



Vom Regierungsrat am 16. Dezember 2009 genehmigt

Gesundheitswesen Aargau 2012 Pflegeheimkonzeption

Vorwort zur Pflegeheimkonzeption

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich verspreche Ihnen: Sie halten mit der Pflegeheimkonzeption ein Dokument in Händen, das es in sich hat. Und – glauben Sie mir: Ich bewerbe das Papier im ersten Satz meines Vorworts nicht, weil ich die Konzeption bedeutender machen will, als sie tatsächlich ist. Seien wir uns vielmehr bewusst: Sie soll für Kanton, Gemeinden und Institutionen zu *der* Basis für die Langzeitpflege der Zukunft werden. Und zwar einer Langzeitpflege, die den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen in unserem Kanton tatsächlich entspricht. Denn vergessen wir nicht: Was unter dem Titel Demografie passiert, ist nicht einfach ein belangloses Zahlenspiel. Nein, sie bildet konkret die Herausforderungen ab, die in der Langzeitversorgung zu bewältigen sein werden. Zur Illustration: Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird sich im Aargau in den nächsten 20 Jahren mehr als verdoppeln.

Sie sehen also, die Entwicklung bleibt mit Sicherheit nicht stehen. Und deshalb ist es entscheidend, dass sich die Angebote nicht nur an den Bedürfnissen in der Gegenwart, sondern auch an jenen der Zukunft orientieren. Ich denke dabei an die "besonderen Angebote" in der Pflegeheimkonzeption, die erahnen lassen, mit welchen Ansprüchen die Pflegeinstitutionen in den kommenden Jahren noch vermehrt konfrontiert sein werden. Ein Beispiel unter vielen: Die Palliative Care ist in jedem Heim eine zentrale Aufgabe - sei es als selbstverständlicher Bestandteil des Pflegeangebots, sei es im Rahmen einer speziellen Station. Erstens werden die Menschen immer älter, zweitens treten sie immer später in eine Institution ein, und drittens ist die Zeit, die sie in einem Heim verbringen, immer kürzer. Das bedeutet: Der Begleitung auf dem letzten Lebensabschnitt kommt in sämtlichen Facetten der Betreuung eine immer grössere Bedeutung zu. Und zwar nicht im Sinn, dass der Prozess des Sterbens von Menschen, die kurativen Therapien nicht mehr zugänglich sind, beschleunigt oder verlängert wird. Nein, es geht darum, dass das Sterben als Teil des Lebens begriffen wird. Der Teil, bei dem durch eine umfassende Behandlung, Pflege und Fürsorge ein Maximum an Lebensqualität erhalten bleibt.

Ich führe dies hier aus, weil es trotz Gesetzen, Verordnungen und Konzeptionen am Schluss um Menschen geht – um solche, die Pflege brauchen und um solche, die Pflege bieten. Das müssen sich vor allem die Politikerinnen und Politiker immer wieder vor Augen führen. Denn vor lauter Zahlen, Daten, Fakten gerät das Menschliche zuweilen etwas in den Hintergrund. Verstehen Sie mich nicht falsch: Wir haben die Verpflichtung, unsere Verantwortung gegenüber Menschen, die Hilfe brauchen, auf der Grundlage von gesicherten Erkenntnissen wahrzunehmen. Aber wir dürfen die menschlichen Dimensionen unseres Handelns nie aus den Augen verlieren. Denn das, was die Politik an Überzeugungen mit Herzblut in Gesetze giesst, ist immer nur so gut wie die Wirkung, die sie im Alltag von Betroffenen ganz konkret entfalten. Daran wird auch die Pflegeheimkonzeption zu messen sein.

Regierungsrätin Susanne Hochuli

Vorsteherin Departement Gesundheit und Soziales

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	- 4 -
1.1 Ausgangslage und Zielsetzungen	- 4 -
1.2 Aufbau der Pflegeheimkonzeption	- 5 -
1.3 Abgrenzungen	- 6 -
2. Rahmenbedingungen	- 8 -
2.1 Bundesrecht	- 8 -
2.2 Kantonales Recht	- 9 -
2.3 Gesundheitspolitische Gesamtplanung	- 10 -
2.4 Rekrutierung und Ausbildung von Pflegepersonal	- 12 -
3. Bevölkerungsentwicklung	- 13 -
3.1 Demografische Entwicklung	- 13 -
3.2 Die soziodemografische Entwicklung	- 16 -
3.3 Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Aargau	- 16 -
3.4 Bevölkerungsprognose auf Gemeindeebene	- 19 -
4. Ist-Situation im stationären Langzeitbereich	- 20 -
5. Besondere Angebote	- 23 -
5.1 Gerontopsychiatrie	- 24 -
5.2 Demenz	- 26 -
5.3 Spezielle Palliative Care	- 31 -
5.4 Übergangspflege	- 32 -
5.5 Temporäre Pflegeplätze	- 33 -
5.6 Tages- und Nachtstrukturen	- 34 -
5.7 Jüngere Pflegebedürftige	- 36 -
5.8 Alternative Wohn- und Betreuungsformen	- 37 -
6. Bedarfsplanung	- 39 -
6.1 Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit	- 40 -
6.2 Vergleiche mit Planungswerten anderer Kantone	- 43 -
6.3 Festlegung des Richtwertes	- 45 -
7. Pflegeheimliste	- 48 -
7.1 Aufbau der Pflegeheimliste	- 48 -
7.2 Verfahren zur Führung der Pflegeheimliste	- 48 -
8. Umsetzung auf Gemeindeebene	- 50 -
9. Umsetzung durch den Kanton	- 52 -

10.	Auswirkungen	52
10.1	Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton	52
10.2	Auswirkungen auf die Wirtschaft	52
10.3	Auswirkungen auf die Gesellschaft	53
10.4	Auswirkungen auf die Umwelt	53
10.5	Auswirkungen auf die Gemeinden	53
Anhang I		54
	Bibliographie	54
	Abbildungsverzeichnis	56
	Zusammenfassung der im Text verwendeten Abkürzungen	57
	Glossar	58
Anhang II		65
	Muster Leistungsvereinbarung	65
	Checkliste für Gemeinden	69
	Wichtige Adressen und Links	71

1. Einleitung

Die neue Pflegeheimkonzeption hat einen ganz besonderen Stellenwert in Bezug auf die Planung und die Organisation im Bereich der ambulanten und stationären Pflege von pflegebedürftigen oder durch altersbedingte Einschränkungen behinderten Menschen. Als weiterer Eckpfeiler in der Gesundheitsversorgung des Kantons Aargau füllt sie die Lücke zwischen Spitalkonzeption und Pflegegesetz. Die Pflegeheimkonzeption enthält die Umsetzung der Vorgaben des Pflegegesetzes gemäss § 4. Es sind dies:

- a. die Leistungsaufträge gemäss den Vorgaben der Krankenversicherungsgesetzgebung
- b. Richtwerte, die den Gemeinden für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots im Bereich der stationären Langzeitpflege als Hilfestellung dienen (Ist-Zustand und Prognosen),
- c. Ausführungen über die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, namentlich für besondere Angebote sowie zur Nutzung von Synergien.

Im Sinne der Artikel 39 Bst. d und e KVG sowie 58a bis 58e KVV ist die Pflegeheimkonzeption ein reines Planungsinstrument. Demgemäss haben die Kantone den Bedarf und das Angebot zu ermitteln und eine Auswahl der Leistungserbringer nach den Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu treffen. Für die Versorgung der versicherten Personen in Pflegeheimen erfolgt die Planung kapazitätsbezogen. Explizit nicht Gegenstand der Planung ist die Finanzierung. Diese wird im Rahmen der Gesetzesanpassung und den entsprechenden Verordnungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, analog der KVG-Revision, definiert. Zudem richtet sich die Planung nur auf den stationären Bereich. Ergänzend wird in gewissen Fällen Bezug zu ambulanten Angeboten genommen.

Unter Einbezug von Verbänden im Alterspflegebereich und der Santésuisse wurde die vorliegende Pflegeheimkonzeption erarbeitet. Sie bildet einen Bestandteil der konsequenten Umsetzung der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung des Kantons Aargau.

1.1 Ausgangslage und Zielsetzungen

Im Rahmen der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) wurden unter anderem für den Langzeitpflegebereich Grundsätze festgelegt. Darauf aufbauend erarbeitete das Departement Gesundheit und Soziales (DGS) zur Neuregelung der Langzeitversorgung ein neues Pflegegesetz, welches im Jahr 2007 vom Grossen Rat verabschiedet wurde und seit dem 1. Januar 2008 in Kraft ist. Es sieht vor, dass in Zukunft die Gemeinden zuständig sind für die Sicherstellung der Angebote der Langzeitpflege. In diesem Zusammenhang sollen sich die Gemeinden jedoch auf Richtwerte und Vorgaben des Kantons zur bedarfsgerechten und qualitativ angemessenen Versorgung stützen können.

Dazu erlässt der Regierungsrat die notwendigen Fachkonzepte. Das Spitex-Leitbild liegt vor und ist am 24. September 2008 vom Regierungsrat genehmigt worden.

Der Kanton Aargau führt, gestützt auf Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes des Bundes (KVG) eine auf einer stationären Bedarfsplanung beruhende Pflegeheimliste, welche alle

Leistungserbringer umfasst, die Pflegeleistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen können.

Das per 1. Januar 2004 in Kraft getretene neue Spitalgesetz regelt nur noch den Spitalbereich. Für eine Übergangsphase wurden diejenigen Bestimmungen des alten Spitalgesetzes, soweit sie sich auf die Krankenhäuser beziehen, in Kraft belassen. Das Altersheimgesetz wurde im Rahmen der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden per 31. Dezember 2006 aufgehoben.

Mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 sind die wesentlichen Entscheide in Bezug auf die künftige Finanzierung der Pflegeleistungen gefällt, bis dato aber noch nicht in Kraft gesetzt worden. Offen sind noch die sich daraus ergebenden definitiven Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sowie auf kantonaler Ebene die Regelung der Finanzierung der Restkosten, welche weder von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, noch auf den Versicherten überwält werden können.

1.2 Aufbau der Pflegeheimkonzeption

In Kapitel 2 werden zuerst die **Rahmenbedingungen** analysiert. Die für das Konzept relevanten rechtlichen Grundlagen, namentlich das Bundesrecht mit dem KVG und das kantonale Recht mit dem Pflegegesetz und der Pflegeverordnung, werden in den Punkten 2.1 und 2.2 aufgeführt und erklärt. Ergänzt wird dies durch die Strategien aus der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) des Kantons Aargau im Abschnitt 2.3. Ebenfalls zu den Rahmenbedingungen gehört die Analyse des zukünftigen Bedarfs an Pflegepersonal im darauffolgenden Abschnitt, da im personalintensiven Bereich der Langzeitpflege der Personalrekrutierung ein besonderer Stellenwert zukommt.

Kapitel 3 greift die **Bevölkerungsentwicklung** auf, da sie eine zentrale Rolle für die zukünftige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen spielt. Es werden sowohl die demografische als auch die soziodemografische Entwicklung der aargauischen Bevölkerung erklärt und die für die Planung der stationären Langzeitversorgung wichtigen Faktoren aufgezeigt. Ein besonderer Fokus wird dabei auf die Gruppe der 80-Jährigen und Älteren gelegt, weil sich der Richtwert massgeblich an deren zahlenmässiger Entwicklung orientiert. Detaillierte Bevölkerungsprognosen für die einzelnen Bezirke vervollständigen das Kapitel.

Danach folgt in Kapitel 4 eine Analyse der **Ist-Situation des stationären Langzeitbereichs** im Kanton Aargau. Mittels einer Umfrage bei allen Institutionen der stationären Langzeitpflege sowie der Auswertung von Sekundärdaten wurde ein Überblick des vorhandenen Angebots sowie der Inanspruchnahme geschaffen, welcher als wichtige Grundlage für die spätere Richtwertberechnung dient.

Um den komplexen Bedürfnissen betagter Menschen zu begegnen, existieren im Langzeitbereich diverse **besondere Angebote**, auf welche in Kapitel 5 näher eingegangen wird. Unter den Punkten 5.1 bis 5.4 werden die Begriffe Gerontopsychiatrie, Demenz, Palliativ Care

und Übergangspflege erklärt, das Angebot aufgezeigt sowie Anforderungen formuliert, welche von einer Institution mit entsprechendem Angebot auf der Pflegeheimliste erfüllt werden müssen. Die Abschnitte 5.5 und 5.6 zeigen den Nutzen von temporären Pflegeplätzen sowie von Tages- und Nachtstrukturen auf und geben einen Überblick über das vorhandene Angebot. Im Abschnitt 5.7 wird die Problematik von jüngeren Pflegebedürftigen aufgegriffen. Zum Abschluss des Kapitels werden unter Punkt 5.8 alternative Wohn- und Betreuungsformen vorgestellt und auf ihren Stellenwert im Rahmen der Pflegeheimkonzeption hin beschrieben.

Im Kapitel 6 wird auf die eigentliche **Bedarfsplanung und die Festlegung des Richtwertes** eingegangen. Im Abschnitt 6.1 werden als Überblick die Einflussfaktoren aufgezeigt und geklärt, auf welcher Basis eine Planung nach Richtwerten erfolgen soll. Im nächsten Abschnitt 6.2 werden die wichtigsten künftigen Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit, analysiert und in Bezug auf die künftige Entwicklung beurteilt. Im folgenden Abschnitt 6.3 wird die Situation in anderen Kantonen beleuchtet und mit jener im Kanton Aargau verglichen. Unter Abschnitt 6.4 werden die Grundsätze für die Planung rekapituliert und darauf aufbauend der Richtwert festgelegt.

Nachdem in den vorangehenden Kapiteln die Grundlagen erarbeitet wurden, werden im Kapitel 7 die Struktur der neuen **Pflegeheimliste** und die damit verbundenen Verfahren vorgestellt. Im Vergleich zur alten Liste enthält sie nicht nur Angaben über die im Kanton Aargau zur Abrechnung nach KVG zugelassenen Leistungserbringer, sondern neu auch Angaben zu besonderen Angeboten der Institutionen, beispielsweise einer spezialisierten Demenzabteilung. Abschnitt 7.1 gibt einen Überblick des genauen Aufbaus der Liste, während im folgenden Abschnitt 7.2 das Verfahren zur Anpassung der Pflegeheimliste erläutert wird. Es wird der Ablauf mit allen Verfahrensschritten aufgezeigt, was insbesondere für Trägerschaften, Gemeinden und Investoren wichtig ist. Unter Punkt 7.3 wird auf den Ablauf zur Überführung der bestehenden in die neue Pflegeheimliste hingewiesen.

Kapitel 8 befasst sich mit der konkreten **Umsetzung der Vorgaben der Pflegeheimkonzeption in den Gemeinden**. Es soll erklärt werden, wie die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden aussieht und welche Überlegungen von den Gemeinden hinsichtlich der Planung neuer stationärer Institutionen gemacht werden sollten.

Zum Abschluss der Konzeption wird im Kapitel 9 die **Umsetzung der Pflegeheimkonzeption durch den Kanton** geregelt. Es wird aufgezeigt, welche Massnahmen zu deren Umsetzung erforderlich sind und in welchen Abständen die Konzeption überarbeitet werden soll.

Zur besseren Erklärung einzelner Fachausdrücke ist der Pflegeheimkonzeption im Anhang ein Glossar angefügt.

1.3 Abgrenzungen

In der Pflegeheimkonzeption beschränkt sich der Kanton auf die im Pflegegesetz umschriebenen Inhalte. Dies betrifft gemäss Art. 4 des Pflegegesetzes die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots, die Festlegung eines Richtwertes, die Formulierung des

Leistungsauftrages und die Ausführungen über die Zusammenarbeit zwischen den Parteien. Die Pflegeheimkonzeption dient den Gemeinden und dem Kanton primär als Planungsinstrument. Um den Rahmen nicht zu sprengen, werden folgende im Pflegegesetz und der Pflegeverordnung namentlich aufgeführten Sachgebiete bewusst ausgelassen, obwohl diese Nahtstellen für alle involvierten Personen und Institutionen von grosser Bedeutung sind :

- **Qualitätssicherung:** Seit 2008 sind die Pflegeheime verpflichtet, jährlich an einem Qualitätsreporting teilzunehmen. Zusätzlich findet periodisch ein Audit statt.
 - **Forum für Altersfragen:** Der Festlegungsprozess, welche Organisationen in diesem Gremium vertreten sein müssen, ist abgeschlossen und deren Repräsentanten sind namentlich bestimmt. Das Gremium soll neben dem Informationstransfer und der Projektarbeit auch Synergien zwischen den Angeboten erkennen und koordinieren. Weiterführende Informationen rund um das Forum für Altersfragen werden zukünftig über das Internet zur Verfügung gestellt. Es ist eine entsprechende internetbasierte Informationsplattform geplant.
 - **Ombudsstelle:** Die Ombudsstelle ist seit 2004 operativ tätig.
 - **Freiwilligenarbeit:** Es besteht eine paritätische Arbeitsgruppe, in der sämtliche relevanten Organisationen vertreten sind. Eine Prognose, bis wann erste konkrete Resultate vorliegen, ist zum heutigen Zeitpunkt - das heisst Frühjahr 2009 - noch nicht möglich.
 - **Ambulante Angebote:** Der Inhalt der vorliegenden Konzeption ist die Planung des stationären Angebotes und die Klärung damit zusammenhängender Fragestellungen. Aus diesem Grund werden ambulante Angebote nur ansatzweise erwähnt. Ambulante Angebote sind aber ein wichtiger Teil der Langzeitpflege und können den stationären Sektor massgeblich entlasten. Der Kanton hat deshalb für diverse ambulante Angebote eigene Projekte gestartet, von denen hier das Spitex-Leitbild besonders hervorgehoben werden soll:
 - o **Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex):** Für die Hilfe und Pflege zu Hause gibt es seit September 2008 ein Leitbild. Der erste Nachweis über die Qualitäts- und Leistungsfähigkeit der Spitex-Dienstleistungen erfolgt im 2010 für die Werte des Jahres 2009.
 - **Pflegefinanzierung:** Die vorliegende Pflegeheimkonzeption des Departements Gesundheit und Soziales beziehungsweise der Abteilung Gesundheitsversorgung ist ein Planungsinstrument. Die Konzeption beschränkt sich auf das qualitative Angebot und auf die Anzahl Pflegeheimplätze. Die Finanzierung wird im Rahmen der Gesetzesanpassung und den entsprechenden Verordnungen zur Neuordnung der Pflegefinanzierung, analog der KVG-Revision, definiert. Die Pflegekosten werden zwischen Leistungsbezügern, Krankenversicherern und der öffentlichen Hand aufgeteilt.
-

2. Rahmenbedingungen

Für die Pflegeheimkonzeption sind Artikel des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) mit den dazugehörigen Verordnungen, der Aargauer Kantonsverfassung sowie das Pflegegesetz, die Pflegeverordnung und einzelne Strategien der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung massgebend. Zuständig für den Erlass der Konzeption ist der Regierungsrat (§ 4 Abs. 1 PflG). Im Folgenden werden die für die Pflegeheimkonzeption relevanten Artikel beschrieben. Es wird eine wichtige Aufgabe sein, eine optimale Lösung zwischen diesen Gesetzen, Verordnungen und Strategien zu finden. Diese Spannungsfelder müssen ständig neu bearbeitet werden, damit innerhalb der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Optimum gefunden werden kann.

