betrug das durchschnittliche Alter der Patienten bei Eintritt ins Pflegeheim 82 Jahre. Aufgrund der Anzahl von Patienten pro 1'000 über 80-jährigen Einwohner ist festzustellen, dass der Anteil von Patienten, welche zwischen 1985 und 1998 betreut worden sind, nahezu unverändert blieb. Durch die Zunahme der Anzahl von Betten und von Plätzen konnten die Aufnahmekapazitäten in den Pflegeheimen nicht erhöht werden. Lediglich die Auswirkungen der Alterung konnte kompensiert werden.

Mit einer zweiten Abbildung unter diesem Kapitel kann die Verteilung der Heimbewohner pro Altersklasse analysiert werden.

Im Jahre 1997 belief sich der Anteil von über 80-jährigen Heimbewohner auf 67% der Heimbewohner insgesamt. Nur 5% davon sind weniger als 65 Jahre alt.

Insgesamt betrug das Eintrittsalter 1998 82 Jahre.

Die Evaluation der zukünftigen Bedürfnisse sollte im Verhältnis zur über 80-jährigen Bevölkerung vorgenommen werden. In den letzten Jahren nahm die Anzahl von Personen dieser Altersgruppe weit mehr zu als die anderen Bevölkerungsgruppen.

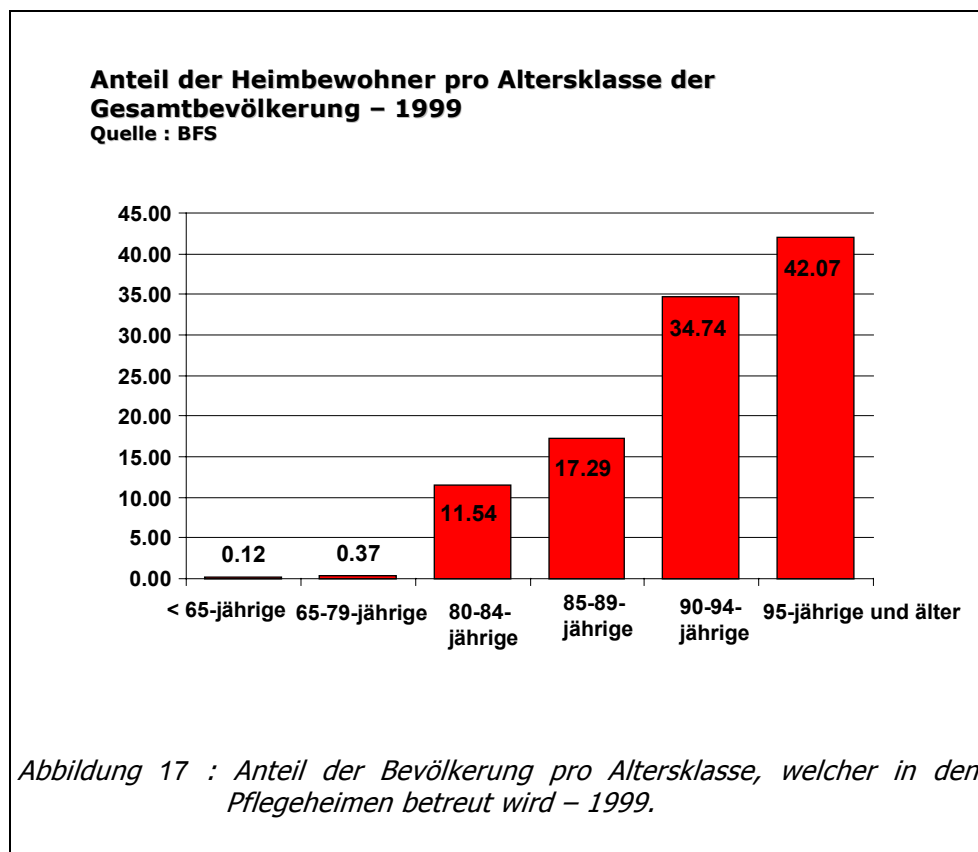


5.5.1.3 Anteil der in den Pflegeheimen betreuten Walliser Bevölkerung pro Altersklassen

Abbildung 16: Verteilung der Heimbewohner pro Altersklassen – 1999 (Quelle : DfG).

Mit der Ermittlung des Bevölkerungsanteils pro Altersklasse, welcher in den Pflegeheimen betreut wird, kann festgestellt werden, welche Altersklassen diese Leistungen stark beanspruchen.

Vor dem 80. Altersjahr nimmt nur 2% der Bevölkerung die Pflegeheime in Anspruch. Ab



dem 80. Altersjahr nimmt dieser Anteil in bedeutendem Masse zu, wobei der Anteil bei den über 95-jährigen 34% beträgt. Schliesslich beläuft sich der Anteil der Heimbewohner weiblichen Geschlechtes auf beträchtliche 71%, währenddem nur 29% der Heimbewohner männlichen Geschlechtes sind (vgl. die nachfolgende Abbildung):

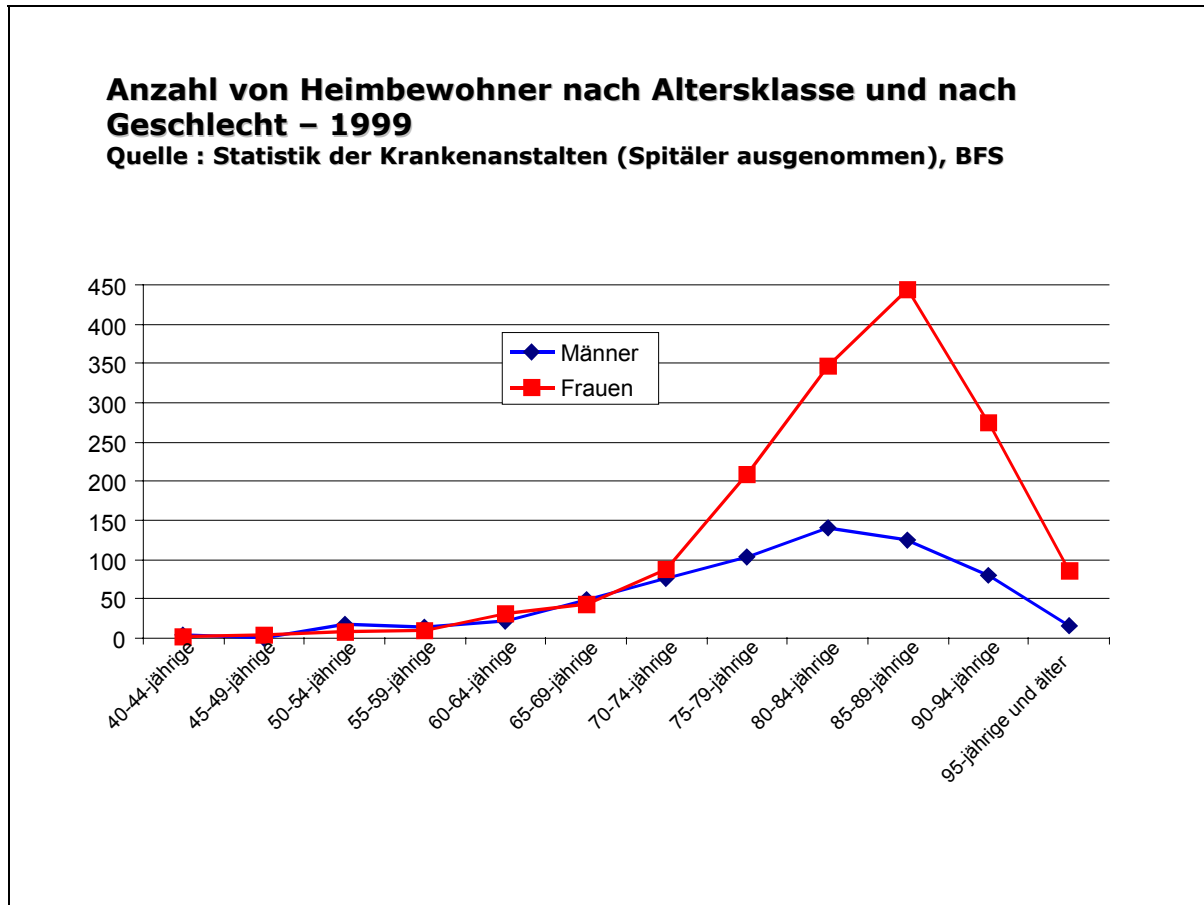


Abbildung 18: Anzahl der Heimbewohner nach Geschlecht und nach Altersklasse 1999.

5.5.1.4 Kategorie der Ein- und Austritte in/aus den Pflegeheimen

Die nachfolgende Abbildung zeigt für den Pflegeheimbereich die Kategorien der Ein- und Austritte auf.

Hauptsächlich zwei Schlüsse können aus der Abbildung gezogen werden:

- ✓ Erstens hat die Anzahl von Patienten stark zugenommen, was sich entsprechend auf die Gesamtzahl der Ein- und der Austritte auswirkt.
- ✓ Zweitens hat bei den Austritten der Anteil der Todesfälle stark zugenommen. Heute sterben über 75% der Bewohner im Pflegeheim.

**Kategorie der Eintritte und der Austritte im Kanton Wallis
- 1985 - 1998 - 1999**
Quelle : BFS

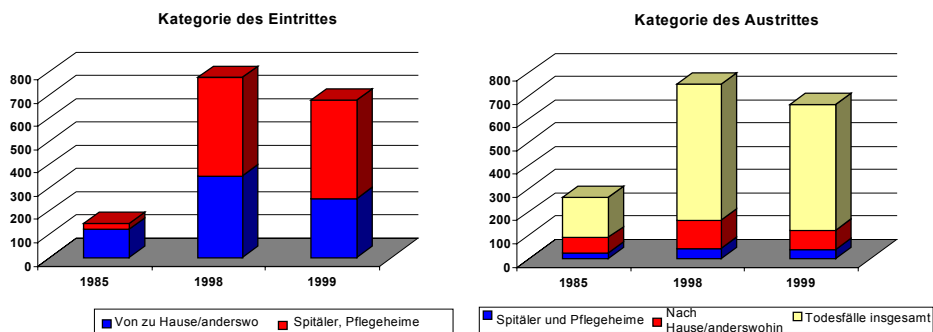
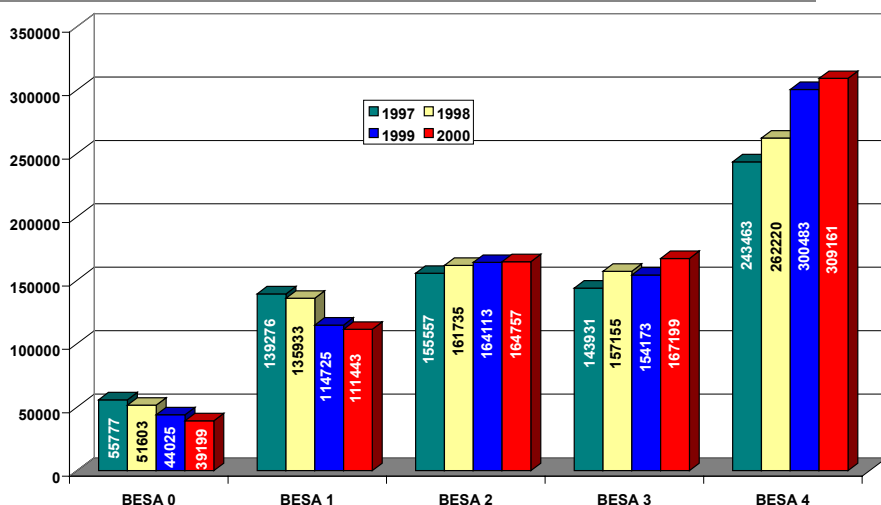


Abbildung 19 : Kategorie der Ein- und der Austritte im Pflegeheimbereich. Quelle: DfG, gemäss den Statistiken des BFS.

5.5.1.5 Schwere der behandelten Fälle

Die nachfolgende Abbildung betreffend die Anzahl der fakturierten Tage in den Pflegeheimen zeigt auf, dass ein bedeutender Anteil der Bewohner mittel- bis schwer pflegebedürftig sind (BESA 3 und 4). Dieser Anteil ist zwischen 1997, 1998, 1999 und vor allem 2000 angestiegen.

**Pflegeheime:
Anzahl von fakturierten Krankentagen**
QUELLE : SSP



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

page 70

Indicateurs.ppt/NN

Abbildung 20: Anzahl der fakturierten Tage nach den Kriterien BESA (DfG).

5.5.1.6 Aufteilung der Finanzierung

Aus der nachfolgenden Abbildung wird die Aufteilung der Finanzierung der öffentlichen Pflegeheime des Kantons Wallis ersichtlich. Mit der Inkraftsetzung des KVG hat der Anteil der Krankenversicherer zugenommen. Die finanzielle Beteiligung der Heimbewohner hat seit 1990 stets zugenommen. Der Anteil der kantonalen Subventionen an der Finanzierung blieb dagegen vergleichsweise bescheiden.

Pflegeheime für Betagte: Aufteilung der Bruttokosten - Wallis

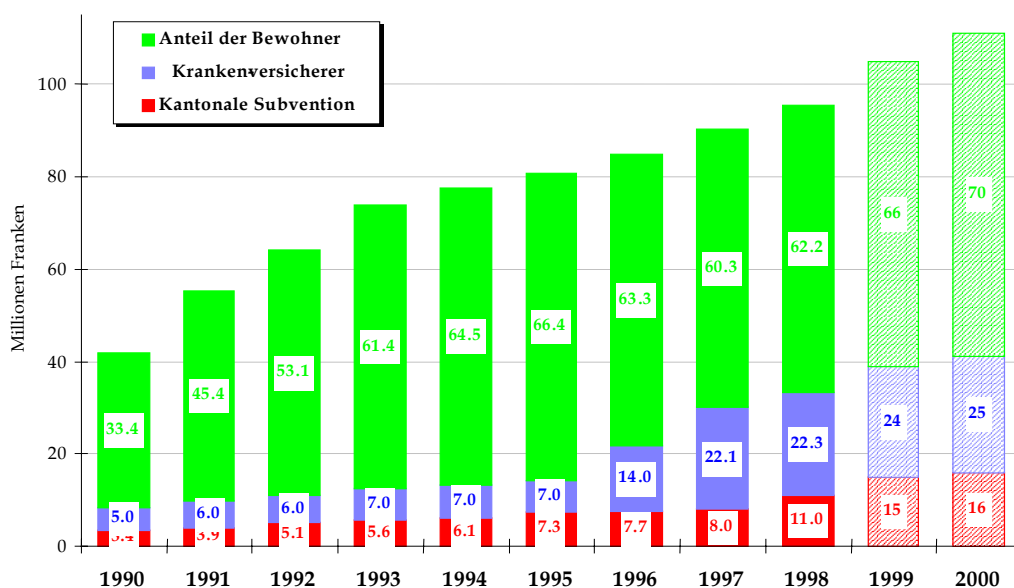


Abbildung 21: Pflegeheime: Aufteilung der Bruttoeinnahmen Wallis. Dienststelle für Gesundheitswesen.

5.5.2 ANPASSUNG DER AUFNAHMEKAPAZITÄT DER PFLEGEHEIME (BETTENNORM)

5.5.2.1 Gegenwärtige Norm an Pflegeheimbetten

Aufgrund der neuesten statistischen Daten des Bundesamtes für Statistik betrug die gesamte Aufnahmekapazität der Walliser Pflegeheime für Betagte im Jahre 1999 2300 Betten.

Aufgrund der Zunahme der Anzahl von betagten Personen führt die stabile Entwicklung der Bettenkapazität zu einer effektiven Abnahme der Betten, welche den betagten Personen zur Verfügung stehen. Unter Berücksichtigung der über 80-jährigen Bevölkerung, welche im Jahre 1998 98% der Heimbewohner entspricht, **ist die Bettennorm trotz einer**

Zunahme der Anzahl betriebener Betten während den letzten drei Jahren gesunken.