2.1 Bundesrecht

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sind für den Pflegeheimbereich vor allem die folgenden Artikel relevant (aktuell gültiges Recht, Stand: 1. Januar 2009):

Art. 25 Abs. 1 und 2: Leistungen bei Krankheit

"Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen" sowie "Diese Leistungen umfassen die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von 1. Ärzten oder Ärztinnen, 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen, 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen".

Art. 35 Abs. 1 und 2 k): Grundsatz

"Zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungserbringer zugelassen, welche die Voraussetzungen nach den Artikeln 36-40 erfüllen. Leistungserbringer sind: Pflegeheime (Bst. k)".

Art. 39 Abs 3: Spitäler und andere Einrichtungen

"Die Voraussetzungen nach Absatz 1 (Bedarfsgerechte Versorgung, Anmerkung) gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim)".

Art. 50: Tarifverträge mit Pflegeheimen

"Beim Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39, Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Die Absätze 7 und 8 von Artikel 49 sind sinngemäss anwendbar".

Art. 54 Abs. 1: Globalbudgetierung durch die Genehmigungsbehörde

"Die Versicherer können beantragen, dass der Kanton als befristete ausserordentliche Massnahme zur Eindämmung eines überdurchschnittlichen Kostenanstiegs einen Gesamtbetrag (Globalbudget) für die Finanzierung der Spitäler und Pflegeheime festsetzt".

Art. 104a Abs. 2: Übernahme der Kosten für ambulante Krankenpflege, Krankenpflege zu Hause oder in einem Pflegeheim

"Solange die Kosten der Leistungen von Pflegeheimen nicht nach einheitlicher Methode (Art. 49 Abs. 7 und Art. 50) ermittelt werden, kann das Departement durch Verordnung festlegen, in welchem Ausmass diese Leistungen übernommen werden dürfen".

Bundesgesetz zur Neuordnung der Pflegefinanzierung

Für die neue Pflegefinanzierung sind gemäss Bundesgesetz zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 (per dato noch nicht in Kraft) folgende neue oder geänderte Bestimmungen des KVG von Bedeutung:

Art. 25 a KVGn Pflegeleistungen bei Krankheit

¹ *Die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistet einen Beitrag an die Pflegeleistungen, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant, auch in Tages- oder Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.*

² *Die Leistungen der Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und vom Wohnkanton des Versicherten während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Art. 49a Abgeltung der stationären Leistungen) vergütet. Versicherer und Leistungserbringer vereinbaren Pauschalen.*

³ *Der Bundesrat bezeichnet die Pflegeleistungen und regelt das Verfahren der Bedarfsermittlung.*

⁴ *Der Bundesrat setzt die Beträge differenziert nach dem Pflegebedarf in Franken fest. Massgebend ist der Aufwand nach Pflegebedarf für Pflegeleistungen, die in der notwendigen Qualität, effizient und kostengünstig erbracht werden. Die Pflegeleistungen werden einer Qualitätskontrolle unterzogen. Der Bundesrat legt die Modalitäten fest.*

⁵ *Der versicherten Person dürfen von den nicht von Sozialversicherungen gedeckten Pflegekosten höchstens 20 Prozent des höchsten, vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrages überwältzt werden. Die Kantone regeln die Restfinanzierung.*

Art. 50 KVGn Kostenübernahme im Pflegeheim

Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim (Art. 39 Abs. 3) vergütet der Versicherer die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege nach Artikel 25a. Die Absätze 7 und 8 von Art. 49 sind sinngemäss anwendbar.

2.2 Kantonales Recht

§ 41 der Aargauer Kantonsverfassung regelt in Punkt 5 Bereiche des Gesundheitswesens: "Der Kanton trifft in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Privaten Vorkehren zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit" (Abs. 1) und "schafft Voraussetzungen für eine angemessene medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung und fördert die häusliche Krankenpflege" (Abs. 2).

Die in der Bundes- und der Kantonsverfassung formulierten Rechte und Pflichten im Bereich Pflege werden im Kanton Aargau detaillierter im Pflegegesetz und der Pflegeverordnung umschrieben. Beide sind seit dem 1. Januar 2008 in Kraft.

Pflegegesetz

Mit dem Pflegegesetz sind die rechtlichen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und qualitativ gute Langzeitpflege geschaffen worden. Die Pflegeheimkonzeption ist ein wichtiges Element, um die Ziele gemäss § 2 des Pflegegesetzes zu erfüllen. Die Bereitstellung des Angebots hat den Grundsätzen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen. Die Förderung der Transparenz und der Vergleichbarkeit sowie die Nutzung von Synergien durch Kooperation und Koordination sind weitere Prämissen, welche zu berücksichtigen sind. Die zentralen Paragraphen des Pflegegesetzes behandeln die Inhalte der Pflegeheimkonzeption (§ 4) und der Pflegeheimliste (§ 5), das Bewilligungsverfahren zur Eröffnung und zum Betrieb einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 6) sowie die Grundsätze über die Zuständigkeiten der Gemeinden (§ 11). Weitere wichtige Paragraphen (§ 16-18) betreffen die Pflegewohnungen, die Übergangspflege und die Dienstleistungen im Bereich Information / Beratung / Vermittlung. Die Finanzierung der stationären Pflegeeinrichtungen wird insbesondere in § 14 geregelt, der im Zusammenhang mit den neuen Bestimmungen des KVG überprüft werden muss.

In den Paragraphen 1 bis 3 werden die Allgemeinen Bestimmungen wie Zweck, Geltungsbereich, Ziele und Massnahmen sowie der Bezug zur Gesundheitspolitischen Gesamtplanung geregelt, während im fünften Teil (§ 20-25) die Übergangs- und Schlussbestimmungen enthalten sind. Die im Kapitel 1.3 "Abgrenzungen" erwähnten Sachgebiete Qualitätssicherung, Forum für Altersfragen, Ombudsstelle, Freiwilligenarbeit sowie Hilfe und Pflege zu Hause werden in den Paragraphen 7 bis 10 und 12 des Pflegegesetzes umschrieben. Auf diese Punkte wird in der Pflegeheimkonzeption nicht eingegangen.

Pflegeverordnung

Die Pflegeverordnung nimmt in den Paragraphen 1 bis 4 Bezug auf § 6 des Pflegegesetzes und führt darin im Detail die Anforderungen auf, die erfüllt sein müssen, um vom Kanton die Bewilligung zum Betrieb einer Pflegeeinrichtung zu erhalten. § 5 regelt Angaben und Unterlagen, die mit dem Gesuch um Aufnahme auf die Pflegeheimliste eingefordert werden. In § 11 wird die maximale Tagestaxe für Personen geregelt, die dauernd oder längere Zeit in einem Heim oder Spital leben. Die übrigen Paragraphen (§ 6-14) beinhalten Sachgebiete, die nicht Gegenstand der Pflegeheimkonzeption (Qualitätssicherung, Forum für Altersfragen, Hilfe und Pflege zu Hause) bzw. formaljuristischer Natur sind wie Auskunftspflicht, Übergangsrecht, Publikation und Inkrafttreten.

2.3 Gesundheitspolitische Gesamtplanung

Der Gesetzgebung untergeordnet sind die in der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung (GGpl) festgehaltenen Ziele, die vom Grossen Rat am 13. Dezember 2005 verabschiedet wurden. Die darin formulierten Strategien Nr. 15-20 sind für den Grossen Rat und den Regie-

rungsrat wegweisend und für die anerkannten Pflegeheime verbindlich. Von diesen Richtlinien darf nur in begründeten Fällen abgewichen werden.

Strategie 15: Vernetzung im geriatrischen Bereich

Der Kanton trägt gemeinsam mit den Gemeinden dazu bei, dass Lebensqualität und Selbstständigkeit seiner älteren Bevölkerung erhalten und gefördert werden. Zu diesem Zweck optimiert er die Vernetzung, Koordination und Synergienutzung der Angebote in der Langzeitversorgung.

Strategie 16: Übergangspflege und Palliativpflege

Der Kanton sorgt gemeinsam mit den Gemeinden dafür, dass ältere Menschen nach einem Spitalaufenthalt wenn möglich wieder nach Hause zurückkehren können. Zu diesem Zweck wird die Übergangspflege in enger Zusammenarbeit mit Akutspitälern durch geeignete Leistungserbringer, vorzugsweise regional, sichergestellt. Der Kanton sorgt für eine angemessene Versorgung im Bereich Palliative Care durch geeignete Leistungserbringer.

Strategie 17: Hilfe und Pflege zu Hause

Die Hilfe und Pflege zu Hause ist im Kanton eine Aufgabe der Gemeinden. Die zu diesem Zweck gebildeten SPITEX-Organisationen erbringen weiterhin ihre Dienstleistungen unter der Verantwortung der Gemeinden gemäss den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes, Pflegegesetzes und des SPITEX-Leitbilds, welche insbesondere die Koordination der SPITEX-Leistungen regeln, das Mindestangebot der Leistungen definieren sowie die Mindestanforderungen an Qualität und Ausbildung umschreiben.

Strategie 18: Freiwilligenarbeit und Angehörigenpflege

Der Kanton anerkennt und fördert die Freiwilligenhilfe und schafft dazu die nötigen Anreize.

Strategie 19: Finanzierungsmechanismen in der stationären Langzeitversorgung

Der Kanton hat ein Finanzierungssystem, welches über die personenbezogene Finanzierung verhindert, dass durch die Langzeitpflege eine Sozialbedürftigkeit entsteht.

Strategie 20: Lastenverteilung zwischen Kanton und Gemeinden in der Langzeitversorgung

Zuständigkeit und Verantwortung zur Sicherstellung einer angemessenen ambulanten und stationären Langzeitversorgung liegen bei den Gemeinden. Der Kanton beteiligt sich im Rahmen der Ergänzungsleistungen an den Kosten der stationären Langzeitpflege.

2.4 Rekrutierung und Ausbildung von Pflegepersonal

In Anbetracht der demografischen Zunahme der älteren Bevölkerung, wie sie in Kapitel 3 „Bevölkerungsentwicklung“ beschrieben wird, zeichnet sich ein Mehrbedarf an Pflegepersonal und dementsprechend an Ausbildungsplätzen ab. Im Auftrag der Konferenz kantonaler Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) eine Studie über das Gesundheitspersonal in der Schweiz erstellt. Die Studie zeigt die Entwicklung des Personalbedarfs im Gesundheitswesen bis ins Jahr 2020 in den Bereichen Spital, Alters- und Pflegeheime sowie bei den Spitex-Diensten:

- Im Jahr 2006 arbeiteten rund 330'000 Personen im Pflege- oder Therapiebereich, was rund 8 % der Erwerbsbevölkerung entspricht. Davon waren 80 % Frauen und etwa ein Fünftel ausländischer Nationalität.
- In der Krankenpflege waren 195'000 Personen beschäftigt, wovon etwa 60 % in Spitälern, 30 % in Alters- und Pflegeheimen und 10 % in Spitex-Diensten. Die restlichen 135'000 Personen waren im privaten ambulanten Sektor und in der Pharmazie tätig.
- Das Ausbildungsniveau (Universität und Tertiärstufe) ist in den Spitälern berufsbedingt mit 77 % am höchsten, während dieser Anteil im Bereich Alters- und Pflegeheime sowie Spitex bei rund 30 % liegt.
- Mit der demografischen Zunahme der älteren Bevölkerung und der grösseren Häufigkeit chronischer Krankheiten werden sich auch die Pflegebedürfnisse und die Betreuungsart wandeln. In der Folge wird auch die Nachfrage nach qualifiziertem Personal steigen.
- Insgesamt wird in der Krankenpflege bis 2020 mit einem zusätzlichen Personalbedarf von 25'000 gerechnet. Hinzu kommen rund 60'000 Personen, die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen.
- Den grössten Zuwachs verzeichnet der Bereich Alters- und Pflegeheime (+31 % oder +17'000 Stellen), gefolgt von den Spitex-Diensten (+ 20 % oder + 5'000 Stellen) und den Spitälern (+ 2,4 % oder + 3'000 Stellen).

Auszug aus dem Bericht der Obsan-Studie:

"Der zunehmende Bedarf an Pflegeleistungen und Gesundheitspersonal erfordert Massnahmen auf verschiedenen Ebenen. Mit Hilfe der Gesundheitsförderung kann der Bedarf an Pflegeleistungen reduziert werden. Eine Optimierung der Pflege- und Versorgungsmodelle

sollte die bestmögliche Annäherung zwischen den vorhandenen Kompetenzen und den Bedürfnissen der Patienten anstreben und somit eine "Verschwendung" personeller Ressourcen verhindern. Ferner müsste die Anzahl Ausbildungsplätze angepasst und die Berufsausübung durch einen optimalen Einsatz des qualifizierten Personals unterstützt werden. Dafür braucht es motivierende Arbeitsbedingungen. Nicht zuletzt ist der Beitrag des qualifizierten Personals aus dem Ausland eine unverzichtbare Ressource für die Schweiz. Für die Zukunft gilt es jedoch, diese Einwanderungen für die Herkunftsländer in vertretbaren Grenzen zu halten."

Um den Bedarf an Pflegepersonal in den Pflegeheimen sicherzustellen, ist in Zukunft die Zurverfügungstellung von Ausbildungsplätzen integrierender Bestandteil des Leistungsauftrages der Betriebe. Es ist Sache der Verbände, sich für die Berufsbildung einzusetzen, das heisst, für die Bereitstellung von genügend Ausbildungsplätzen durch die Betriebe zu sorgen und entsprechende Ausbildungsprogramme zu entwickeln. Die Kosten für die Ausbildung von Pflegepersonal sind bereits in den anrechenbaren Kosten der Pflegeheime enthalten.

Das Departement Gesundheit und Soziales unterstützte bis ins Jahr 2005 den Stand der Gesundheitsberufe mit finanziellen Fördermitteln, die unter anderem eingesetzt wurden für die Rekrutierung von Pflegepersonal, für vermehrte Lehrstellen im Gesundheitsbereich, für Imagepflege und Motivationsanstösse für Wiedereinsteigerinnen. Im Rahmen der Berufsgleichstellung wurden die finanziellen Mittel für die Gesundheitsberufe neu ausgerichtet und mit andern Berufssparten gleichgesetzt. Eine Sonderförderung der Gesundheitsberufe ist in diesem Sinne grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) fördert und stärkt in einer 3-jährigen Pilotphase die Pflegeberufe mit einem Kommunikations- und Marketingkonzept. Dieses Projekt wird vom Regierungsrat mit Beschluss vom 18. Februar 2009 mit einer einmaligen Anschubfinanzierung unterstützt. Der Kanton begrüsst das in Gang gesetzte Engagement, denn es trägt zur Rekrutierung von weiterem Pflegepersonal im Langzeitbereich bei.

Im Zusammenhang mit der Lehrlingsausbildung im Gesundheitswesen sei auch auf das Kapitel 8. Umsetzung auf Gemeindeebene verwiesen, wo auf die Wichtigkeit von Lehrbetriebsverbänden hingewiesen wird.

3. Bevölkerungsentwicklung

Eine grosse Herausforderung für die Versorgung der betagten Menschen stellt die entwicklungsbedingte Zunahme der älteren Bevölkerung dar. Die Art und das Ausmass der erforderlichen Ressourcen hängen jedoch von verschiedenen Entwicklungsfaktoren ab.

Als Grundlage für die Pflegeheimkonzeption wurde die Bevölkerungsprognose 2009 des Statistischen Amtes des Kantons Aargau verwendet.

3.1 Demografische Entwicklung

Die demografische und die soziodemografische Entwicklung beeinflussen unsere Gesellschaft nachhaltig. Die Zahl der alternden Menschen wird in den nächsten Jahren kontinuier-

lich ansteigen. Gleichzeitig dazu wird sich ein Geburtenrückgang bemerkbar machen. Beide Komponenten stellen nicht nur die Sozialwerke und den Generationenvertrag vor eine grosse Herausforderung, sondern insbesondere auch die Gesundheitsversorgung. Die ambulanten und stationären Betreuungsangebote sowie deren Finanzierung müssen neu ausgestaltet werden.

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung hängt von zwei Faktoren ab: Auf der einen Seite werden die Menschen immer älter, das heisst, ihre Lebenserwartung steigt. Auf der andern Seite vergrössert sich der Anteil der älteren Personen zahlenmässig. Der Alterskoeffizient verschiebt sich. Abbildung 1 und 2 verdeutlichen diese Entwicklung.

Abbildung 1 Überlebenswahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2008 – 2035 (prognostiziert)

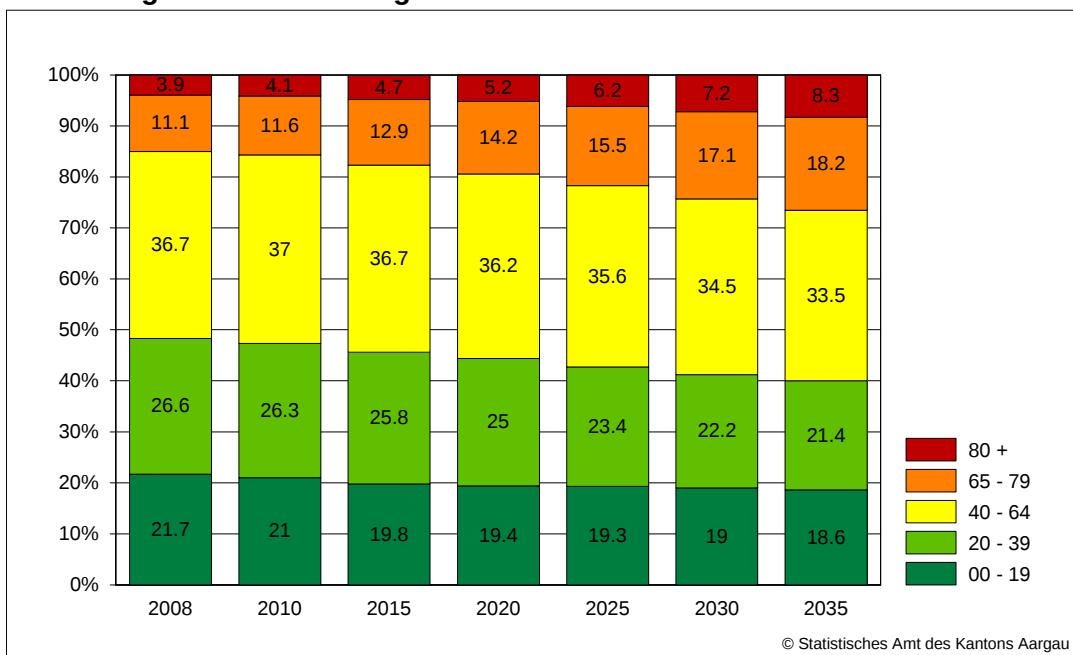
Alter X	Männliches Geschlecht			Weibliches Geschlecht		
	2008-2010	2021-2025	2031-2035	2008-2010	2021-2025	2031-2035
0	78.76	82.29	83.74	83.92	87.07	88.14
1	78.09	81.50	82.92	83.23	86.30	87.31
10	69.22	72.57	73.98	74.32	77.35	78.36
20	59.40	62.63	64.03	64.40	67.38	68.39
30	49.86	52.82	54.18	54.58	57.44	58.45
40	40.27	43.03	44.35	44.84	47.55	48.54
50	31.03	33.47	34.73	35.28	37.73	38.68
60	22.35	24.37	25.53	26.18	28.21	29.03
65	18.33	20.10	21.21	21.82	23.59	24.34
70	14.63	16.14	17.16	17.60	19.09	19.77
75	11.31	12.55	13.48	13.61	14.81	15.39
80	8.40	9.39	10.19	10.06	10.95	11.39
85	5.95	6.71	7.35	7.16	7.77	8.07
90	4.03	4.57	5.04	4.92	5.31	5.52