Jahre	1997	1998	1999
Bettenzahl im Kanton Wallis	2269	2274	2300
Norm pro 100 Einwohner von 80 Jahren und älter	26.1	25.8	25.5

Aufgrund der Tatsache, dass in den Akutspitäler ein bedeutender Anteil von ungerechtfertigten Krankentagen insbesondere in bezug auf die betagten Personen ermittelt worden sind (mehr als 30% und vor allem im Rahmen der Aufenthaltstage vor dem Austritt), wird die Notwendigkeit aufgezeigt, die Bettenkapazität der Pflegeheime gesamthaft zu erhöhen sowie die Hilfe und Pflege zu Hause weiterzuentwickeln.

Aufgrund einer hohen Aufenthaltsdauer ist die Rotation der Heimbewohner in den Pflegeheimen tief. Deshalb sind auch die Möglichkeiten für die Pflegeheime, neue Bewohner aufzunehmen sehr beschränkt, womit die Notwendigkeit der Anpassung der Aufnahmekapazität in den Pflegeheimen unterstrichen wird.

Schliesslich ist der Bettenmangel im Pflegeheimbereich heute grösser als in der Vergangenheit.

Im Jahre 1997 hat nämlich eine im Kanton Wallis durchgeführte Erhebung aufgezeigt, dass die Wartelisten in den Pflegeheimen für sämtliche 40 Pflegeheime sich auf 564 Anmeldungen beliefen. Im Jahre 2000 wird aufgrund einer ähnlichen Befragung ersichtlich, dass bezogen auf 30 Pflegeheime 1007 Anmeldungen vorgenommen worden sind, wovon 85 Personen derzeit in Geriatriespitäler betreut werden, 159 durch die Hilfe und Pflege zu Hause sowie 135 in einer anderen Kategorie von Anstalt. Aufgrund der Angaben der 10 Heime, welche nicht an der Befragung teilgenommen haben, gibt es zusätzlich noch weitere 194 Anmeldungen, womit das Total gesamtkantonal auf 1'201 zu stehen kommt. Wenngleich dieser Indikator überschätzt wird, indem gewisse Patienten zu Hause betreut werden könnten oder sich gleichzeitig bei mehreren Pflegeheimen anmelden, ist die Anzahl der angemeldeten Personen symptomatisch für die bedeutende Nachfrage nach Leistungen. Es ist insbesondere festzustellen, dass innerhalb von drei Jahren die Anzahl von Anmeldungen sich verdoppelt hat.

Auf die Frage « *Verfügen Sie über ein Ferienbett, damit den Bedürfnissen von dringender Platzierung und/oder von vorübergehender Aufnahme gerecht werden kann?* », haben die 30 an der Befragung teilnehmenden Pflegeheimen wie folgt geantwortet:

Keine Antwort	Kein Bett	1 Bett	Mehr als 1 Bett
1	21	6	2

Derzeit gibt es gesamtkantonal 13 Ferienbetten für dringende Platzierungen und /oder für eine vorübergehende Aufnahme. Diese Anzahl ist zur Deckung der dringenden Bedürfnisse sowie zur vorübergehenden Entlastung von gewissen Familien unzureichend. Es gilt insbesondere darauf hinzuweisen, dass die vorübergehende Betreuung im Pflegeheim die Periode der Versorgung durch die Hilfe und Pflege zu Hause verlängern kann.

5.5.2.2 Zukunftsperspektiven

Da 98% der Heimbewohner über 80 Jahre alt sind, ist die durch die Planung definierte Bettennorm für die Pflegeheime aufgrund dieser Altersklasse festzulegen.

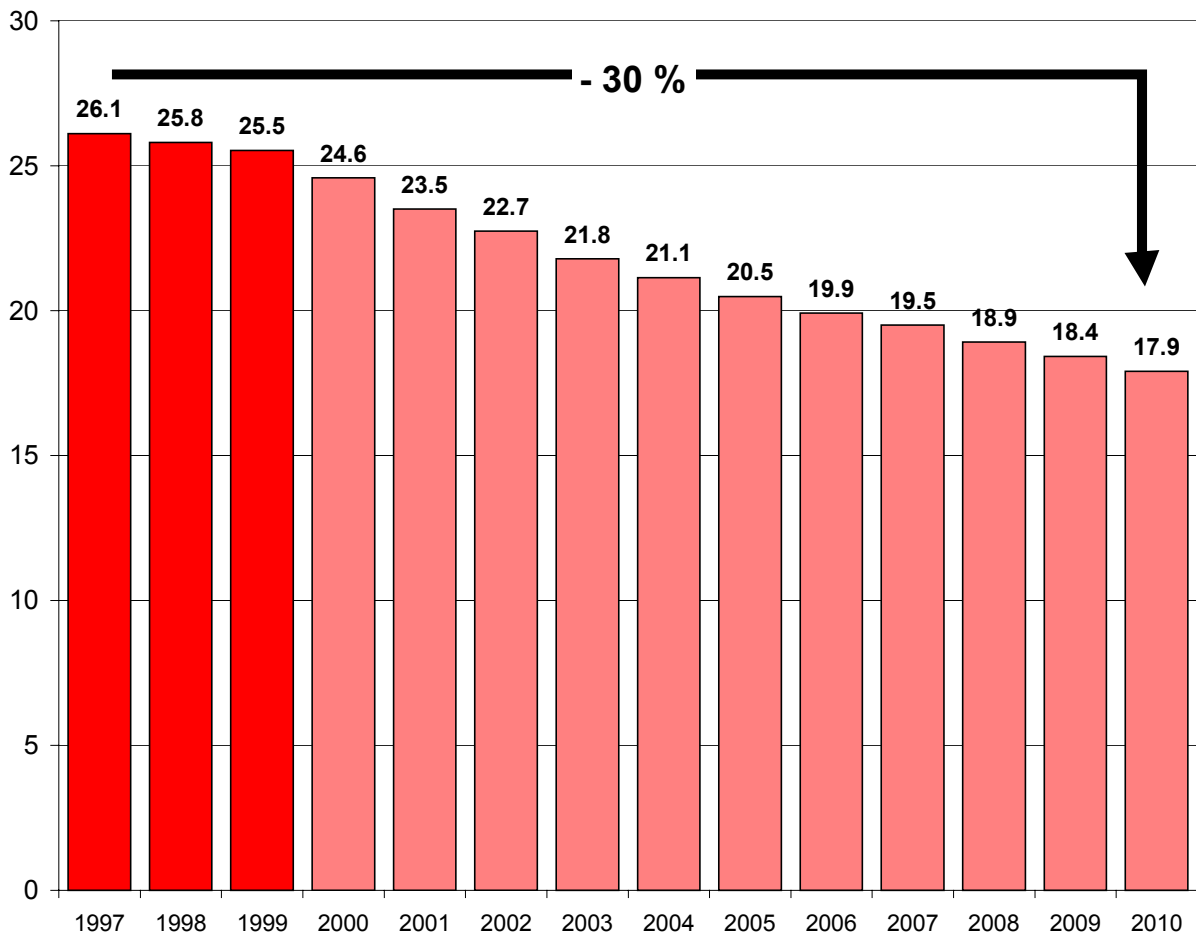
Die zukünftige Bettennorm für den Pflegeheimbereich pro 100 Einwohner von über 80 Jahren kann aufgrund von verschiedenen Hypothesen festgelegt werden:

Variante 1: Stabilisierung des gegenwärtigen Angebots an Pflegeheimbetten und Versorgung durch andere Mittel (Pflege zu Hause, Zwischenstrukturen ...)

- ✓ Die Indikatoren deuten gegenwärtig auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung hin und es kann von der Annahme ausgegangen werden, dass die betagten Personen inskünftig infolge eines verbesserten Lebensstandards im Durchschnitt etwas weniger pflegebedürftig sein werden als heute.
- ✓ Neben der traditionellen Vision der Platzierung der betagten Personen in den Pflegeheimen sollte die Betreuung zu Hause (Hilfe und Pflege) als eine sinnvolle Lösung für die Betreuung der betagten Personen dargestellt werden.
- ✓ Aufgrund von neuesten Studien (insbesondere Hagmann, L'Alive d'Épinay und andere), wünschen die betagten Personen grösstenteils (zu über 70%) zu Hause zu bleiben; dieser Trend wird sich mit dem erhöhten Lebensstandard sowie mit dem verbesserten Gesundheitszustand weiter fortsetzen.

Die Stabilisierung in den nächsten Jahren der Anzahl von Pflegeheimbetten auf 2'300 Einheiten (d. h. auf die Anzahl von Betten, welche im Jahre 1999 registriert worden sind), hätte einen sehr bedeutenden Abbau des Angebotes für die über 80-jährigen Personen zur Folge und würde demnach die demographische Alterung nicht berücksichtigen. Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, dass bis ins Jahre 2010 aufgrund der Prognosen des BFS für die Entwicklung der Bevölkerung des Kantons Wallis, die Anzahl der verfügbaren Betten pro 100 Einwohner von über 80 Jahren um 30% abnehmen wird.

Variante 1 : Anzahl von Pflegeheimbetten pro 100 über 80-jährigen Einwohner im Fall einer Stabilisierung auf den Stand der 1999 registrierten Betten



Wird ein solches Szenario ausgewählt, müssen gewisse Rahmenbedingungen geschaffen werden, nämlich:

- ✓ In den sechs Gesundheitsregionen des Kantons sind **die Dienstleistungen der Hilfe und Pflege zu Hause weiterzuentwickeln**, damit die betagten Personen versorgt werden können, welche nicht in den Pflegeheimen betreut werden.
- ✓ In den sechs Gesundheitsregionen des Kantons sind **Zwischenstrukturen wie die gemeinschaftlichen Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung** aufzubauen;
- ✓ **Die Sicherheit zu Hause ist zu fördern** (Secutel. usw. damit der Benützer unter den bestmöglichen Bedingungen zu Hause leben kann) ;
- ✓ Die **nachbarschaftlichen Beziehungen zugunsten der Benützer sind zu fördern**, so wie die formelle (zum Beispiel über die Aushilfen) und informelle Hilfe (Nachbarschaft) ;
- ✓ Die **Tätigkeiten im Bereich der Prävention** sind weiterzuentwickeln, insbesondere in bezug auf die Ernährung und auf die Verhütung der Einsamkeit;

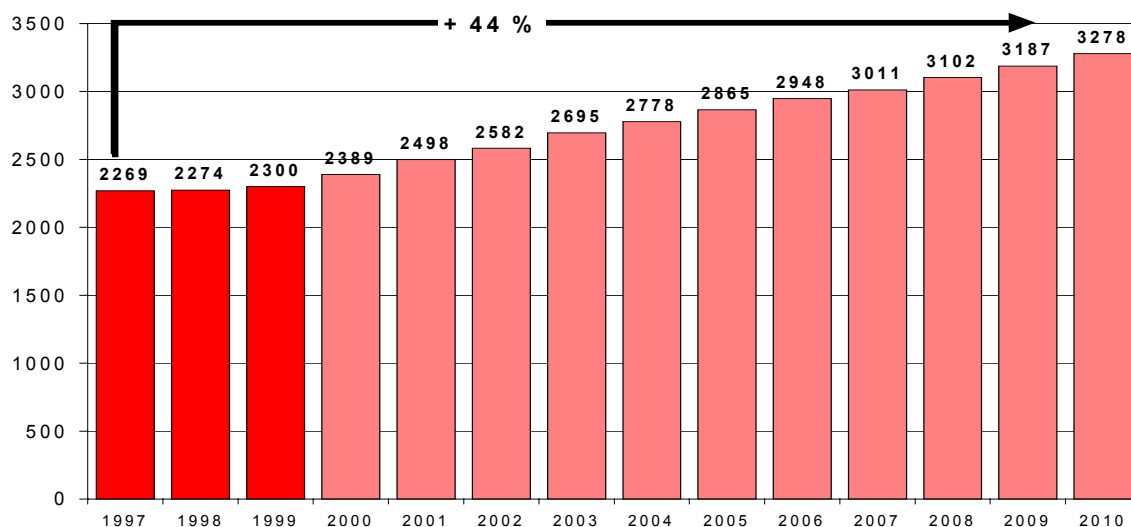
- ✓ Die **Tagesheime** sind weiterzuentwickeln;
- ✓ In sämtlichen Pflegeheimen des Kantons **sind Ferienbetten** vorzusehen.

Variante 2 : Anpassung des gegenwärtigen Bettenangebotes auf die Norm von 25.5 Betten pro 100 Einwohner von über 80 Jahren (1999)

- ✓ Obschon der Gesundheitszustand der Bevölkerung sich verbessert, tritt diese Entwicklung langsam ein, indem die Veränderung der Lebensweisen viel Zeit in Anspruch nimmt. Die Anzahl von betagten Personen nimmt sehr stark zu. Noch vor kurzem evaluierten die Gesundheitsbehörden die Bedürfnisse aufgrund der über 65-jährigen Bevölkerung. Heute erfolgt die Betreuung von betagten Personen von unter 80 Jahren in Pflegeheimen immer seltener, womit die Berechnung der Normen aufgrund der über 80-jährigen Bevölkerung durchgeführt wird.
- ✓ In den Akutspitälern haben die Krankentage innert 10 Jahren um 30% abgenommen, was teilweise die Inanspruchnahme der Pflegeheimbetten erklärt. Die Geriatriespitäler haben infolge einer Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 104 Tagen im Jahre 1990 auf 39 Tagen im Jahre 1998 mehr Patienten aufnehmen können. Aufgrund der Entwicklung der Betreuung wird nämlich ersichtlich, dass die bis anhin in den Spitälern versorgten Patienten heute in den Pflegeheimen betreut werden. Gleichzeitig hat die Anzahl von Betten in den Pflegeheimen nur wenig zugenommen, womit die ungerechtfertigten Krankentage in den Spitälern heute nur schwer zu reduzieren sind.
- ✓ Damit sowohl den Bedürfnissen der Personen gerecht werden kann, die nicht mehr in den Spitälern versorgt werden können und unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung sollte das Angebot an Pflegeheimbetten bei der gegenwärtigen Norm belassen werden.

Der Beibehalt des gegenwärtigen Angebots gemäss Erhebung von 1999 mit einer Norm von 25.5 Betten pro 100 Einwohner von über 80 Jahren hätte eine sehr starke Zunahme der Gesamtzahl von Betten im Kanton zur Folge, wie die nachfolgenden Abbildung aufzeigt:

Variante 2 : Anzahl der Betten, welche für eine Stabilisierung der 1999 registrierten Bettennorm pro 100 Einwohner von über 80 Jahren notwendig sind



Variante 3: Berücksichtigung (teilweise) der Alterung der Bevölkerung in den Pflegeheimen und Entwicklung von anderen Strukturen, damit dem gesamten Bedarf entsprochen werden kann.

Damit sowohl die demographische Entwicklung, der Bedarf in Zusammenhang mit der Entwicklung der Tätigkeit in den Spitälern sowie der verbesserte Gesundheitszustand der betagten Bevölkerung berücksichtigt werden können, besteht die sinnvollste Lösung darin, die Aufnahmekapazitäten und Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Institutionen weiter zu verbessern. Demnach ist die Aufnahmekapazität in den Pflegeheimen zu erhöhen. Zudem sind die Hilfe und Pflege zu Hause und Zwischenstrukturen weiterzuentwickeln.

Die Pflegeheime verfügen heute über 2300 Betten, wovon mindestens 690 (30 Pflegeheime von 40) durch Patienten besetzt werden, die an Demenz leiden. Die betreuten Patienten benötigen überdies vermehrt Pflege. Dementsprechend ist die Hilfe und Pflege zu Hause weiterzuentwickeln für diejenigen Patienten, welche zu Hause bleiben wünschen.

Die Pflegeheime nehmen derzeit auch eine gewisse Anzahl von Patienten unter 80 Jahren auf. Dabei sind insbesondere die körperlich und geistig behinderten Personen sowie die an psychiatrischen Erkrankungen leidenden Personen zu erwähnen. Dieser Faktor wirkt sich ebenfalls auf die Evaluation der Bedürfnisse an Pflegeheimbetten aus.

Hypothesen der Variante 3

Der Variante 3 liegen insbesondere die nachfolgenden beiden Hypothesen zugrunde:

Planung in drei Phasen

- Anpassung der Kapazität an Pflegeheimbetten durch die Schaffung von neuen Betten, und zwar 200 Einheiten (Phase 1).
- Anerkennung der heute nicht anerkannten, aber bereits betriebenen 144 Betten (Phase 2)
- Stabilisierung der Bettenzahl (ab 2010)

Diese Phasen werden nachfolgend eingehend dargelegt.