Quelle: Bevölkerungsprognose 2009 des Statistischen Amtes, Kanton Aargau

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Überlebenswahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht. Die Lebenserwartung bei der Geburt steigt bei Frauen von 83,92 im Jahr 2008 auf 88,14 im Jahr 2035. Bei Männern erhöht sie sich von 78,76 im Jahr 2008 auf 83,74 im Jahr 2035. Die Differenz der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen wird langfristig kleiner. Denn die Fortschritte der Medizin schlagen sich weniger deutlich auf die bereits hohe mittlere Lebenserwartung der Frauen nieder, als auf jene der Männer. Der Anstieg der Lebenserwartung hingegen verlangsamt sich bei beiden Geschlechtern.

Die Lebenserwartung nimmt im Laufe des Lebens zu. So hat im Jahr 2008 ein neugeborenes Mädchen eine Lebenserwartung von 83,92 Jahren, eine 80-jährige Frau jedoch eine solche von 90,06. Dies hängt damit zusammen, dass es für das Neugeborene eine statistische Wahrscheinlichkeit gibt, vor dem 80. Lebensjahr zu sterben.

Abbildung 2 Entwicklung der Altersstruktur 2008-2035



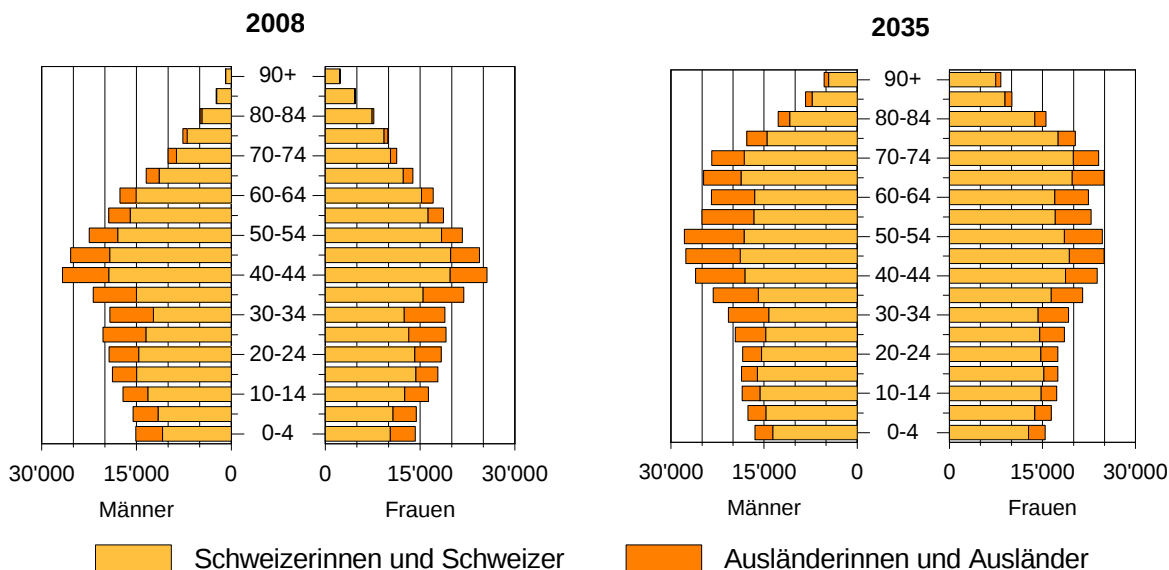
Quelle: Statistisches Amt Kanton Aargau.

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Altersstruktur im Kanton Aargau. Während die über 80-Jährigen im Jahre 2008 noch 3,9 % der Bevölkerung ausmachten, werden es im Jahr 2035 bereits 8,3 % sein. In diesem Zeitraum verringert sich der Anteil der unter 20-Jährigen von 21,7 % auf 18,6 %.

Die demographische Entwicklung wird auch in der klassischen Alterspyramide deutlich:

Abbildung 3 Alters- und Geschlechtsstruktur der Gesamtbevölkerung in den Jahren 2008 und 2035

Quelle: Bevölkerungsprognose 2009 des Statistischen Amtes. Kanton Aargau



Die Alterspyramide in einer jungen Gesellschaft zeigt eine klassische Glockenform von unten breit und oben schmal. Das heisst, viele Kinder und wenig alte Menschen. Im Jahr 2008 hat die Pyramide im Kanton Aargau bereits eine Birnenform angenommen mit schmalem Sockel, der wenige Kinder bedeutet, und breiter Mitte mit den 30 bis 50-Jährigen. Im Jahr 2035 werden die 30 bis 50-Jährigen der breiten Mitte im betagten Alter sein. Die Alterspyramide verändert sich entsprechend und wird oben breiter.

3.2 Die soziodemografische Entwicklung

Mit der steigenden Lebenserwartung der Menschen verlängert sich auch die behinderungsfreie Zeit. Die Menschen sind nicht zwangsläufig länger pflegebedürftig, sondern erst im späteren Alter.

Ältere Menschen möchten heute so lange wie möglich zu Hause gepflegt werden. Das immer bessere Angebot an Hilfe und Pflege zu Hause, sowohl in geographischer Hinsicht als auch in Bezug auf das Angebot an Dienstleistungen, ermöglicht es den pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu bleiben. Steigt der Anspruch an Pflege an, knüpfen die heutigen, professionell geführten Pflegeheime nahtlos an die Spitex-Betreuung zu Hause an und betreuen in der Regel ihre Bewohner auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit bis zum Tod.

Die oben erwähnten Entwicklungen lassen auf eine Verschiebung der Pflege von stationären Einrichtungen hin zu ambulanter Betreuung schliessen. Es gibt jedoch auch gegenläufige Faktoren, die bei der Planung stationärer Institutionen keinesfalls vernachlässigt werden dürfen: Die Pflege zu Hause auch bei mittlerer Pflegebedürftigkeit ist trotz dem guten Angebot der Spitex in vielen Fällen nur durch die informelle Hilfe von Ehepartnern, Kindern oder engen Bekannten möglich. Die Spitex wirkt in solchen Fällen entlastend und übernimmt mehrheitlich pflegerische Aufgaben. Betreuungsleistungen wie Einkaufen, Kochen und soziales Beisammensein werden informell erbracht.

Die Gesellschaft ist einem steten sozialen Wandel unterworfen. Die Geburtenrate sinkt, es werden weniger Ehen geschlossen und mehr Ehen geschieden. Dieser Umstand wirkt sich auf die Betreuungsleistungen im Alter aus. Erreicht die jetzige Generation der 30 bis 40-Jährigen ihr pflegebedürftiges Alter, werden weniger Kinder und weniger Ehepartner informelle Pflegeleistungen erbringen als dies heute der Fall ist. Die Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen könnte unter solchen Umständen überproportional zunehmen.

3.3 Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Aargau

Im nachfolgenden Abschnitt soll näher auf die konkrete Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Aargau und in den einzelnen Bezirken eingegangen werden. Die Daten stammen aus der Bevölkerungsprognose 2009 des Statistischen Amtes des Kantons Aargau.

Den Prognosen liegen einige Annahmen zu Grunde, welche die Prognosegenauigkeit beeinflussen und im Folgenden kurz erklärt werden:

a) Sterblichkeit

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist im Laufe des letzten Jahrhunderts stetig angestiegen und dürfte durch medizinische Fortschritte in Zukunft vor allem in den oberen Altersklassen noch weiter ansteigen. Die Prognosen des Bundesamtes für Statistik basieren auf der Annahme eines "verlangsamten Anstiegs der Lebenserwartung". Dabei wird bis zum Jahr 2020 von einem mässigen Rückgang der Sterblichkeit ausgegangen, danach flacht die Entwicklung ab, wobei die Differenz zwischen der Lebenserwartung von Männern und Frauen bis 2020 konstant gehalten und danach kontinuierlich reduziert wird.

b) Sterblichkeit der ausländischen Wohnbevölkerung

Bei der ausländischen Wohnbevölkerung kann ein wanderungsbedingter Auswahl Effekt beobachtet werden: Zuwandernde Ausländer sind in der Regel gesünder als die Durchschnittsbevölkerung im Herkunftsland und kehren im Krankheitsfall oft in ihre Heimat zurück, was im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung zu einer deutlich niedrigeren Sterblichkeit führt. Dieser Effekt kann auch Auswirkungen auf die Pflegebedürftigkeit haben, da der Anteil der Ausländer in Pflegeheimen niedriger ist als in der Grundbevölkerung.