Berücksichtigung der Unterscheidung zwischen betriebenen und geplanten Betten

Das Szenario 3 berücksichtigt den gegenwärtigen Unterschied zwischen betriebenen und geplanten Betten.

Zukünftige Situation - Zeithorizont bis 2010 und danach

Die Variante 3 sieht im Vergleich zur vorangehenden Variante eine weniger ausgeprägte Zunahme der Anzahl von Pflegeheimbetten bis 2010 vor. Die nachfolgende Abbildung zeigt diese Variante auf:

Entwicklung der Anzahl von geplanten, öffentlichen und privaten Pflegeheimbetten von 1999 bis 2010 mit einer Reduktion der Bettennorm um 23%

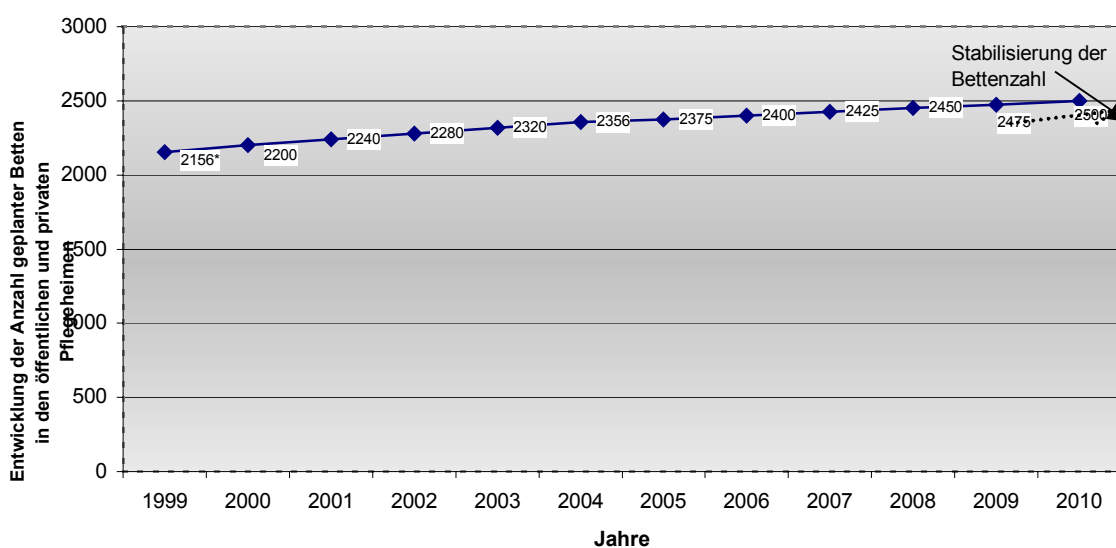


Abbildung 22: Entwicklung der Anzahl Pflegeheimbetten gemäss Variante 3, DfG.

Für die Zukunft sind die nachfolgenden drei Phasen der Planung vorzusehen :

Erste Phase der Planung : Anpassung der Aufnahmekapazität durch die Schaffung von neuen Pflegeheimbetten

In einer ersten Phase ist **eine Anpassung der Aufnahmekapazität der Pflegeheimbetten durch die Schaffung von insgesamt 200 Betten** vorzunehmen, wobei die Aufteilung aufgrund der differenzierten Bedürfnisse pro Region zu erfolgen hat, nämlich:

Oberwallis : 100 Betten

Das Oberwallis und insbesondere die Region Brig ist von einem Mangel an Pflegeheimbetten betroffen, den es zu beheben gilt.

Zentralwallis und insbesondere die Region Sitten : 70 Betten

Im Zentralwallis ist insbesondere die Region Sitten von einem gewissen Bettenmangel betroffen. Die kantonale Bedarfsplanung der Pflegeheimbetten hat diesem Umstand Rechnung zu tragen.

Unterwallis: 30 Betten

Das Unterwallis ist als Region von der Notwendigkeit, die Kapazität an Pflegeheimbetten anzupassen, am wenigsten betroffen.

Praktische Modalitäten

Soweit möglich sind die Anpassungen durch den Ausbau von bestehenden Infrastrukturen vorzunehmen. Diese Feststellung gilt insbesondere für das Zentral- sowie für das Unterwallis. Im Oberwallis hingegen ist vorrangig in der Gesundheitsregion Brig gemäss regionaler Planung der Bau eines neuen Pflegeheimes oder eines Traktes in unmittelbarer Nähe eines bestehenden Heimes vorzusehen.

2. Phase der Planung: Anerkennung der gegenwärtig betriebenen, zusätzlichen Betten (144), welche heute im Rahmen der Planung noch nicht berücksichtigt werden.

Im Rahmen der zweiten Phase der Planung sind die heute 144 betriebenen aber im Rahmen der Planung noch nicht berücksichtigten Betten etappenweise anzuerkennen. Dabei handelt es sich gegenüber der ersten Planungsphase hierbei um eine 2. Priorität. Mit dieser Vorgehensweise werden die Verantwortlichen der Pflegeheime davon abgehalten, im Vergleich zu den anerkannten Betten zusätzliche Aufnahmekapazitäten zu schaffen. Dementsprechend wird das Departement in der Lage sein, eine Kontrolle über die zukünftige Bettenkapazität der Pflegeheime auszuüben.

Die Zuteilung der neuen Betten sowie die Anerkennung der gegenwärtig betriebenen, zusätzlichen Betten haben unter Berücksichtigung der einheitlichen kantonalen Bettennorm pro Gesundheitsregion zu erfolgen. Dabei ist im Rahmen der Vollzugsmodalitäten auf eine gewisse Flexibilität zu achten.

3. Phase der Planung der Pflegeheimbetten: nach 2010

Nach 2010 sollte aufgrund der Eindämmung der Morbidität, der Wünsche der betagten Personen sowie der Weiterentwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause (insbesondere über die Mindestpersonalnormen) eine Stabilisierung der Pflegeheimbetten realisiert werden können.

Auswirkungen auf die Norm der geplanten Pflegeheimbetten

Schliesslich können die Auswirkungen auf die Norm der geplanten Betten pro 100 Einwohner von über 80 Jahren wie folgt erläutert werden :

Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, die Anzahl von geplanten Betten pro 100 Einwohner

bis ins Jahre 2010 kontinuierlich abnimmt. Mit der ab 2010 vorgesehenen Stabilisierung der Pflegeheimbetten wird die Norm noch markanter abnehmen.

**Entwicklung der Norm an geplanten Pflegeheimbetten pro 100
Einwohner von über 80 Jahren infolge einer Anpassung der
Gesamtzahl von Betten
(1999:2156 geplante Betten/2010:2500 geplante
Betten./Variante 3)**

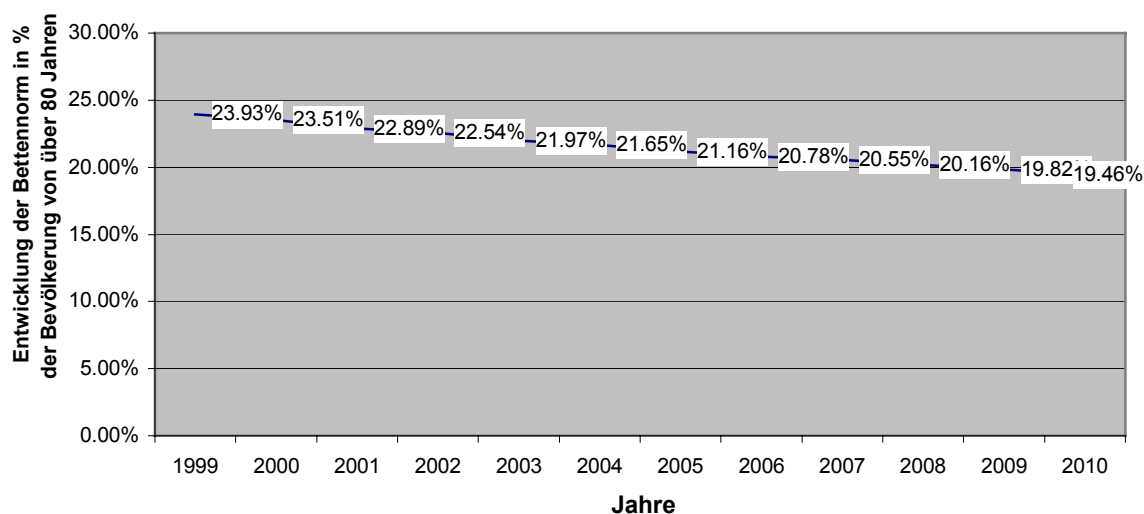


Abbildung 23: Entwicklung der Bettennorm im Verhältnis zur Bevölkerung von über 80 Jahren gemäss Variante 3.

Eine derartige Lösung ist jedoch unbedingt durch Massnahmen zur Förderung der Hilfe und Pflege zu Hause sowie zur Schaffung von entsprechenden Strukturen durch die Regionen zu begleiten.

Abschliessend ist folgendes festzuhalten: die Anerkennung von 200 zusätzlichen Betten sowie in einer zweiten Etappe von 144 Pflegeheimbetten, welche gemäss der Statistik des BFS 1999 bereits heute betrieben werden, hat mit Flexibilität und unter Berücksichtigung der Bettennorm pro Gesundheitsregion zu erfolgen.

5.5.2.3 Zukünftige Investitionen im Bereich der Pflegeheime

Die Walliser Pflegeheime sind mehrheitlich zwischen dem Jahre 1970 und dem Beginn der 90er-Jahre erbaut worden. Dementsprechend werden in den nächsten Jahren im Bereich der Investitionen bedeutende Anstrengungen zu unternehmen sein, damit diese Infrastrukturen renoviert oder ersetzt werden können.

5.5.2.4 Schaffung von Abteilungen mit Wartebetten in den 6 Akutspitälern

Aufgrund der gegenwärtigen, ausgeprägten Bedürfnisse in bezug auf die Platzierung im Pflegeheim sowie zur Gewährleistung der Kontinuität der Behandlung zwischen dem Spitalaufenthalt und den Pflegeheimen ist die Schaffung von Abteilungen mit Wartebetten sinnvoll. Dabei scheinen Abteilungen mit je 10 bis 15 Betten pro Gesundheitsregion bedarfsgerecht zu sein, welche zur Erreichung von Synergien in den Spitäler anzusiedeln sind.

In Bezug auf die Finanzierung dieser Abteilungen ist das Departement bereit, eine finanzielle Beteiligung von rund CHF 35.— pro Aufenthaltstag zu gewähren. Dabei handelt es sich im vorliegenden Fall um eine Tagespauschale und nicht um eine Defizitdeckung durch den Kanton. Was die finanzielle Beteiligung der Patienten anbelangt, ist die Tagespauschale so festzusetzen, dass sie nicht allzu sehr vom Pensionspreis in den Pflegeheimen abweicht. Mit dieser Vorgehensweise wird gewährleistet, dass die Gleichbehandlung gegenüber den in den Pflegeheimen betreuten, betagten Personen sichergestellt wird.

5.5.3 REVISION DER RICHTLINIEN FÜR DEN ERHALT EINER BETRIEBSBEWILLIGUNG ALS PFLEGEHEIM FÜR BETAGTE

5.5.3.1 Notwendigkeit, die Richtlinien für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheim für Betagte zu revidieren

Eine Revision der Richtlinien von 1998 ist vorzusehen, indem die Minimalnorm von 0.3 Posten an Pflegepersonal pro bewilligtes Bett die Pflegebedürfnisse nicht zur Genüge deckt. Diese Revision der kantonalen Richtlinien ist aus nachfolgenden Gründen absolut notwendig:

- In den Pflegeheimen wird seit mehreren Jahren eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit der Bewohner festgestellt.
- Die Norm, welche gegenwärtig in Kraft ist, deckt den Bedarf an Personaldotation der Pflegeheime nicht, indem deren Bewohner in der Mehrzahl in den BESA-Kategorien 3 oder 4 eingestuft sind;
- Gemäss der Typologie der Gesundheitsinstitutionen, welche durch das BFS erarbeitet wird und welche als Richtlinie dienen kann, beläuft sich die Anzahl spezialisiertes Personal pro Patient in den Pflegeheimen auf 0.6; aufgrund der Aufteilung der Bewohner in BESA-Kategorien wird ersichtlich, dass mehr als 60% der Bewohner der Pflegeheime in der Kategorie 3 oder 4 eingestuft werden;
- Ein interkantonaler Vergleich zeigt auf, dass der Kanton Wallis gegenwärtig eine sehr tiefe Norm aufweist, indem die meisten Kantone höhere Normen (zwischen 0.6 und 0.8 Posten an Pflegepersonal pro Heimbewohner) vollziehen;
- Die Definition der Norm an Pflegepersonal hat die Arbeitszeit zu berücksichtigen, die für die Aus- und Fortbildung aufgewendet wird. Dazu ist die Arbeit der Pflegedienstleiter insbesondere in den grösseren Pflegeheimen hauptsächlich der Organisation sowie der Personalführung gewidmet.

Aus all diesen Gründen ist die Anpassung der Minimalnorm an Pflegepersonal vorzunehmen, wobei eine Norm von 0.6 Posten pro anerkanntes Bett angezeigt ist.

5.5.3.2 Vollzugsmodalitäten

Die beiden nachfolgenden Abbildungen zeigen auf, welches Pflegepersonal notwendig sein wird, damit die Heimbewohner unter Berücksichtigung der Anzahl bewilligter Betten sowie der Schwere der behandelten Fälle betreut werden können.

In bezug auf den letztgenannten Einflussfaktor verdeutlicht die Graphik unter Punkt 5.5.1.5., dass die Anzahl schwerpflegebedürftiger Fälle (BESA 3 und 4) tendenziell zunimmt, währenddem die Anzahl von leichtpflegebedürftigen Fälle (BESA 0 und 1) sinkt. Gleichzeitig scheint die Entwicklung der Heimbewohner in der Kategorie BESA 2 stabil zu verlaufen. Dementsprechend wird von der Annahme ausgegangen, dass die erwähnten Tendenzen sich mittelfristig fortsetzen werden.

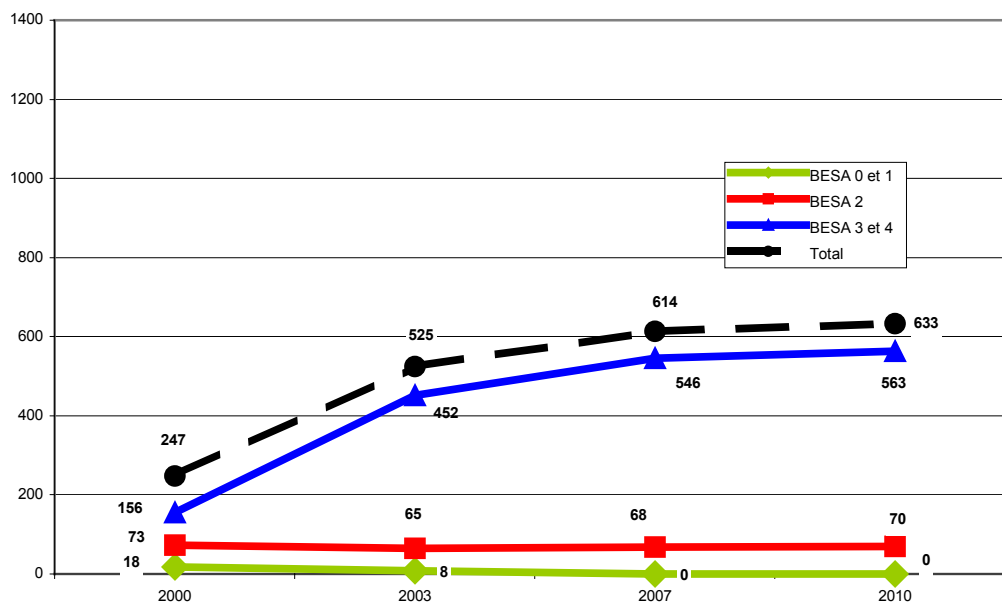
Es ist an die Tatsache zu erinnern, dass der Heimbewohner in der Kategorie BESA 0 keine Pflegeleistungen in Anspruch nimmt, währenddem eine Person in der Kategorie BESA 4 täglich mehr als zwei Stunden Pflege benötigt. Dementsprechend wurden für die Berechnung der Anzahl von notwendigen Stellen verschiedene Normen verwendet.

Für die Kategorien BESA 0 und 1 ist wenig Personal vorzusehen, indem diese Patienten wenig oder gar keine Pflege benötigen. Indes ist für die Kategorien BESA 2, 3 und 4 eine Personaldotation im Pflegebereich vorzusehen, damit der Schwere der behandelten Fälle entsprochen werden kann. In bezug auf die Fälle der Kategorie BESA 4 rechtfertigt sich die hohe Norm aufgrund der Tatsache, dass die erwähnten Patienten hauptsächlich von den Geriatriespitalern transferiert worden sind. Als Beispiel ist anzuführen, dass die Klinik St-Amé in St-Maurice eine Dotation an Pflegepersonal von 1.0 pro Patient aufweist. Es scheint sinnvoll, dass die Pflegeheime über eine gleichwertige Personaldotation verfügen können.

Es ist festzuhalten, dass die nachfolgenden Abbildungen zwischen den diplomierten Krankenschwestern und den Krankenpflegerinnen mit FA der SRK und dem übrigen Pflegepersonal unterscheiden. Dies ist auf die Notwendigkeit zurückzuführen, dass gemäss den Richtlinien die erstgenannten Pflegeberufe einem Anteil von mindestens einem Drittel des Pflegepersonals entsprechen müssen.

Schliesslich ist im Rahmen der fortschreitenden Inkraftsetzung der vorerwähnten Richtlinien den Pflegeheimen eine Frist zu gewähren, damit sie sich den neuen Anforderungen anpassen bzw. das erforderliche, ausgebildete Personal anstellen können.

Anzahl des erforderlichen Bestandes an Krankenschwester und Krankenpflegerinnen mit FA des SRK für die Pflegeheime



Anzahl des erforderlichen Bestandes an übrigem Pflegepersonal in den Pflegeheimen

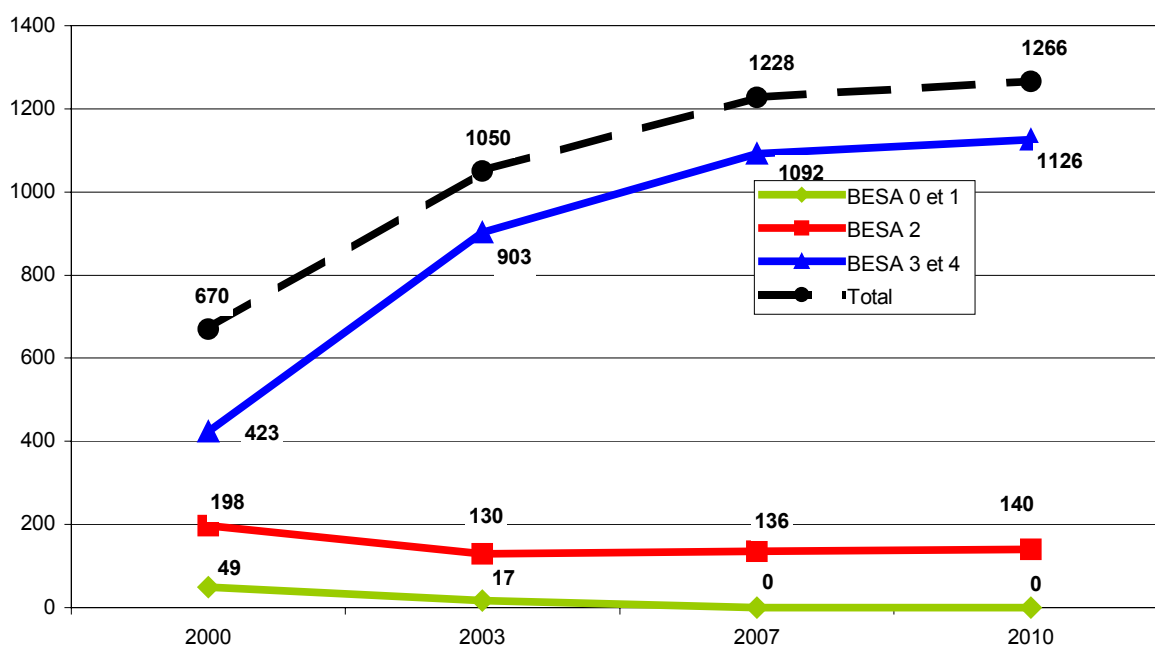


Abbildung 24: Anzahl des erforderlichen Bestandes an Pflegepersonal in den Pflegeheimen.

5.5.4 BEDARFSABKLÄRUNG IN BEZUG AUF DIE ÜBRIGEN PFLEGEEINRICHTUNGEN FÜR BETAGTE

5.5.4.1 Allgemeines

Es ist daran zu erinnern, dass derzeit fünf übrige Pflegeeinrichtungen für Betagte über eine Betriebsbewilligung verfügen, nämlich diejenigen von Leukerbad, Visperterminen, Mörel, Guttet sowie Ardon mit einer Aufnahmekapazität von insgesamt 40 Betten.

5.5.4.2 Vor- und Nachteile der übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte

Die übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte, zu welchen die betreute Pflegewohnungen gehören, weisen eine gewisse Anzahl von Vor- und Nachteile auf, die nachfolgend aufgelistet werden:

VOR- UND NACHTEILE DER ÜBRIGEN PFLEGEEINRICHTUNGEN FÜR BETAGTE

<u>Vorteile</u>	<u>Nachteile</u>
<ul style="list-style-type: none"> - „<i>Small is Beautiful</i>“ dieses Sprichwort könnte auf die übrigen Pflegeeinrichtungen anwendbar sein; - Die in Bergdörfern wohnhafte, leicht- bis mittel pflegebedürftige, betagte Bevölkerung kann vor Ort betreut werden, die gesellschaftliche Integration ins Dorfleben wird erleichtert. - Verdienstmöglichkeit für die örtlich ansässige Bevölkerung, welche heute bereits einen hohen Anteil an betagten Personen aufweist - Bundessubventionen (BSV) können bezogen werden (gegenwärtig 28% der Löhne), da die Hilfe- und Pflegeleistungen durch das SMZ erbracht werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn die Pflegebedürftigkeit der Bewohner zunimmt, fehlt es der Institution aufgrund der beschränkten Anzahl von Patienten an Pflegepersonal. Die schwer pflegebedürftigen Patienten müssen demnach in ein anderes Heim verlegt werden, was unter dem menschlichen Gesichtspunkt, infolge der geringeren Anpassungsfähigkeit im Alter zu Schwierigkeiten führen kann - Reduzierter Personalbestand sowie beschränkte Möglichkeiten, grosse Investitionen zu tätigen. Auf die Qualität sowie die Sicherheit der Leistungen ist besonders zu achten. - Wirtschaftliches Argument: Im Vergleich zu grösseren Pflegeheimen werden keine Skalenerträge erzielt.

5.5.4.3 Zukunftsaussichten für die übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte

Im Rahmen der Revision der Richtlinien, welche die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheim für Betagte (Richtlinien vom 20. April 1998) oder als übrige Pflegeeinrichtung für Betagte (Richtlinien vom 27. Oktober 1998) festlegen, ist die Möglichkeit zu prüfen, eine einzige Kategorie von Richtlinien für die beiden erwähnten Kategorien von Institutionen zu erlassen. Dementsprechend würden die übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte denselben Bedingungen für den Erhalt einer Bewilligung wie die Pflegeheime unterstellt.

Die Nachteile (Mangel an Personal, Notwendigkeit der Transfers, ungenügende Skalenerträge) der übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte wiegen gegenüber den potentiellen Vorteilen vor. Dementsprechend ist inskünftig von der Gewährung von Bewilligungen an übrige Pflegeeinrichtungen für Betagte abzusehen.

5.5.5 EINHALTUNG DER NORMEN DER QUALITÄT

Gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) beschloss die Dienststelle für Gesundheitswesen im Einverständnis mit der Walliser Vereinigung der Pflegeheime (AVALEMS), ab dem 2. Semester des Jahres 2000 eine Methode zur Qualitätssicherung einzuführen, und zwar über das Projekt „Optiheim“. Der Kanton gewährt eine finanzielle Beteiligung an der Einführung dieser Methode, welche eine globale und regelmässige Evaluation der Qualität sämtlicher Leistungen der Pflegeheime und insbesondere der Pflege ermöglicht.

Der Methode liegen Fragebögen zugrunde, mit welchen insbesondere eine Gesamtbilanz der Leistungen des Heimes, eine Festlegung des Grades der Zufriedenheit der Bewohner sowie der Mitarbeiter, das Verhalten des Heimes in bezug auf die Umwelt sowie die wirtschaftliche Situation der Pflegeheime ermittelt werden können. Zudem ermöglicht die Methode, Vergleiche zwischen den Pflegeheimen vorzunehmen.

5.6. GERIATRIE

5.6.1 ANALYSE DER INDIKATOREN

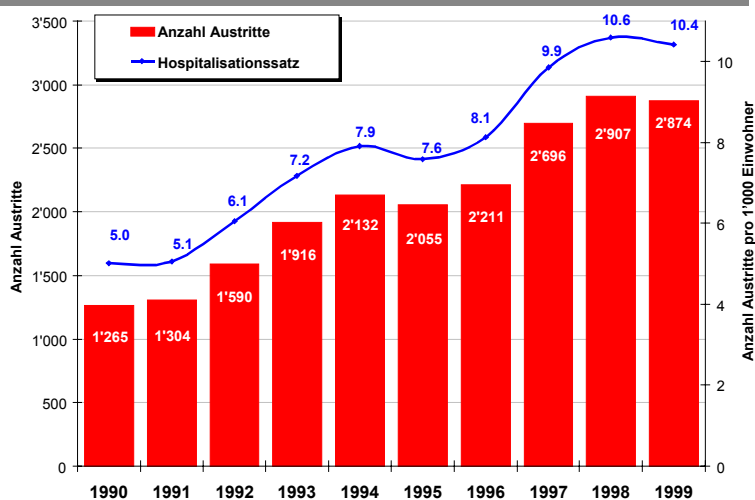
Die Geriatrieanstalten haben in den letzten Jahren insgesamt eine bedeutende Abnahme der Krankentage und eine noch ausgeprägtere Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer registriert. Indes ist eine Zunahme der Anzahl von Austritten festzustellen. Die nachfolgenden Statistiken der Tätigkeiten stellen diesen Sachverhalt unter Beweis.

5.6.1.1 Entwicklung der Anzahl von Austritten sowie der Hospitalisationssätze

Im Bereich der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation haben die Anzahl von Austritten sowie der Hospitalisationssatz markant zugenommen, wie aus der nachfolgenden Abbildung ersichtlich wird:

Geriatrie und Rehabilitation: Anzahl Austritte und Hospitalisationssatz – Wallis

QUELLE: H+ (1990-1997), BFS, *Statistik der Krankenanstalten*, 1999



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

page 60
Indicateurs.ppt/NN

Abbildung 25: Geriatrie und Rehabilitation: Anzahl von Austritten und Hospitalisationssatz – Wallis.

5.6.1.2 Entwicklung der Anzahl von Krankentagen

Die Anzahl von Krankentagen nahm zwischen 1990 (131'060) und 1999 (111'246) um nahezu 15% ab.

Chronischkrankspflege: Anzahl Krankentage – Wallis

QUELLE: H+ (1990-1997), BFS, Statistik der Krankenanstalten, 1999

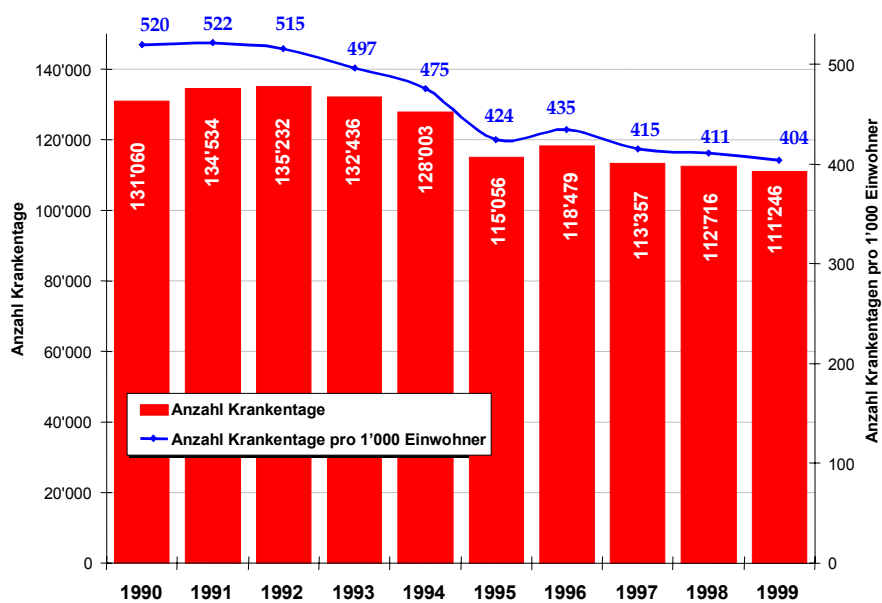


Abbildung 26 : Chronischkrankenspitäler – Anzahl von Krankentagen – Wallis

5.6.1.3 Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

In bezug auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist während des letzten Jahrzehntes eine Reduktion festzustellen, indem die durchschnittliche Zahl von 104 im Jahre 1990 auf 39 im Jahre 1999 sank.

Chronischkrankenpflege: Aufenthaltsdauer - Wallis

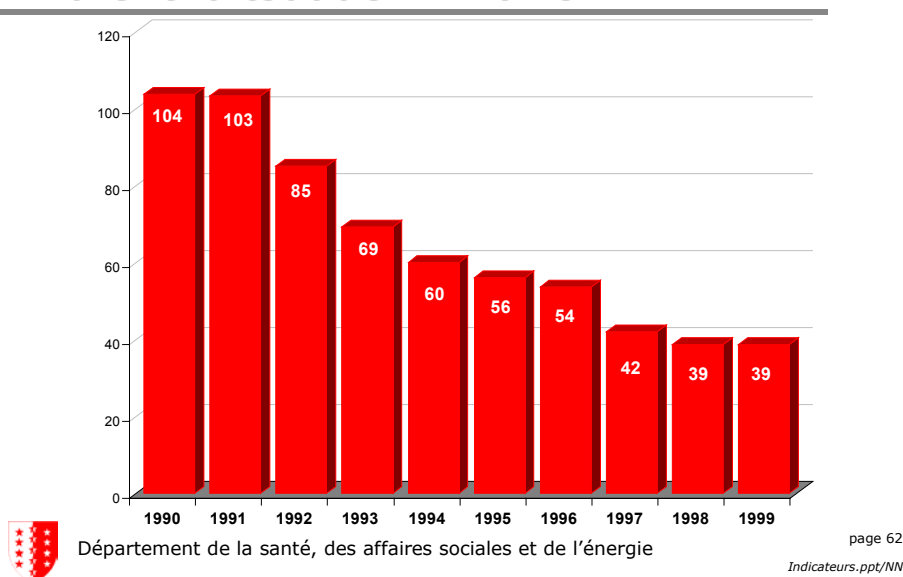


Abbildung 27 : Anstalten für Chronischkranke : Aufenthaltsdauer – Wallis.