c) Fruchtbarkeit

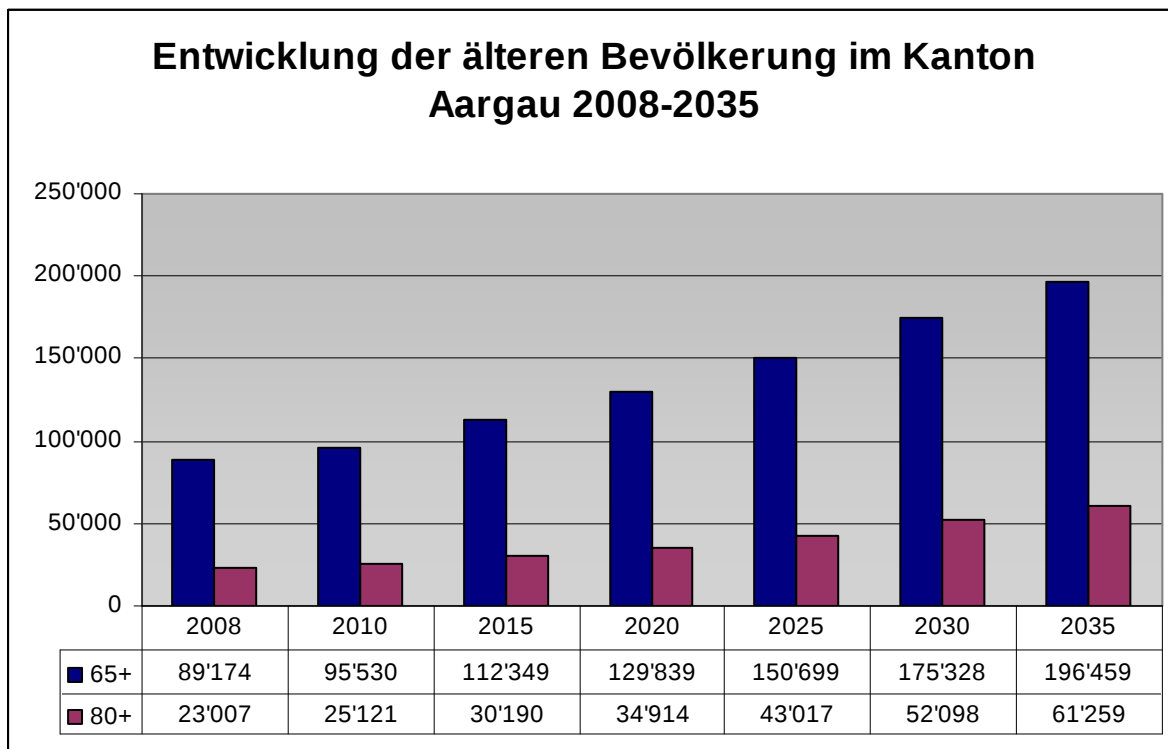
Hier wird auf Schweizerische Daten zurückgegriffen, da die kantonalen Daten wegen der geringen Stichprobengrösse zu grosse Schwankungen aufweisen. Es wird von einer mehrheitlich konstanten Geburtenrate ausgegangen, wobei sich das Niveau bei den Schweizerinnen bei ca. 1.5 Kindern pro Frau und bei den Ausländerinnen bei ca. 1.75 Kindern pro Frau einpendelt.

d) Wanderungen

Die Schätzungen von Wanderungen gehören zu den bedeutungsvollsten und zugleich unsichersten Annahmen der Bevölkerungsprognose. Es müssen sowohl interkantonale, wie auch interregionale Wanderungen zwischen den Bezirken berücksichtigt werden. Die ausländische Bevölkerung reagierte in der Vergangenheit beispielsweise stark auf konjunkturelle Schwankungen, die ebenfalls schwer vorhersehbar sind. Deshalb wird - um die Prognosesicherheit zu erhöhen - mit einem langfristigen Trend gerechnet. Für den Kanton Aargau wird eine positive Wanderungsbilanz prognostiziert, das heisst, die Bevölkerungszahl wird in Zukunft steigen.

Auf Grund dieser exogenen Faktoren hat das statistische Amt die Zahlen für die Bevölkerungsprognose 2009 berechnet. Die genauen Berechnungsgrundlagen können beim Statistischen Amt Kanton Aargau angefordert werden.

Abbildung 4 **Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Aargau
in den Jahren 2008 bis 2035**



Quelle: Statistisches Amt, Daten Bevölkerungsprognose 2009, Kanton Aargau

Abbildung 4 zeigt die Anzahl der über 65-Jährigen, die von 2008 bis 2035 kontinuierlich um über 107'200 Personen zunimmt, was einem Zuwachs von mehr als dem Doppelten entspricht. Bei den 80-Jährigen und Älteren ist in demselben Zeitraum fast eine Verdreifachung festzustellen und erreicht im Jahre 2035 schätzungsweise 61'000 Personen. Die Zahlen für die einzelnen Bezirke sind in der nachfolgenden Tabelle zu finden. Je nach Bezirk schwanken die Wachstumsraten der älteren Bevölkerung stark.

Abbildung 5 Entwicklung der älteren Bevölkerung nach Bezirk

	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035	Index 2008=100
Bezirk Aarau								
65+	11'628	12'172	13'708	15'316	17'145	19'552	21'655	186
80+	3432	3629	4105	4422	5207	6102	7017	204
Bezirk Baden								
65+	19'060	20'527	24'145	27'481	31'207	35'846	39'732	208
80+	4536	4995	6225	7536	9407	11207	12749	281
Bezirk Bremgarten								
65+	9'187	10'076	12'331	14'601	17'148	19'990	22'376	244
80+	2045	2302	3040	3688	4772	5926	7037	344
Bezirk Brugg								
65+	7'240	7'743	9'064	10'490	11'982	13'628	14'767	204
80+	1816	2017	2450	2792	3456	4168	4919	271
Bezirk Kulm								
65+	6'017	6'348	7'311	8'441	9'812	11'458	12'672	211
80+	1692	1828	2160	2339	2718	3278	3942	233
Bezirk Laufenburg								
65+	3'943	4'267	5'164	6'140	7'329	8'812	10'196	259
80+	1025	1079	1292	1549	1982	2486	3002	293
Bezirk Lenzburg								
65+	7'455	7'977	9'487	11'279	13'541	16'069	18'203	244
80+	2024	2206	2529	2868	3618	4485	5497	272
Bezirk Muri								
65+	3'575	3'874	4'789	5'857	7'254	8'952	10'485	293
80+	871	997	1202	1430	1771	2284	2886	331
Bezirk Rheinfelden								
65+	6'410	6'949	8'304	9'593	11'261	13'342	15'365	240
80+	1595	1772	2141	2572	3230	3956	4587	288
Bezirk Zofingen								
65+	9'834	10'397	11'903	13'504	15'730	18'160	20'518	209
80+	2788	2996	3444	3800	4463	5326	6238	224
Bezirk Zurzach								
65+	4'825	5'200	6'141	7'136	8'289	9'521	10'489	217
80+	1183	1300	1604	1917	2394	2880	3386	286
Kanton Aargau								
65+	89'174	95'530	112'349	129'839	150'699	175'328	196'459	220
80+	23'007	25'121	30'190	34'914	43'017	52'098	61'259	266

Quelle: Statistisches Amt, Daten der Bevölkerungsprognose 2009, Kanton Aargau

3.4 Bevölkerungsprognose auf Gemeindeebene

Die Bevölkerungsprognose des Kantons Aargau wird vom Statistischen Amt nur für den ganzen Kanton und die elf Bezirke vorgenommen. Auf Gemeindeebene existieren keine Berechnungen. Für die Aufnahme auf die Pflegeheimliste sind die Gemeinden jedoch verpflichtet, Angaben gemäss Pflegeverordnung § 5 zur Bedarfssituation im Einzugsgebiet der stationären Pflegeeinrichtung zu machen. Das Statistische Amt des Kantons Aargau hat deshalb eine Plattform geschaffen, die es den Gemeinden erlaubt, verlässliche Prognosezahlen berechnen zu können. Es müssen dazu lediglich die aktuellsten Bevölkerungszahlen der Gemeinde unterteilt in Altersgruppen, Geschlecht und Nationalität (Schweizer/Ausländer) ein-

gegeben werden. Gerechnet wird die Entwicklung nach denselben Kriterien und Annahmen, wie sie bereits für die Ermittlung der Prognosewerte des betreffenden Bezirks verwendet wurden. Die Excel-Tabelle kann beim Statistischen Amt des Kantons Aargau (statistik@ag.ch) angefordert werden. Das statistische Amt stellt auf Anfrage auch Berechnungen für Gemeindeverbünde zur Verfügung, da in vielen Fällen nur eine regionale, nicht auf die einzelne Gemeinde bezogene Planung sinnvoll ist. Der Kanton begrüsst solche regionalen Planungen, schreibt sie jedoch in der Pflegeheimkonzeption nicht vor. Bei Bedarf stellt das statistische Amt weitere spezifische Auswertungen zur Verfügung.

4. Ist-Situation im stationären Langzeitbereich

In diesem Abschnitt wird der Fokus auf die ganze Versorgungskette im Langzeitbereich gerichtet. Dabei geht es darum, möglichst lückenlos die Situation der Angebote in den Heimen und den Bedarf an Pflege und Betreuung aufzuzeigen.

Abbildung 6 gibt einen Überblick über das Angebot an Pflegeplätzen im Kanton Aargau. Gemäss Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED waren per Ende 2007 5792 Pflegeheimplätze verfügbar, die mit 5657 Bewohnerinnen und Bewohnern belegt waren. Im Wesentlichen entsprechen diese Zahlen auch dem Angebot, welches in der Heim-Umfrage im Oktober 2008 erhoben wurde.

Im Vergleich zur Platzzahl der Pflegeheimliste ergeben sich Unterschiede. Die Angaben aus der SOMED-Statistik und der Heim-Umfrage enthalten einige Heime, die nicht auf der Pflegeheimliste fungieren, vom Charakter aber zu den Alters- und Pflegeheimen gehören.