5.6.1.4 Entwicklung der Anzahl belegter Betten

Die Entwicklung der belegten Betten deutet auf eine ausgeprägte Abnahme hin. Dementsprechend ist die Zweckmässigkeit zu prüfen, die Bettennorm der Anstalten für Chronischkrankenpflege zu senken, welche im Jahre 1994 auf 1.4 Betten pro 1'000 Einwohner der Gesamtbevölkerung festgelegt worden ist. Durch die Ernennung von Geriatern in den Anstalten für Chronischkranke konnten Anreize für eine Dynamisierung der Betreuung sowie für eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer geschaffen werden. Gegenwärtig beläuft sich die Norm aufgrund der belegten Betten auf 1.1 Betten pro 1'000 Einwohner der Gesamtbevölkerung. Überdies führt die Abbildung Prognosen bis ins Jahre 2005 auf. Dabei wird von der plausiblen Annahme ausgegangen, dass diese Norm mittelfristig auf 1.0 Betten pro 1'000 Einwohner wird festgelegt werden können, aufgrund der zwei nachfolgenden, gegensätzlichen Faktoren, die sich ausgleichen:

- ✓ Die ungerechtfertigten Tage am Ende des Spitalaufenthaltes sind zu einem bedeutenden Anteil (46%) auf die Nichtinanspruchnahme des subakuten Bereiches zurückzuführen, wovon wiederum die Nichtinanspruchnahme des geriatrischen Bereiches einen bedeutenden Anteil darstellt. Demnach sollte eine bedeutende Anzahl von Patienten, welche heute im Akutbereich behandelt werden, eigentlich in der Geriatrie versorgt werden. Dieser Einflussfaktor deutet auf einen zunehmenden

Bedarf im Bereich der Geriatrie hin ;

- ✓ Heute werden eine gewisse Anzahl von Patienten im Geriatriebereich betreut, obschon sie auf einen Platz im Pflegeheim warten oder nach Hause zurückkehren könnten. So hat eine im Spital Gravelone (Sitten) Ende Mai 2000 durchgeführte Erhebung aufgezeigt, dass eine bedeutende Anzahl von Patienten (21) auf einen Platz im Pflegeheim warten. Im Gegensatz zum vorangehenden Punkt deutet dieser Faktor auf eine Senkung der notwendigen Kapazitäten im Geriatriebereich hin.

Insgesamt werden sich die beiden Faktoren wahrscheinlich ausgleichen, womit die Bettennorm mittelfristig auf 1.0 Betten pro 1'000 Einwohner der Gesamtbevölkerung festgelegt werden kann. Die Definition dieser Norm wird aufgrund der Anzahl von ungerechtfertigten Krankentagen festgelegt werden müssen, welche im Rahmen der Hospitalisationsrevuen im Bereich der Akutpflege ermittelt worden sind.

Geriatrie : Anzahl belegter Betten – Wallis

Quelle : H+ (1990-1997), Statistik der Krankenanstalten, 1999

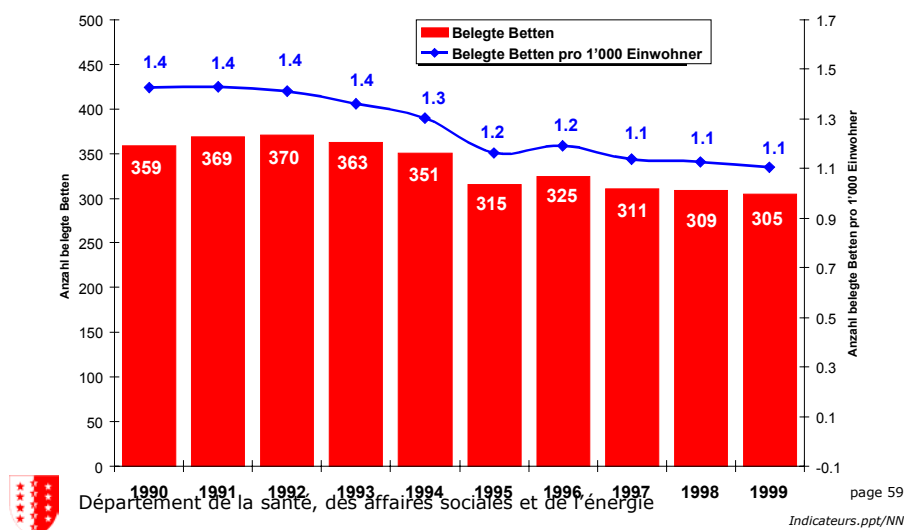


Abbildung 28: Geriatrie und Rehabilitation : Anzahl von belegten Betten – Wallis.

5.6.1.5 Abschliessende Bemerkungen

Einerseits wird die geriatrische Betreuung dynamischer mit der Folge, dass eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer eintritt. Andererseits wartet eine bedeutende Anzahl von Patienten, welche in einem Geriatriespital betreut werden, auf einen Platz in einem Pflegeheim. Aufgrund der durch die Dienststelle für Gesundheitswesen im Sommer 2000 durchgeführten Erhebung wird offenbar, dass 111 Patienten in den Geriatriespitalern auf einen Pflegeheimplatz warten (Daten aufgrund der Angaben von 30 der 40 Pflegeheime). Daraus resultiert die Notwendigkeit, die Aufnahmekapazität der Pflegeheime insgesamt zu erhöhen.

5.6.2 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER PARTNER

Hauptsächlich zwei Ergebnisse sind hervorzuheben:

- ✓ In bezug auf die Herausforderungen der geriatrischen Rehabilitation stuften 43% der befragten diesen Aspekt als wichtig ein, 45% sogar als sehr wichtig.
- ✓ Die Palliativpflege für Personen am Lebensende wird von 54% als wichtig und von einem geringeren Anteil der Befragten (25%) als sehr wichtig eingestuft.

5.7 AKUTSPITÄLER

5.7.1 ANALYSE DER TÄTIGKEIT DER AKUTSPITÄLER

Aufgrund der Analyse der Tätigkeit der Akutspitäler, welche aufgrund von verschiedenen Indikatoren durchgeführt wird, deutet für die letzten Jahre auf eine bedeutende Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sowie der Anzahl von Austritten hin. Die nachfolgenden Abbildungen verdeutlichen diesen Sachverhalt:

5.7.1.1 Entwicklung der Anzahl von Austritten sowie der Hospitalisationssätze

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl von Austritten sowie des Hospitalisationssatzes auf, welche im letzten Jahrzehnt eine bedeutende Abnahme erfahren haben:

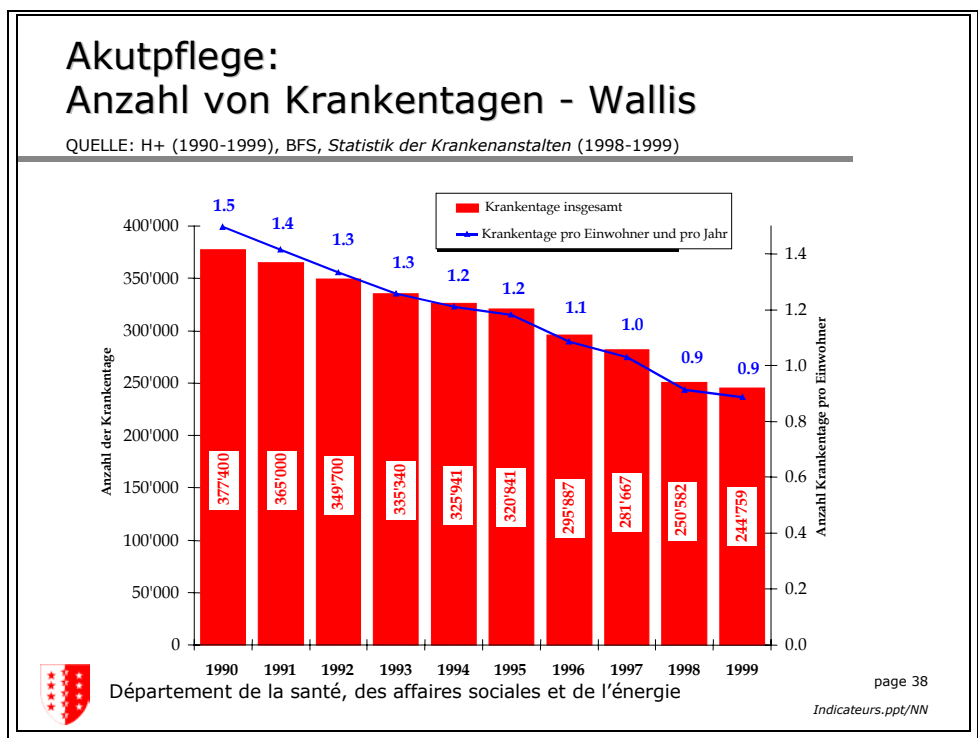


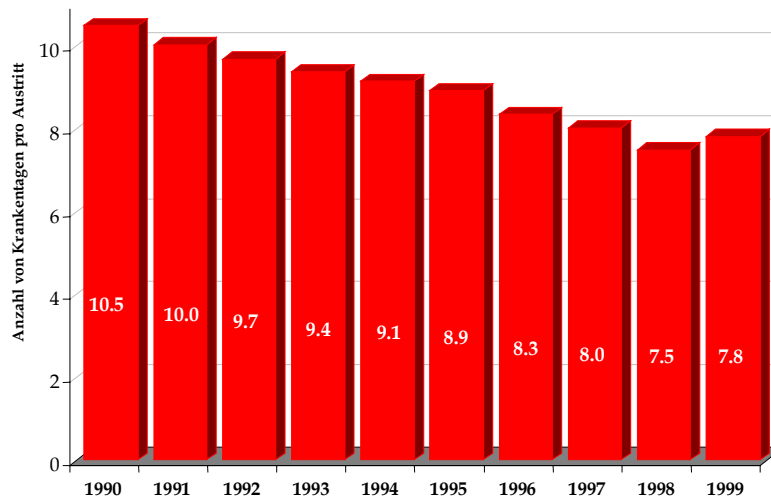
Abbildung 29: Akutpflege: Anzahl von Austritten und Hospitalisationssatz – Wallis.

5.7.1.2 Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Walliser Akutspitäler ist in den letzten Jahren stark gesunken:

Akutflege: Aufenthaltsdauer – Wallis

QUELLE: H+ (1990-1997), BFS, *Statistik der Krankenanstalten* (1998-1999)



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

page 40

Indicateurs.ppt/NN

Abbildung 30: Akutflege: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer- Wallis .

Die Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer führt unausweichlich zu einer Umlagerung der Tätigkeit vom Spitalbereich in den sozialmedizinischen Bereich, indem die Patienten nach Spitalaustritt auf eine bedarfsgerechte Betreuung im Pflegeheim oder durch die Hilfe und Pflege zu Hause angewiesen sind. Im Falle von Transfer der Patienten vom Spitalbereich auf die Hilfe und Pflege zu Hause entstehen insgesamt Einsparungen unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitskosten. Aufgrund der geringeren Kosten der Betreuung zu Hause im Vergleich zum Spitalaufenthalt hat diese Umlagerung der Tätigkeit keine Abwälzung der finanziellen Lasten vom Kanton auf die Gemeinden zur Folge.

5.7.2 INDIKATOREN DER TÄTIGKEIT IN BEZUG AUF DIE BETAGTEN PERSONEN

5.7.2.1 Aufenthaltsdauer pro Altersklasse

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Aufenthaltsdauer pro Altersklasse in den Walliser Akutspitälern auf. Dabei werden die höchsten Durchschnittswerte für die über 65-jährigen Altersklassen registriert. Es kann von der Hypothese ausgegangen werden, dass für die höchsten Altersklassen der Prozess der Genesung oder Heilung mehr Zeit in Anspruch nimmt als bei den jüngeren Patienten.

Akutflege: Aufenthaltsdauer pro Altersklasse

QUELLE: BFS, Statistik der Krankenanstalten, 1999

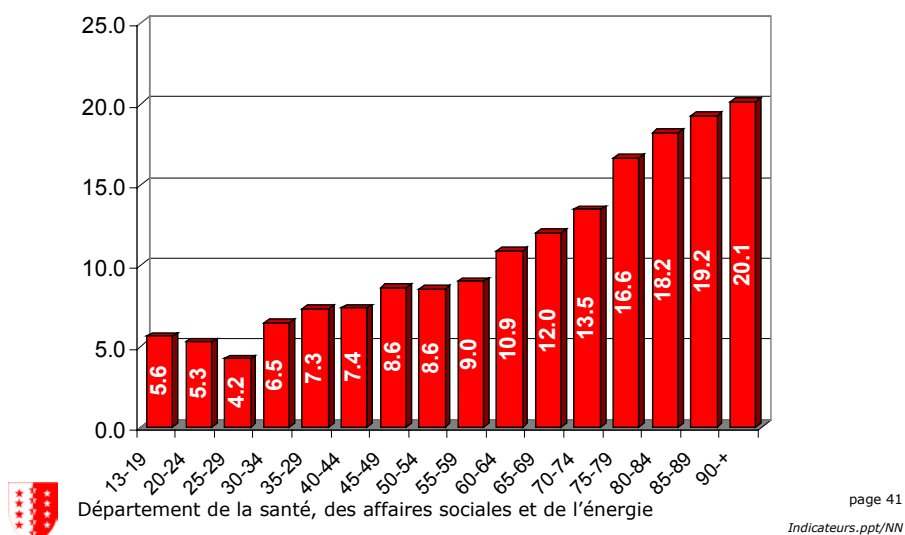


Abbildung 31: Aufenthaltsdauer pro Altersklasse in den Walliser Akutspitälern.

5.7.2.2 Anteil der sogenannt ungerechtfertigten Krankentage pro Altersklasse in den Walliser Akutspitälern

Die Hospitalisationsrevue ist ab 1994 versuchsweise in gewissen Walliser Spitälern und ab 1997 allgemein in den Akutspitälern eingeführt worden. Mit dieser Methode der Analyse kann die Zweckmässigkeit der Spitalaufenthalte untersucht werden. Falls kein einziges Kriterium Biomed nachgewiesen werden kann, gilt der Krankentag als ungerechtfertigt, das heisst als nicht bedarfsgerecht. Indes genügt eine einzige Voraussetzung, damit der Krankentag als zweckmässig eingestuft wird.

In bezug auf die untersuchten Spitalaufenthalten ist zu erwähnen, dass die Hospitalisationsrevue einen Drittel der Krankentage im Rahmen der Analyse berücksichtigt.

Die Anzahl von ungerechtfertigten Krankentagen fällt je nach Altersklassen unterschiedlich aus. Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, dass der Prozentanteil von ungerechtfertigten Krankentagen bei den über 80-jährigen Patienten höher ausfällt.

Anteil der ungerechtfertigten Krankentage pro Altersklasse in den Walliser Akutspitäler

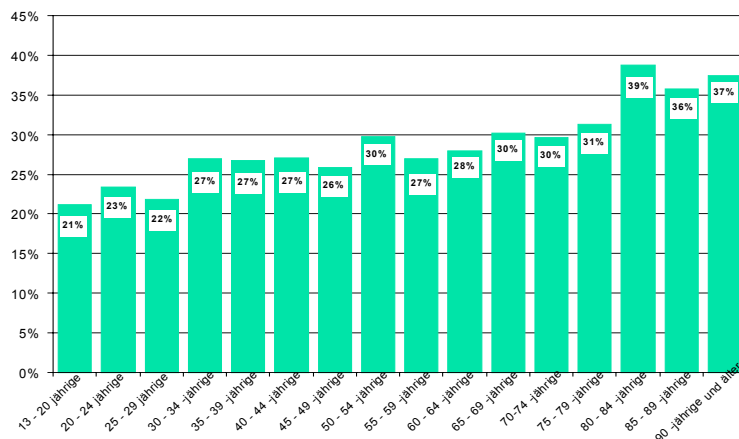


Abbildung 32: Anteil der ungerechtfertigten Krankentage pro Altersklasse in den Walliser Akutspitälern.
Quelle: Hospitalisationsrevue, SSP.

5.7.3 ANTEIL DER UNGERECHTFERTIGTEN KRANKENTAGE AM ENDE DES SPITALAUFENTHALTES PRO ALTERSKLASSE IN DEN WALLISER AKUTSPITÄLERN

Die Daten, welche im Rahmen der Hospitalisationsrevuen 1998-1999 ermittelt worden sind, zeigen auf, dass der Anteil der ungerechtfertigten Krankentage am Ende des Spitalaufenthaltes bei den betagten Personen besonders hoch ist.

Anteil der ungerechtfertigten Krankentage am Ende des Spitalaufenthaltes pro Altersklasse in den Walliser Akutspitälern

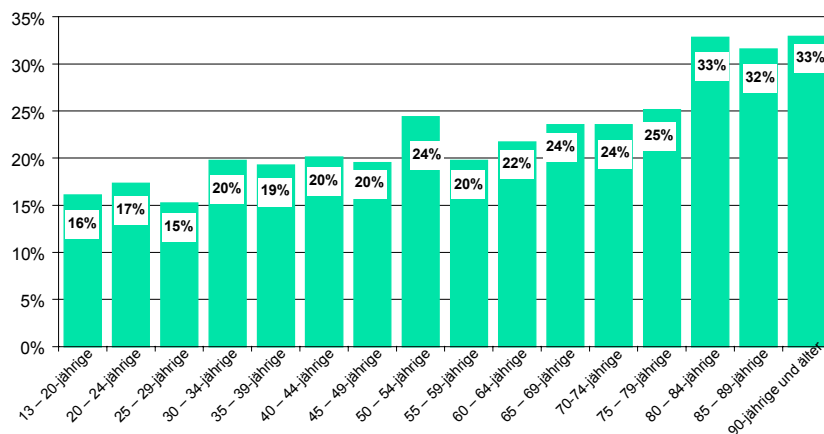


Abbildung 33: Anteil der ungerechtfertigten Krankentage am Ende des Spitalaufenthaltes pro Altersklasse in den Walliser Akutspitälern. Quelle: Hospitalisationsrevuen, Dienststelle für Gesundheitswesen.

Dementsprechend könnten die betagten Personen, welche derzeit in den Akutspitälern betreut werden, anderswo im Gesundheitssystem versorgt werden (Pflegeheim, Sozialmedizinisches Zentrum, spezialisierte Institution, psychiatrische Anstalt). Diese Feststellung, welche im Rahmen der Evaluation der zukünftigen Bedürfnisse zu berücksichtigen ist, gilt insbesondere in bezug auf das Ende der Spitalaufenthalte.

Insgesamt entsprechen die ungerechtfertigten Krankentage am Ende des Spitalaufenthaltes 78% der ungerechtfertigten Krankentage insgesamt. Dies entspricht 14'851 Tagen und unter Berücksichtigung eines normalen Belegungssatzes von 85 bis 90%, 49 Spitalbetten pro Jahr.

Die 5 Hauptgründe für die nachfolgenden, ungerechtfertigten Krankentage im Rahmen eines gerechtfertigten Aufenthaltes werden in der nachfolgenden Abbildung aufgeführt. Diese Gründe entsprechen ungefähr 93% der ungerechtfertigten Tage dieser Kategorie dar.

a). Nichtbeanspruchung des subakuten Bereiches

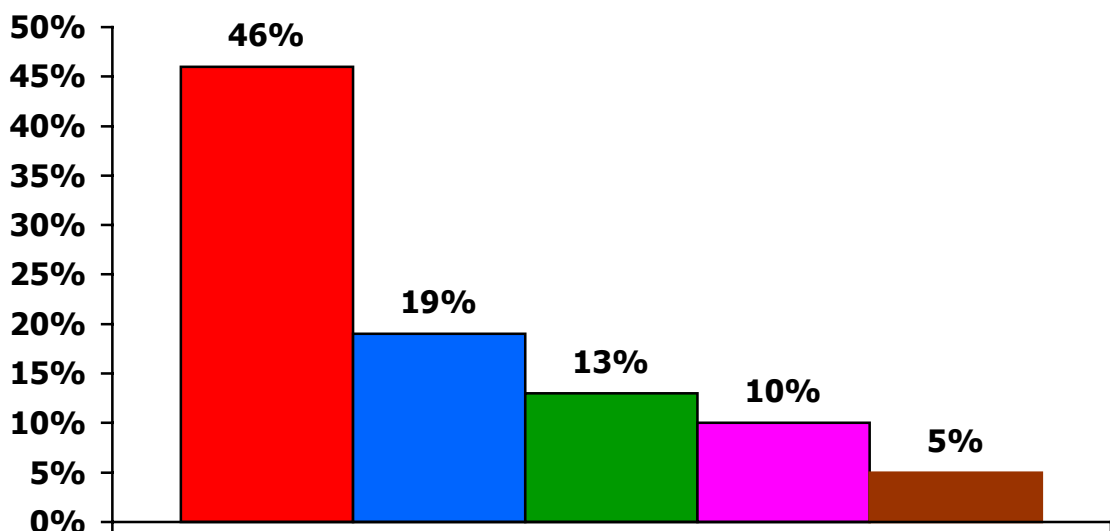
b). Vorsichtshaltung

c). Nichtbeanspruchung der stationären Psychiatrie

d). Es gibt keine Pflegestufe, welche den Bedürfnissen des Patienten entspricht

e). Gewohnheiten der Abteilung

DIE 5 HAUPTGRÜNDE FÜR DIE UNGERECHTFERTIGTEN KRANKENTAGE AM ENDE DES SPITALAUFENTHALTES



Der Hauptgrund der ungerechtfertigten Krankentage am Ende des Spitalaufenthaltes ist auf die Nichtinanspruchnahme des subakuten Bereiches zurückzuführen. Da dieser Grund BIOMED nicht detailliert wird, hat der Kanton Wallis das Programm der Erfassung Hyppocrate entsprechend ergänzt. Da dieses Detail bei der ersten Revue nicht verfügbar war, basiert die Abbildung der nächsten Seite auf die Revuen 2 bis 5. Dadurch wird die Aufteilung der Tätigkeitsbereiche ersichtlich, welche durch die Nichtinanspruchnahme des subakuten Bereiches betroffen sind. Es ist auf den Umstand hinzuweisen, dass 20% der Krankentage noch nicht detailliert untersucht werden konnten.

**Detaillierte Darstellung des Grundes,
welcher mit der Nichtbeanspruchung des subakuten Bereiches
in Zusammenhang steht**

**(46% der ungerechtfertigten Krankentage am Ende
des Spitalaufenthaltes)**

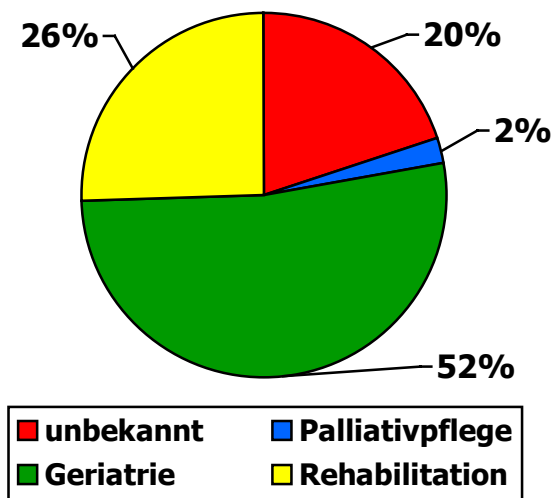


Abbildung 34: Detaillierte Darstellung der Gründe für die ungerechtfertigten Krankentage am Ende des Spitalaufenthaltes, welche mit der Nichtbeanspruchung des subakuten Bereiches in Zusammenhang stehen.

Die oben erwähnte Abbildung zeigt auf, dass eine bedeutende Anzahl von Patienten, welche derzeit im Akutbereich betreut werden, inskünftig in einer Rehabilitationsklinik oder in einer geriatrischen Abteilung versorgt werden könnte.

5.8 SCHAFFUNG VON BERATUNGSSTELLEN PRO REGION IM BEREICH DER AMBULANTEN PSYCHIATRIE

5.8.1 ALLGEMEINES ÜBER DIE ZUKÜNFTIGEN ENTWICKLUNGEN

Aufgrund des Bedarfes an Leistungen der Liaisonpsychiatrie, der heute hauptsächlich im Bereich der Pflegeheime sowie der Sozialmedizinischen Zentren auftritt, ist die Erstellung von ambulanten Leistungen der Liaisonpsychiatrie für die erwähnten Institutionen in Betracht zu ziehen.

Da die Schaffung von neuen Strukturen zu verhindern ist, sollten diese Dienstleistungen der ambulanten Liaisonpsychiatrie im Rahmen der drei Regionen des Kantons an bestehende Institutionen angegliedert werden, so wie die psychiatrischen Institutionen oder die dezentralisierten psychogeriatrischen Abteilungen.

Diese Beratungsstellen im Bereich der ambulanten Psychiatrie sollten es ermöglichen, eine Fortbildung der Personals der Pflegeheime sowie der SMZ zu gewährleisten, dementsprechend eine verbesserte Qualität der Leistungen sicherzustellen sowie die Koordination zwischen dem stationären, teilstationären und ambulanten Sektor zu verbessern. Mit der Entwicklung der Liaisonpsychiatrie zu Präventionszwecken wird überdies auch ein Beitrag zur Reduktion der Spitaleintritte geleistet.

5.8.2 ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG, WELCHE BEI DEN PARTNERN DURCHFÜHRT WORDEN IST

Die Notwendigkeit, die Leistungen der Liaisonpsychiatrie weiterzuentwickeln wird ebenfalls durch die Befragung bestätigt, welche bei den Partnern durchgeführt worden ist. 38% der Befragten sind nämlich der Ansicht, dass diese Leistungen in bedeutenden Masse zu entwickeln sind, währenddem 27% der Antworten erwähnen, dass diese Notwendigkeit in gewissem Masse gegeben ist.

5.9. ARZNEIMITTELKONSUM

Gemäss den Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (1997) ist überdies der Anteil der betagten Personen von über 65 Jahren, die Arzneimittel einnehmen, recht hoch, insbesondere in bezug auf die Schlaf- und Beruhigungsmittel (15.5 % der Männer und 21.5% der Frauen).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Arzneimittelkosten pro Versicherten im ambulanten Bereich von 1996 bis 1998 auf. Dabei wird eine starke Zunahme ersichtlich. Mehrere Gründe können diesen Sachverhalt erklären, insbesondere eine zunehmende Verschreibung von Medikamenten durch die Ärzte.

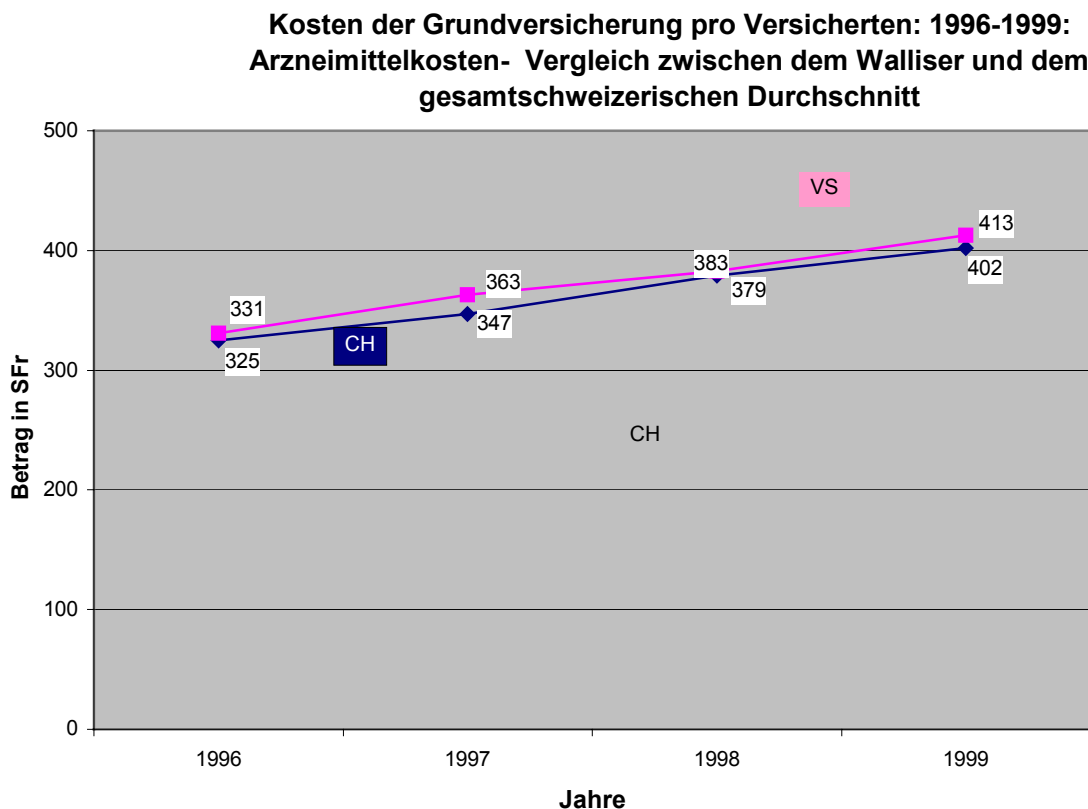


Abbildung 35: Kosten der Grundversicherung pro Versicherte : 1996-1999 : Arzneimittelkosten – Vergleich zwischen dem Walliser und dem gesamtschweizerischen Durchschnitt

Es ist festzustellen, dass im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Arzneimittelkosten pro Versicherten sich im Kanton Wallis leicht über den schweizerischen Durchschnitt befinden. Indes sind die Gesamtkosten pro Versicherten in unserem Kanton leicht tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

5.10 PRÄVENTION

Im Zusammenhang mit der Betreuung der betagten Personen spielt die Prävention eine vorrangige Rolle, indem die Prävention dazu beiträgt, die Lebensqualität der betagten Personen zu verbessern, deren Autonomie zu erhalten, die Inanspruchnahme der Hilfe- und Pflegeleistungen zu reduzieren und insgesamt die Platzierungen in den Institutionen zu verhindern oder zu verzögern. Die Prävention steht sowohl in Zusammenhang mit

gesundheitlichen (Prävention der Krankheiten, Prävention der Unfälle) und sozialen Aspekten (Prävention der Einsamkeit) als auch mit strukturellen und organisatorischen Anpassungen des Aufenthaltsortes: der Wohnung, des Quartiers, der Gemeinde, des Pflegeheimes.

5.10.1 GEGENWÄRTIGE SITUATION

Im Rahmen der Programme der Prävention, die für die betagten Personen bestimmt sind, werden gegenwärtig bereits eine gewisse Anzahl von Tätigkeiten und Programme durchgeführt, nämlich:

A) auf individueller Ebene der betagten Personen

- ✓ Die Institution Pro Senectute bietet Beratungsdienstleistungen sowie Dienstleistungen an, welche **die Einsamkeit der betagten Personen verhindern sollen**; es gibt nämlich ein enger Bezug zwischen dem Gesundheitszustand der betagten Personen und deren soziale Beziehungen;
- ✓ Es wurden **Impfkampagnen gegen die Grippe** verwirklicht, welche insbesondere für die Altersklasse der über 65-jährigen bestimmt ist;
- ✓ Die Pflegeheime für Betagte setzen Programme um, die eine verbesserte Ernährung (Essen und Trinken) bezwecken;
- ✓ Die **Gesundheitsligen** (Rheumatismus, Lungenkrankheiten) organisieren spezifischere Kampagnen der Prävention, die für eine Bevölkerung bestimmt sind, die an spezifische Erkrankungen leidet.

B) Auf struktureller Ebene

- ✓ Die **neuen Betreuungsformen** (gemeinschaftliche Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung) sowie die Zwischenstrukturen (Ferienbetten) können eine präventive Aufgabe wahrnehmen, indem sie eine Betreuung zu Hause ermöglichen;
- ✓ Das **Netz für die sozialmedizinischen Notfallsituationen (SUMS)**, welches in der Gesundheitsregion Sitten erstellt wird, ermöglicht es, **der Einsamkeit der betagten Patienten vorzubeugen** sowie ihre Betreuung innerhalb des Gesundheitssystems sicherzustellen;
- ✓ Die im Bereich **Bereich der Spitalhygiene durchgeführten Tätigkeiten werden auf die Pflegeheime ausgeweitet** mit dem Ziel, die Anzahl von Infektionen bei den Bewohnern zu reduzieren;
- ✓ Die **Ernennung der Vertrauensärzte in den Pflegeheimen** ermöglicht es insbesondere, den Gesundheitszustand der Patienten präventiv zu beeinflussen.

C) in bezug auf das Umfeld

- ✓ Die Sozialmedizinischen Zentren des Oberwallis haben ein Programm der Prävention eingeleitet, **welches die Angehörigen unterstützt, die zu Hause eine pflegende Person betreuen** ;

- ✓ Die Sozialmedizinischen Zentren des Valais Romand sehen ein Projekt vor, das die **Motivation des Personals** fördern sowie das Burn-out verhindern soll.