Abbildung 6 Überblick über das Angebot an Pflegeheimplätzen und deren Belegung im Kanton Aargau

	SOMED-Statistik per 31.12.2007		Umfrage Oktober 2008			Pflege- heimliste
Bezirke	Anzahl Plätze	Anzahl Bewohner	Anzahl Plätze	Anzahl Bewohner	Auslastung	Anzahl Plätze
Bezirk Aarau	954	928	960	938	97,7 %	921
Bezirk Baden	969	949	953	940	98,6 %	946
Bezirk Bremgarten	727	710	718	707	98,5 %	733
Bezirk Brugg	378	375	380	378	99,5 %	407
Bezirk Kulm	466	458	475	455	95,8 %	445
Bezirk Laufenburg	178	176	209	203	97,1 %	152
Bezirk Lenzburg	356	347	358	352	98,3 %	352
Bezirk Muri	403	391	418	407	97,4 %	424
Bezirk Rheinfelden	356	349	359	353	98,3 %	354

Bezirk Zofingen	744	728	730	727	99,6 %	719
Bezirk Zurzach	261	246	261	253	96,9 %	242
Total Kanton Aargau	5792	5657	5785	5684	98,3 %	5697
in % 80+ (2007: 22'092) in % 80+ (2008: 23'007)	26,2 %	25,6 %	25,1 %	24,7 %		24,8 %

Quelle: SOMED Statistik 2007, Umfrage 2008 und Pflegeheimliste, Kanton Aargau

Die Heim-Umfrage im Jahre 2008 offenbart eine relativ angespannte Marktsituation:

- Mit rund 98 % liegt die durchschnittliche Auslastung nahe an der maximal möglichen.
- Die Heime meldeten in der Umfrage eine dringliche Warteliste von insgesamt ca. 940 Plätzen (Selbstdeklaration), was rund 16 % des Gesamtangebots entspricht. Obwohl diese Wartelisten mit Vorsicht zu interpretieren sind und nicht einem ungedeckten Bedarf in dieser Höhe gleichgesetzt werden können (vorsorgliche Anmeldungen, Doppelanmeldungen, etc.), geben sie vor allem im Quervergleich einen Hinweis auf eine eher angespannte Situation.
- Der hohen Warteliste gegenüber steht die geringe Zahl an Heimen, welche in der Umfrage angaben, dass sie im letzten Jahr Schwierigkeiten hatten, ihre Plätze zu belegen.
- Rund 50 % der befragten Heimleiterinnen und Heimleiter beurteilten das vorhandene stationäre Angebot als „zu knapp“, während nur wenige von einem zu grossen Angebot ausgehen.
- Der Vergleich mit einer ähnlichen Erhebung aus dem Jahre 1998 zeigt eine erhebliche Reduktion der altersspezifischen Bettendichte. Hingegen konnte eine deutliche Erhöhung der Auslastung festgestellt werden mit grösserer Warteliste und weniger Schwierigkeiten, stationäre Plätze zu vergeben (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7 Vergleich der Anzahl Plätze, der Bettendichte sowie weitere Indikatoren 1998 und 2008

	1998	2008
Anzahl Plätze	5'633	5'785
Anzahl 80+	16'540	23'007
Bettendichte	34,10 %	25,1 %
Auslastung	95,8 %	98,3 %
Warteliste in %	12,7 %	16,2 %
Schwierigkeiten, Plätze zu belegen : ja	33,7 %	17,7 %

Quelle: Erhebung 1998 und Umfrage 2008, Bartelt

Die Altersstruktur in den Pflegeheimen hat sich durch das Bedürfnis der älteren Bevölkerung, möglichst lange zu Hause zu leben, in den letzten Jahren stark verändert.

Um besser auf die Leistungserbringung und das Angebot achten zu können, ist ein Überblick über die Bewohnerstruktur hilfreich:

Abbildung 8 Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, nach Alter und Geschlecht per 31.12.2007

		bis 34 Jahre	35 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	80 und mehr	Gesamt
Männlich	Anzahl	3	14	85	367	1032	1501
	in %	0,2 %	0,9 %	5,7 %	24,5 %	68,8 %	100 %
Weiblich	Anzahl	6	17	126	648	3359	4156
	in %	0,1 %	0,4 %	3,0 %	15,6 %	80,8 %	100 %
Gesamt	Anzahl	9	31	211	1015	4391	5657
	in %	0,2 %	0,5 %	3,7 %	17,9 %	77,6 %	100 %
Bevölkerung Kanton Aargau (2007)		241'486	145'007	114'373	63'834	22'092	
Heimbewohner/innen in % der Bevölkerung		0,0 %	0,0 %	0,2 %	1,6 %	19,9 %	

Quelle: Auswertung SOMED Statistik 2007

Durch die SOMED-Statistik lassen sich die Bewohnerinnen und Bewohner der Aargauer Pflegeheime nach verschiedenen Merkmalen detailliert beschreiben.

Abbildung 9 Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen gemäss KVG per 31.12.2007

Heimtyp		Pflegestufen (direkter Pflegeaufwand in Minuten pro Tag)					**Total Fälle
		0 *	1 3-33 Min.	2 34-78 Min.	3 79-132 Min.	4 133+ Min.	
Alters- und Pflegeheime	Anzahl	641	1300	924	618	744	4227
	in %	15,2 %	30,8 %	21,9 %	14,6 %	17,6 %	100 %
Krankenheime	Anzahl	22	129	301	299	595	1346
	in %	1,6 %	9,6 %	22,4 %	22,2 %	44,2 %	100 %
Gesamt	Anzahl	663	1429	1225	917	1339	5573
	in %	11,9 %	25,6 %	22,0 %	16,5 %	24,0 %	100 %

Quelle: Auswertung SOMED-Statistik 2007

* Enthält auch Personen, welche nicht eingestuft sind

** Bei 84 Fällen keine Angaben

Abbildung 9 zeigt die nach Pflegebedarfsstufen aufgeschlüsselte Auslastung der Pflegeheime im Kanton Aargau. Die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ein Einstu-

ungsverfahren, ein so genanntes Assessment. Im Kanton Aargau werden zwei verschiedene Einstufungsverfahren verwendet, BESA und RAI genannt, mit jeweils unterschiedlichen Differenzierungen der Pflegestufen je nach Vertrag mit den Versicherern. Bei BESA handelt es sich um eine vierstufige Skala mit Werten von 1 bis 4, wobei der Wert 1 eine leichte und der Wert 4 eine schwere Pflegebedürftigkeit angibt. Das RAI-Verfahren kennt eine differenziertere Abstufung mit 6 Hauptgruppen, bei denen der Grad der Pflegebedürftigkeit mittels eines dreistelligen Buchstabencodes angegeben wird (siehe Erklärungen im Glossar im Anhang). Eine Harmonisierung der beiden Systeme auf vier Stufen gemäss BESA ist zwar möglich, aber mit einigen Unsicherheiten behaftet. In den folgenden Ausführungen wird eine BESA-Einstufung verwendet.

In der Tabelle ist ersichtlich, dass Rund ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner in der obersten Pflegestufe eingestuft ist, etwa 12 % in der Stufe 0 und ebenfalls ein Viertel in der Stufe 1. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegestufen 0-1 vermehrt ambulant versorgt werden könnten. Das heisst, dass die zur Verfügung stehenden Betten zukünftig vermehrt den höheren Pflegestufen zur Verfügung stehen werden. Es ist zu bemerken, dass es sich in einigen Fällen auch um verhaltensauffällige Bewohner handeln kann, die zwar wenig Pflege benötigen, jedoch sehr betreuungsintensiv sind.

Die Auswertung der Pflegestufen zeigt gleichzeitig die erheblichen Unterschiede in der Patientenzusammensetzung zwischen Alters- und Pflegeheimen und den Krankenheimen (Regionale Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen von Spitälern gemäss ehemaligem Spitalgesetz). Die Patientenzusammensetzung beschreibt die Heimbewohner in Bezug auf die Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit. In der Abbildung ist ersichtlich, dass über 45 % der Bewohner in Alters- und Pflegeheimen nur eine leichte Pflegebedürftigkeit (Stufen 0 und 1) aufweisen, während es in den Krankenheimen nur knapp 10 % sind. Demgegenüber leben in Krankenheimen zu zwei Dritteln (66,4 %) Bewohner mit einer mittleren bis schweren Pflegebedürftigkeit (Stufen 3 und 4); in Alters- und Pflegeheimen sind es hingegen nur knapp 32 %. Daraus wird ersichtlich, dass in den Krankenheimen eher schwerstpflegebedürftige Menschen leben, während in den Alters- und Pflegeheimen noch vermehrt Betagte leben, die nicht unbedingt auf eine stationäre Betreuung angewiesen sind und auch zu Hause von der Spitex betreut werden könnten. Siehe dazu auch 6.1 „Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit“.