5.10.2 ZUKÜNFTIGE TÄTIGKEITEN

In bezug auf die Tätigkeiten, welche inskünftig im Bereich der Prävention durchzuführen sind, ist auf die Wichtigkeit zu verweisen, nicht nur auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene, sondern auf der Stufe der Strukturen sowie der Gesundheitsinstitutionen. Weiter sind die Tätigkeiten im Rahmen von interdisziplinären Teams, wobei eine Vorgehensweise zu wählen ist, die auf Teilnahme basiert.

5.10.2.1 Ebene der Tätigkeiten

a) Tätigkeiten auf persönlicher/individueller oder gemeinschaftlicher Ebene

Mit diesen Tätigkeiten werden insbesondere die nachfolgenden Zielsetzungen verfolgt:

- Den Wissensstand und die Fähigkeiten der betagten Personen zu verbessern, ihre Gesundheit zu beeinflussen;
- Eine Fortbildung oder eine Überwachung des Personals der betagten Person zu gewährleisten, damit bestimmte Aufgaben wahrgenommen werden können.

b) Tätigkeiten auf struktureller Ebene

Die Zielsetzung der Tätigkeiten auf dieser Ebene ist es, die Strukturen zu schaffen, damit für die betagten Personen ein Lebensraum entsteht mit optimalen Bedingungen hinsichtlich:

- Ernährung
- Mobilität
- Verkehrssicherheit in den Wohngebieten
- Sozialer Beziehungen
- Prävention von Gewalt
- Prävention von negativen Umwelteinflüssen (Lärm, Passivrauchen)

c) Tätigkeiten auf Stufe der Institutionen und der Organisationen

Die Tätigkeiten auf Ebene der Institutionen und der Organisationen beziehen sich auf die nachfolgenden Elemente:

- Entwicklung eines Konzeptes der Gesundheitsförderung der Kategorie der „health promoting hospitals“ für sämtliche Krankenanstalten und –institutionen sowie für die Sozialmedizinischen Zentren;
- Entwicklung von Konzepten der Sicherheit am Arbeitsplatz sowie der Wahrung der Gesundheit für die Krankenanstalten und –institutionen
- Schaffung eines Informationssystems welches einer gewissen Anzahl von Indikatoren ermöglicht, die Entwicklung des Gesundheitszustandes der betagten Personen sowie der Qualität des Leistungsangebotes zu verfolgen.

5.10.2.2 Zu verwirklichende Programme

Der Bericht über den Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung bezieht sich ebenfalls auf die betagte Bevölkerung unseres Kantons. Nachfolgend werden die Empfehlungen des Berichtes aufgelistet, welche sich insbesondere mit den betagten Personen befassen. Die Tätigkeiten, welche für diese Kategorie der Bevölkerung bestimmt sind, sind im Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention enthalten, welches sich gegenwärtig in Ausarbeitung befindet.

Inskünftig sind in jedem Fall die Tätigkeiten und Projekte weiterzuverfolgen, die bereits heute verwirklicht werden, wobei gewisse Aspekte besonders wichtig sind, nämlich:

A) Auf individueller Ebene der betagten Person

- ✓ Die Tätigkeiten der Pro Senectute zur Verhütung der Einsamkeit sind weiterzuentwickeln, dabei sind **die sportlichen und kulturellen Tätigkeiten im weitesten Sinne** (einschliesslich die Benützung von Internet) zu fördern. Überdies sind **Beziehungen zwischen den Generationen** herzustellen, damit für betagte Personen Beziehungen ausserhalb der eigenen Familie entstehen.
- ✓ **Die Impfungsprogramme gegen die Grippe** bei der über 65-jährigen Bevölkerung sind weiterzuverfolgen;
- ✓ Die Programme der SMZ **zur Unterstützung sowohl des Personals als auch der Familienangehörigen der Patienten** sind weiterzuverfolgen und auf sämtliche

Regionen auszudehnen.

- ✓ Die **Tätigkeiten der Gesundheitsligen zur sekundären und tertiären Prävention** sind weiterzuverfolgen (z. B. die therapeutische Erziehung des Asthma- oder Diabetespatienten). Gemäss den Ergebnissen der Studie über den Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung 1997 ist **die Autonomie der chronisch kranken Patienten** zu erhöhen. Zu diesem Zweck besteht die Zielsetzung insbesondere darin, die Patienten über den Verlauf ihrer Krankheit zu informieren bzw. zu erziehen und sie zu veranlassen, ihre Krankheit unter Beizug des behandelnden Arztes sowie der Gesundheitsfachpersonen behandeln zu lassen (neue Ansätze der therapeutischen Erziehung).

B) Auf struktureller Ebene

- ✓ Die **Programme der Pflegeheime für eine ausgeglichene Ernährung** sind weiterzuverfolgen.
- ✓ Durch den Vollzug der **Richtlinien des Departements für Gesundheit über die Arzneimittelversorgung in den Pflegeheimen** wird die Qualität und Sicherheit der medikamentösen Therapie in den Pflegeheimen weiter verbessert;
- ✓ Die Einstellung von **mehr Personal** in den Pflegeheimen kann die **Verbreitung von Gewalthandlungen in den erwähnten Institutionen verhindern**;
- ✓ In den Pflegeheimen sind **die Programme zur Vorbeugung der Stürze** zu entwickeln;

C) Auf organisatorischer Ebene

- ✓ Allgemeiner sollten die Pflegeheime im Rahmen ihres Leitbildes und ihrer Statuten die Aufgabe verankern, **die Gesundheitsförderung im Unternehmen** zu entwickeln, für sämtliche Personen, die im Pflegeheim wohnen oder arbeiten. Die Pflegeheime werden demnach zu gesundheitlichen Lebens- und Arbeitsstätten, sie bestimmen in jeder Krankenanstalt Strukturen, welche dem Zuhören der wohnenden oder arbeitenden Personen dienen. Durch ein gemeinsames Vorgehen werden die Rahmenbedingungen geschaffen, die ein gesundheitsbewusstes Leben ermöglichen sowie bedarfsgerechte Tätigkeiten der Gesundheitsförderung umzusetzen vermögen.

Die kantonale Kommission für Gesundheitsförderung wird untersuchen müssen, welche Prioritäten in bezug auf die Prävention festzulegen sind. Dabei ist die Studie über den Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung zu berücksichtigen, welche auf den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sowie auf den zur Verfügung stehenden Gesundheitsstatistiken des Kanton Wallis basiert.

Schliesslich ist allgemein auf die Notwendigkeit hinzuweisen, dass die inskünftig verwirklichten Programme dazu beitragen müssen, den neuen, in der Charta von Ottawa festgelegten Ansatz zum Durchbruch zu verhelfen: Dabei geht es darum, der betagten Person Verantwortung zu erteilen, deren Ressourcen zu erweitern sowie sie zu veranlassen, eine gesundheitsfördernde Verhaltensweise zu wählen. Schliesslich ist es

wichtig, der betagten Person einen Lebensraum anzubieten, der es ihr ermöglicht, seine Autonomie zu erhalten sowie seine Lebensqualität zu erhöhen.

5.10.3 ERGEBNISSE DES VERNEHMLASSUNGSVERFAHRENS

Aufgrund der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens befinden sich die hauptsächlichen Prioritäten in bezug auf die Leistungen der Prävention der Arzneimittelmisbräuche (wichtig: 48.38%; sehr wichtig: 28.25%) sowie im Bereich der Vorbeugung der Einsamkeit (wichtig: 23.75%, sehr wichtig: 65.71%).

5.11 REGIONALE GESUNDHEITSNETZE

5.11.1 ERGEBNISSE DES VERNEHMLASSUNGSVERFAHRENS BEI DEN INSTITUTIONEN

Die Ergebnisse der Befragung, welche bei den verschiedenen Partnern des Gesundheitswesens durchgeführt worden ist, zeigt die Notwendigkeit auf, die Koordination zwischen den Krankenanstalten und Institutionen zu verbessern. Einzig 12.75% der Antwortenden sind der Ansicht, dass die Koordination zwischen den Leistungserbringern zufriedenstellend ist, währenddem nahezu die Hälfte (über 43%) der Meinung sind, dass die Koordination unzureichend oder gar nicht zufriedenstellend ist.

In bezug auf die Übermittlung von Informationen beim Austritt aus dem Spital sind nur 20% der Befragten vollkommen zufrieden, währenddem 59% bis zu einem gewissen Grad zufrieden und 14.9% gar nicht zufrieden sind.

5.11.2 SCHAFFUNG VON INSTANZEN DER REGIONALEN KOORDINATION

Der Vorschlag wird formuliert, in jedem der sechs Gesundheitsregionen des Kantons Wallis eine Instanz der regionalen Koordination einzusetzen, welche unter der Verantwortung der regionalen Gesundheitskommission gestellt wird. Durch diese Instanzen der Koordination, für welche die Sozialmedizinischen Zentren zuständig sind, sollten insbesondere die nachfolgenden Zielsetzungen erreicht werden:

- ✓ **Die Patientenflüsse** innerhalb jeder Gesundheitsregion zu identifizieren;
- ✓ Die Verwirklichung einer **gemeinsamen regionalen Politik in Sachen Verlegungen** fördern;
- ✓ **die Pflegekontinuität** fördern;
- ✓ den Spitälern eine Unterstützung gewähren, damit die Anzahl von ungerechtfertigten Krankentage **aufgrund der Hospitalisationsrevuen** vermindert werden kann.

Diese Instanzen der regionalen Koordination sind insbesondere für die betagten Personen bestimmt, welche die Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen und selbst nicht mehr in der Lage sind, die notwendige Unterstützung zu organisieren.

In bezug auf die Personaldotation muss die Instanz der regionalen Koordination über eine

Krankenpflegerin verfügen können, welche die verschiedenen Spitalabteilungen besucht, damit die Situation der Patienten verfolgt werden kann und die Verlegung der Patienten zu den Strukturen erfolgen kann, die am besten dem Bedarf entspricht.

Zudem ermöglicht es die Instanz der Koordination, regelmässige Berechnungen zur Evaluation der Situation der Patienten durchzuführen. Schliesslich kann durch diese, in den sechs Gesundheitsregionen zu schaffende Struktur eine Zusammenfassung und Zentralisierung der Informationen aus dem Versorgungsnetz ermöglichen.

Die Vorteile einer derartigen Struktur sind zahlreich:

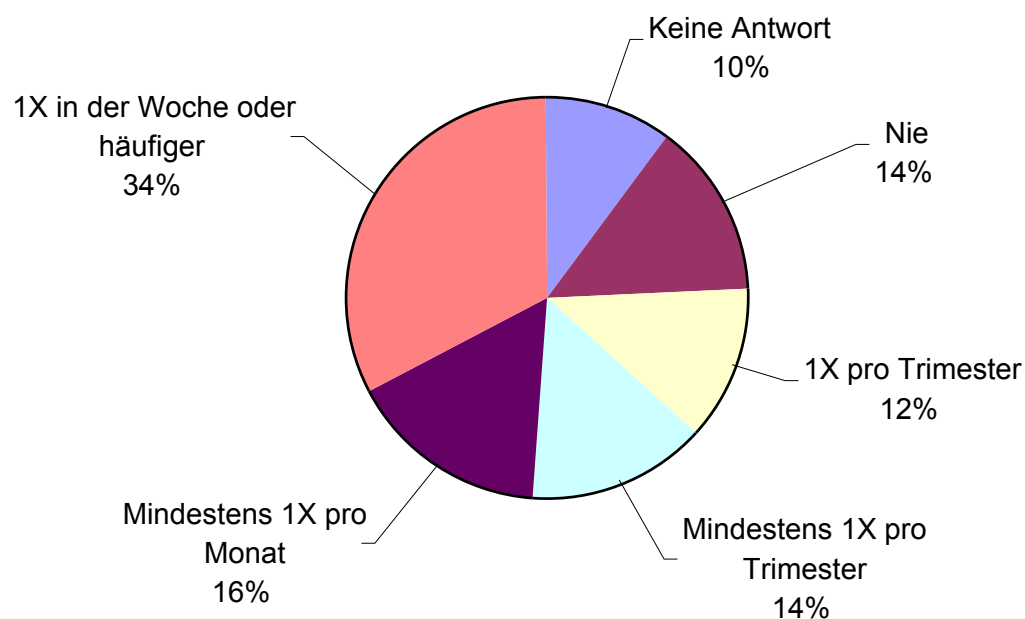
- ✓ die Reduktion der Aufenthaltsdauer in den Spitälern, wodurch eine Verlegung der Tätigkeiten in den sozialmedizinischen Bereich resultiert, erfordert im Hinblick auf die Behandlungskontinuität der Patienten, eine verbesserte Koordination;
- ✓ Anreize werden für die Partner geschaffen, eine gemeinsame Politik in bezug auf die Versorgung der Patienten innerhalb des Netzes zu verwirklichen;
- ✓ Durch die Beteiligung des Patienten, seiner Angehörigen sowie des behandelnden Arztes an den festgehaltenen Optionen für die Versorgung der Patienten innerhalb des Gesundheitssystems, kann die Instanz der Koordination den Patienten sowie sein soziales Umfeld Mut zusprechen.

Bei Bedarf könnte diese Instanz der regionalen Koordination die Dienste eines Arztes in Teilzeitanstellung beanspruchen.

In bezug auf die Finanzierung der regionalen Kommissionen im Kanton Wallis ist zwischen den beiden nachfolgenden Situationen zu unterscheiden:

- ✓ Beim Beginn eines Projektes, welches durch das Departement genehmigt wird, beteiligt sich der Kanton finanziell an den betreffenden Pilotprojekten zu 100% der berücksichtigten Kosten.
- ✓ Für die definitive Umsetzung einer Struktur in einer Region ist die finanzielle Beteiligung des Kantons in der Regel tiefer und beläuft sich auf 75%. Diese Vorgehensweise schafft Anreize, damit die verschiedenen Leistungserbringer sowie die Behörden der betreffenden Region sich am Projekt beteiligen.

Auf die Frage « *In welcher Häufigkeit werden Sie durchschnittlich von einer anderen Institution zwecks Gewährleistung der Weiterverfolgung der Behandlung sowie Pflege für die Patienten kontaktiert?* » antworten die Institutionen wie folgt:



5.12 MANGEL AN PFLEGEPERSONAL

5.12.1 STUDIE ÜBER DIE STELLUNG DER WSGKP IM RAHMEN DER ZUKÜNFTIGEN WESTSCHWEIZER FACHHOCHSCHULE GESUNDHEIT/SOZIALWESEN

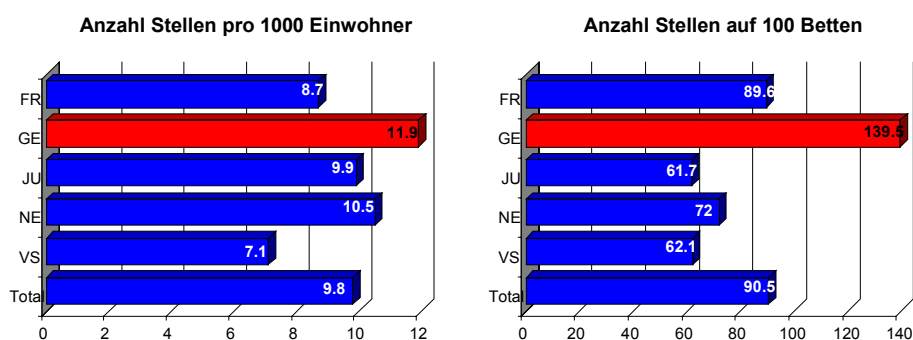
Auf die gemeinsame Initiative der Dienststelle für Gesundheitswesen sowie der Dienststelle für Sozialwesen wurde eine Kommission eingesetzt, die mit der Untersuchung der Stellung der WSGKP im Rahmen der Westschweizer Fachhochschule Gesundheit /Sozialwesen beauftragt wird. Diese Kommission, welche sich sowohl aus Mitarbeiter der kantonalen Verwaltung sowie aus externen Experten zusammengesetzt hat, stellte folgendes fest:

«In den letzten 10 Jahren verlief die Entwicklung der Tätigkeit in den Gesundheitsinstitutionen sehr unterschiedlich aus. Es ist eine markante Zunahme der Krankentage in den Pflegeheimen sowie der Leistungen zu Hause in den SMZ festzustellen. Hingegen haben die Krankentage in den Spitälern stark abgenommen. Dabei fiel die Anzahl von Fällen eher stabil aus. Die Abnahme ist vor allem das Ergebnis der Aufenthaltsdauer zurückzuführen».

Dieser Transfer der Tätigkeit von den Akutspitäler auf die Pflegeheime, auf die Rehabilitationskliniken sowie auf die Hilfe und Pflege zu Hause wirkt sich ebenso auf die Bedürfnisse an ausgebildetem Personal aus.

Insgesamt verfügt der Kanton Wallis über eine weniger hohe Dichte an Pflegepersonal als die Westschweizer Kantone. Dies gilt insbesondere in bezug auf die Berufe der Krankenschwester, der Hebamme sowie der Pflegeassistentin. Die nachfolgende Abbildung erstellt einen interkantonalen Vergleich in bezug auf die Dotation an Pflegepersonal.

Anzahl Stellen im Pflegebereich in den Spitälern/Pflegeheimen / SMZ per 31.12.1998
Quelle : Befragung Westschweizer Fachhochschule, Bericht 2000



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

page 99

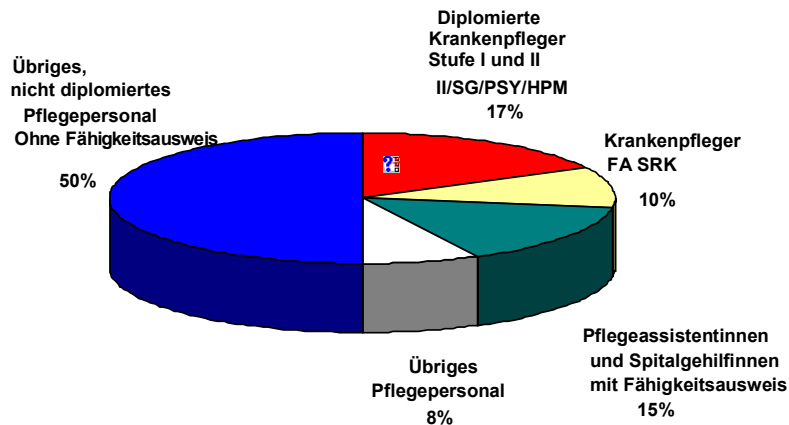
Indicateurs.ppt/NN

Abbildung 36: Anzahl Posten des Pflegepersonals in den Krankenanstalten.

Die Bedürfnisse sind insbesondere im Bereich der Spitäler, der Pflegeheime (mit 49.5 von nicht diplomierten Personal bzw. Personal ohne Fähigkeitsausweis), sowie der SMZ.

Die nachfolgende Abbildung, welche aufgrund der Statistiken der Krankenanstalten des BFS erstellt worden ist, zeigt eine beunruhigende Tatsache auf, nämlich dass der Anteil des nicht diplomierten Pflegepersonals in den Pflegeheimen rund 50% beträgt.

Pflegeheime - Aufteilung der Arbeitsplätze im Pflegebereich per 31.12.1999
 QUELLE: DfG, 1999



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

page 98
 Indicateurs.ppt/NN

Abbildung 37: Pflegeheime: Aufteilung der Arbeitsstellen des Pflegepersonals 1998.

Infolge der Alterung der Bevölkerung werden die Bedürfnisse an Pflegepersonal inskünftig markant zunehmen.

5.12.2 ZUKÜNFTIGE BEDÜRFNISSE IM BEREICH DER AUSBILDUNG DES PFLEGEPERSONALS

Ein vorangehendes Kapitel hat die Lücken im Rahmen der Betreuung der betagten Personen aufgezeigt, insbesondere in bezug auf den Personalmangel in den Gesundheitsinstitutionen.

Damit die gestellten Schwierigkeiten gelöst werden können, sind die nachfolgenden Lösungen in Betracht zu ziehen:

- ✓ der Kanton beabsichtigt, auf der Stufe eines Fähigkeitsausweises die drei Ausbildungen für Hauspflege, Hauswirtschaft und Pflegeassistenz ab Beginn 2001 mit teilweise gemeinsamen Ausbildungselementen einzurichten. Dieses Projekt erhielt bereits eine positive Vormeinung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz sowie des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie. Mit der Koordination dieser Ausbildung wird die berufliche Mobilität gefördert, Ausbildungsmöglichkeiten für Jugendliche angeboten. Überdies wird sämtlichen Gesundheitsinstitutionen des Kantons Wallis eine Reihe von Fachpersonen angeboten, die sie dringend benötigen. Dabei sind die Bedürfnisse vorab in den Pflegeheimen bedeutend, indem in diesem Tätigkeitsbereich über die Hälfte des Pflegepersonals über keine Ausbildung mit Fähigkeitsabschluss verfügt.

- ✓ die **berufliche Wiedereingliederung von Hausfrauen**, welche bereits eine Ausbildung im Bereich der Pflegeberufe absolviert haben, ist unbedingt zu fördern. Zu diesem Zweck sind auf Initiative des Kantons und in Zusammenarbeit mit der WSGKP sowie des Schweizerischen Krankenpflegeverbandes den interessierten Personen Kurse vorzuschlagen. Die Finanzierung dieser Kurse ist ebenfalls zu gewährleisten.
- ✓ das **Ausbildungsangebot ist weiter auszubauen**, namentlich im Bereich der Gerontologie, welche sich insbesondere mit der betagten Person befasst. In diesem Zusammenhang ist die Postdiplomausbildung in Gerontologie und Geronto-Psychiatrie zu fördern.
- ✓ Die **Fortbildung** des Pflegepersonals ist zu fördern.
- ✓ damit in der Bevölkerung ein möglichst positives Bild der Pflegeberufe entsteht, sollte zum Beispiel durch die WSGKP **ein Marketing für diese Berufe** durchgeführt werden. Die Walliser Krankenpflegeschule könnte ein entsprechendes Leitbild entwerfen.
- ✓ Schliesslich kann kurzfristig auf **ausländisches Pflegepersonal** zurückgegriffen werden. Dies bildet jedoch nicht die beste Lösung, indem zuerst Lösungen mit den hier vorhandenen Mittel anzustreben sind und überdies die Rekrutierung von ausländischen Fachkräften in gewissen Fällen zu sprachlich oder kulturell bedingte Verständigungsproblemen mit den betagten Heimbewohner führen kann. Damit dieses Vorgehen möglichst Erfolg verspricht, könnten die Pflegeheime gemeinsam Pflegepersonal im Ausland rekrutieren, vorrangig aus Deutschland sowie aus den französischsprachigen Ländern.

Aufgrund der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens befinden sich die Massnahmen zur Erhöhung der Attraktivität der Stellen im Pflegebereich bei den spezialisierten Ausbildungen, der Einrichtung der Arbeitszeiten sowie bei der Verbesserung der Arbeits- und Lohnbedingungen (64% der Befragten stufen den letztgenannten Faktor als sehr wichtig ein. Die soziale Anerkennung für die geleistete Arbeit ist ebenfalls hervorzuheben.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN AN DEN STAATSRAT

Aufgrund der demographischen Rahmenbedingungen mit einer ausgeprägten Alterung der Bevölkerung sowie infolge der Entwicklung des Gesundheitssystems mit einer Verlagerung der Tätigkeit vom Spitalbereich in den sozialmedizinischen Bereich (Pflegeheime und sozialmedizinische Zentren), gibt das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie die nachfolgenden Empfehlungen an den Staatsrat ab:

1. den Bericht des Departements für Gesundheit, Sozialwesen und Energie vom Mai 2001 mit dem Titel "Betreuung der betagten Personen – Koordination und Abstimmung zwischen den Leistungserbringern" zur Kenntnis zu nehmen sowie dessen Empfehlungen gutzuheissen.

Sozialmedizinische Regionalzentren

2. für die Sozialmedizinischen Regionalzentren inskünftig nach der versorgten Bevölkerung die nachfolgenden Mindestnormen der Personaldotation festzulegen:

A) 1 Krankenpfleger pro	1'700	Einwohner
B) 1 Sozialarbeiter pro	5'500	Einwohner
C) 1 Familienhelferin pro	2'500	Einwohner
D) 1 Verwaltungspersonal pro	10'000	Einwohner

3. Die vorerwähnten Mindestnormen der Personaldotation als Subventionierungsbedingung im Sinne von Artikel 97 des kantonalen Gesundheitsgesetzes vom 9. Februar 1996 festzuhalten.
4. die fortschreitende Inkraftsetzung der vorerwähnten Mindestnormen für die Personaldotation gemäss dem nachfolgenden Zeitplan zu definieren:

<i>Jahr</i>	2002	2004	2005
Prozentsatz der zusätzlichen Personaldotation	35%	70%	100%

Pflegeheime

5. gemäss den nachfolgenden Modalitäten und Zeitplan eine Anpassung der Aufnahmekapazität der Walliser Pflegeheime vorzunehmen.

a) Erste Phase der Planung

Es wird eine Anpassung der Aufnahmekapazität der Walliser Pflegeheime durch die Schaffung von 200 neuen Betten vorgenommen. Dabei sind bei der Aufteilung der neuen Betten die differenzierten Bedürfnisse pro Region zu berücksichtigen, nämlich:

Oberwallis

100 Betten (in der Gesundheitsregion Brig)

Mittelwallis

70 Betten

Unterwallis

30 Betten.

b) zweite Phase der Planung (nach Abschluss der 1. Phase)

Die heute betriebenen, aber im Rahmen der Planung noch nicht berücksichtigten Pflegeheimbetten sind aufgrund der Bettenaufteilung pro Gesundheitsregion anzuerkennen. Dabei hat die Anerkennung der Betten pro Gesundheitsregion gemäss der kantonalen Planung der Pflegeheimbetten zu erfolgen. Diese Anerkennung wird Gegenstand eines separaten Staatsratsentscheides bilden.

6. das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie zu beauftragen, die Richtlinien für den Erhalt einer Bewilligung als Pflegeheim für Betagte wie folgt zu revidieren:
 - die Minimalnorm für den Personalbestand im Pflegebereich auf 0.6 Posten des Pflegepersonals pro bewilligtes Bett festzulegen.
 - die übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte sind denselben Bedingungen für den Erhalt einer Bewilligung wie die Pflegeheime zu unterstellen.
7. Das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie zu beauftragen, für die Bereiche Hilfe und Pflege zu Hause, Pflegeheime sowie bezüglich die Koordination zwischen den Leistungserbringern zur Gewährleistung der zukünftigen Versorgung spätestens bis im Jahre 2005 erneut eine Bedarfsanalyse durchzuführen, bzw. eine Evaluation der eingeleiteten Massnahmen vorzunehmen.
8. das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie zu beauftragen, in Zusammenarbeit mit den betreffenden Partnern, nach Ermittlung des Bedarfes in sämtlichen Gesundheitsregionen Abteilungen in den sechs Walliser Akutspitälern Wartebetten zu schaffen.
9. die Pflegeheime für Betagte zu ersuchen, Ferienbetten bereitzustellen, nämlich 1 bis zwei Betten pro Anstalt, damit bei Bedarf die eine betagte Person betreuenden Familien entlastet werden können.

Koordination zwischen den Leistungserbringern

10. Im Rahmen der regionalen Gesundheitskommissionen Koordinationsstellen zur Sicherstellung der Behandlungs- und Pflegekontinuität sowie der bedarfsgerechten Platzierung der Patienten zu schaffen.
11. regionale Beratungsstellen der Liaisonpsychiatrie zu schaffen. Diese Beratungsstellen, welche den bestehenden psychiatrischen Institutionen (Psychiatrische Institutionen des Valais Romand sowie Psychiatriezentrum Oberwallis) anzugliedern sind, stellen die Ausbildung des Personals der betreffenden Institutionen in Psychiatrie sowie die diesbezügliche Koordination zwischen dem ambulanten, teilstationären und stationären Sektor sicher.
12. das Ausbildungsangebot im Bereich der Sozialmedizinischen Zentren sowie der Pflegeheimen für Betagte bedarfsgerecht zu gestalten. Demnach kann insbesondere das Pflegepersonal mit mittlerer Qualifikation zur Deckung des Bedarfes beitragen.
13. Das Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie mit dem Vollzug des vorliegenden Entscheides zu beauftragen.

7. BEILAGEN

7.1 RICHTLINIEN DES DEPARTEMENTS FÜR GESUNDHEIT, SOZIALWESEN UND ENERGIE

Unter dem Gesichtspunkt der Überwachung der der Krankenanstalten und Institutionen hat das Departement verschiedene Richtlinien erlassen :

Richtlinien vom 20. April 1998

Infolge der Inkraftsetzung der Verordnung über die Betriebsbewilligungen der Krankenanstalten und –institutionen, hat das Departement die Bedingungen festgelegt, zu welchen die Pflegeheime für Betagte eine Betriebsbewilligung erhalten. Diese Bedingungen beziehen sich insbesondere auf die Festlegung der Verantwortlichkeiten, auf die Voraussetzungen in bezug auf die Ausbildung, auf die medizinische Versorgung, auf die Anzahl sowie auf die Qualifikation des Personals und schliesslich auf die Ausrüstungen und Räumlichkeiten, welche den Hygiene, Qualitäts- und Sicherheitsansprüchen gerecht werden müssen.

Aufgrund der Inspektionen, welche durch die Dienststelle für Gesundheitswesen im Sommer 1998 in sämtlichen Pflegeheimen durchgeführt worden sind, konnten die Betriebsbewilligungen der öffentlichen und privaten Pflegeheimen erneuert werden.

Richtlinien vom 27. Oktober 1998

Die Richtlinien vom 27. Oktober 1998 legen die Bedingungen fest, welche durch die übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte für den Erhalt einer Betriebsbewilligung zu erfüllen sind.

Gegenwärtig sind vier übrige Pflegeeinrichtungen für Betagte als gemeinnützig anerkannt worden, nämlich die Institutionen von Leukerbad, Visperterminen, Guttet und Mörel. Diese Institutionen beziehen kantonale Subventionen.

Richtlinien vom 1. März 2000

Die Richtlinien des Departements vom 1. März 2000 legen gemäss dem kantonalen Recht die Bedingungen fest, die durch die Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause zu erfüllen sind für die Zulassung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig zu sein. Diese Richtlinien sind neben den Sozialmedizinischen Zentren besonders für die übrigen Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause wichtig.

8. BIBLIOGRAPHIE

- Kantonales Gesundheitsgesetz vom 9. Februar 1996 und dessen Ausführungsbestimmungen, Sitten ;
- Richtlinien des Departementes für Gesundheit, Sozialwesen und Energie betreffend die Bedingungen für den Erhalt einer Betriebsbewilligung als Pflegeheim für Betagte vom 20 April 1998 ;
- Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie des Kantons Wallis « Walliser Konzept der Pflegeheime und der übrigen Pflegeeinrichtungen für Betagte » Februar 1999 ;
- Bundesamt für Statistik, Statistik der sozial-medizinischen Institutionen, 1998-1999 ;
- Bundesamt für Statistik, Demographische Perspektiven für den Kanton Wallis ;
- Dienststelle für Gesundheitswesen, Statistik der Alters- und Pflegeheime, 1997-1998-1999-2000 ;
- BESA System zur Klassifikation der Pensionäre und Berechnung der Pflegekosten, Heimverband Schweiz; 3. Ausgabe, Januar 1997
- Alter Anziani Vieillesse – Wichtigste Ergebnisse des nationalen Forschungsprogrammes (32), François Höpflinger, Astrid Stuckelberger in Zusammenarbeit mit Prof. Hermann-Michel Hagmann und mit Beiträgen von : Peter Binswanger, François Huber, Charles Kleiber, Mimi Lepori Bonetti, Pasqualina Perrig-Chiello, Yvonne Preiswerk, Jean-Pierre Rageth, Hannes B. Stähelin, Helmut Schneider, Hans Schmid, Jean Wertheimer.
- Entwicklung und Perspektiven des Walliser Gesundheitssystems, Pierre Gilliand, Oktober 1998.
- Der Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung, zweiter Bericht, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne sowie Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, September 2000.
- Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 – Kanton Wallis – Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie, August 2000.