5. Besondere Angebote

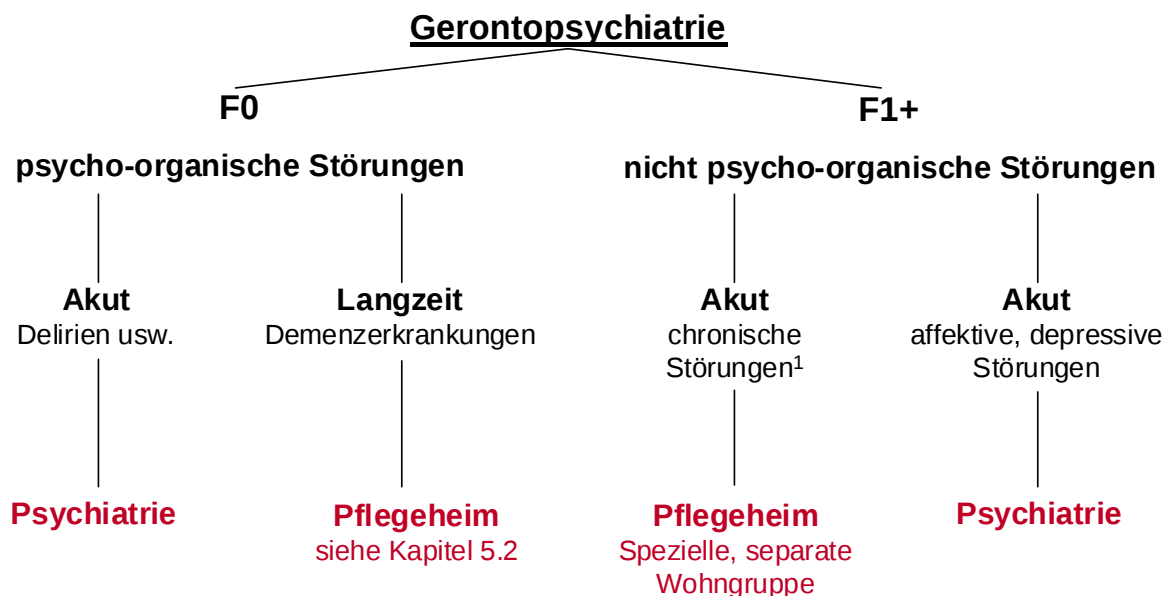
Das Betreuungs- und Wohnangebot für ältere Menschen muss den verschiedenen Bedürfnissen und Interessen Rechnung tragen können. Zum einen brauchen Betreuungsdürftige, die an einer Demenzerkrankung leiden, vermehrte Betreuung. Zum andern unterstützt der Kanton die Realisierung von Angeboten, die für leicht pflegebedürftige Menschen eine Alternative zum Heimaufenthalt darstellen. Eine fein abgestimmte Palette von verschiedenen Angeboten ermöglicht ein langes Verbleiben zu Hause. Die nachfolgend aufgeführten besonderen Angebote beinhalten nur die wichtigsten und sind nicht abschliessend. Vielmehr wird der Kanton das Angebot regelmässig überprüfen.

5.1 Gerontopsychiatrie

Die Gerontopsychiatrie beschäftigt sich mit älteren Menschen und ihren psychischen Erkrankungen, die typischerweise erst im Alter auftreten. Die Gerontopsychiatrie ist ein sich lebhaft entwickelndes Gebiet der Psychiatrie. Wegen des demografischen Wandels nimmt die Bedeutung dieses Fachgebietes zu.

Die Psychiatriekonzeption unterscheidet innerhalb der ICD-10* Hauptdiagnosegruppen zwei Kategorien von gerontopsychiatrischen Patienten: F0 und F1+. Da die klinischen Erscheinungsbilder dieser beiden Gruppen deutlich voneinander abweichen, sind deren Betreuungs- und Therapiebedürfnisse auch unterschiedlich.

Abbildung 10 Überblick über die Teilgebiete der Gerontopsychiatrie



Kategorie F0

Die Kategorie F0 umfasst Patientinnen und Patienten mit sogenannten psycho-organischen Störungen. Dazu gehören Demenzen, organische Persönlichkeitsstörungen, Psychosyndrome, Delirien etc. Im gerontopsychiatrischen **Akutbereich** sind Delirien im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung eine der häufigsten Eintrittsdiagnosen.

Im **Langzeitbereich** F0 überwiegen Demenzen mit assoziierten Verhaltensstörungen. Personen mit demenziellen Erkrankungen, welche einen stationären Rahmen benötigen, können in Pflegeheimen durchaus adäquat betreut werden. Für spezielle Gruppen von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern ist unter Umständen auch der Aufenthalt in einer spezialisierten Abteilung angezeigt.

*ICD-10 *International Classification of Diseases* ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegeben.

Kategorie F1+

Die Kategorie F1+ ist eine sehr heterogene und umfasst sämtliche nicht psycho-organischen Störungen. In dieser Kategorie bestehen ebenfalls in Bezug auf die Diagnose Unterschiede zwischen dem Akut- und dem Langzeitbereich. Im **Aktubereich** F1+ überwiegen die affektiven, insbesondere die depressiven Störungen. Personen mit sehr ausgeprägter Erkrankung können nur in einem speziellen psychiatrischen Rahmen betreut werden. Sie zeigen eine mehr oder weniger offenkundige psychiatrische Symptomatik, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit auftritt und ein permanentes Risiko beinhaltet, so dass es im Verlauf zu psychiatrischen Krisen kommt. Ausserordentliche Entgleisungen führen zwangsläufig zu einer Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik. Solche Personen können im normalen Rahmen eines Pflegeheims wegen ihrer deutlichen oder latenten psychiatrischen Symptomatik nicht adäquat betreut werden.

Im **Langzeitbereich** F1+ werden vorwiegend Patientinnen und Patienten mit langjährigen, chronischen Störungen betreut. Dazu gehören Schizophrenie, Intelligenzminderung mit Verhaltensstörungen und schwere Persönlichkeitsstörungen.

In der Psychiatriekonzeption 2015 wird erwähnt, dass innerhalb der Gruppe der psychogeriatrischen Langzeitpatienten F1+ ein Auslagerungspotenzial besteht, das heisst, weg von den Psychiatrischen Diensten AG, Königsfelden und hin zu alternativen Versorgungsstrukturen.

Für psychiatrische Langzeitpatientinnen und -patienten der Gruppe F1+ gibt es folgende Varianten einer stationären Betreuung:

- Langzeitabteilung der "Psychiatrische Dienste AG" in Königsfelden
- Dezentrale psychiatrische Wohngruppen
- Spezielle, separate Wohngruppen in Pflegeheimen

Werden diese Personen in Pflegeheimen in speziellen, separaten Wohngruppen betreut, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Genügend Psychiatriepflegepersonal
- Regelmässige fachspezifische Fortbildung des Personals
- Psychiatrischer Liaisondienst, gemeinsame Visiten und Rapporte
- Erfassung und Analyse der Zwischenfälle
- Nähe zu Untersuchungsmöglichkeiten
- Richtlinien für den Umgang mit freiheitseinschränkenden Massnahmen

Rund 50 Patientinnen und Patienten der Langzeitpsychiatrie, die zurzeit in Königsfelden gepflegt werden, könnten alternativ betreut werden, weil sie über 65-jährig sind und ihre Erkrankung relativ stabil ist. Der Kanton sieht einen Bedarf für drei bis vier Pflegeheime mit einer spezialisierten Demenzabteilung im Kanton Aargau.

In erster Linie geht es bei dieser Verlegung darum, die möglichen Ressourcen in den verschiedenen Fachbereich besser aufeinander abzustimmen. In welcher Form dies konkret

geschehen soll, ist noch in Abklärung. Der Kanton steht in enger Koordination mit der "Psychiatrische Dienste AG", Königsfelden und den Pflegeheimen.

5.2 Demenz

Demenz bezeichnet ein hirnorganisches Syndrom, welches durch eine Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses und mindestens eines der folgenden Kriterien charakterisiert ist:

- Beeinträchtigung des abstrakten Denkens
- Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit
- Andere Störungen höherer kortikaler Funktionen:
 - Aphasie – Störung der Sprache
 - Apraxie – Unfähigkeit, motorische Fähigkeiten auszuüben
 - Agnosie – Unfähigkeit, andere Objekte zu erkennen und zu identifizieren
- Persönlichkeitsveränderungen

Die Störungen müssen dabei so ausgeprägt sein, dass sie die Fähigkeit zu arbeiten oder die Ausübung gewöhnlicher sozialer Aktivitäten signifikant beeinträchtigen und nicht ausschliesslich während dem Verlauf eines Delirs auftreten. Zudem müssen andere nicht-organische Erkrankungen wie z.B. eine schwere Depression ausgeschlossen werden.¹

Die Diagnose einer Demenz ist komplex und in der Praxis liegen häufig nicht gesicherte Diagnosen vor, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Besonders häufig sind die Demenz vom Alzheimer Typ (ca. 50 % der Fälle), die vaskuläre oder Multiinfarkt-Demenz (ca. 20 %) und Kombinationen von vaskulärer und Alzheimer-Demenz (25 %). Die Häufigkeitsraten bei älteren Menschen betragen 1,4 % in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen, 13 % bei den 80 bis 84-Jährigen und 32,2 % bei den 90-Jährigen und älteren.²

Spezialisierte Abteilungen für Demente

Um den spezifischen Bedürfnissen von kognitiv beeinträchtigten Heimbewohnerinnen und -bewohnern entgegenzukommen und um die übrigen Bewohner vor Interaktionen zu schützen, wurden spezialisierte Abteilungen und Wohngruppen für Demente gebildet.

In der Umfrage 2008 gaben 28 von 100 Heimen an, eine spezialisierte Abteilung oder Wohngruppe für demente Menschen mit einer Bettenzahl von insgesamt 453 Plätzen zu betreiben. Damit beträgt der Anteil von spezialisierten Plätzen für Demente aktuell 7,8 %. Da es sich bei den Angaben der Heime um eine Selbstdeklaration der Plätze in einer spezialisierten Abteilung handelt, ist dieser Wert vorsichtig zu interpretieren.

Grundsätzlich stellt sich die Frage nach den erwarteten Vor- und Nachteilen von spezialisierten Abteilungen. Eine Untersuchung von Oppikofer³ zeigt bei verschiedenen Formen einer separativen Betreuung (Demenzabteilung, drei Welten Modell, phasengerechte Betreuung)

¹ Wettstein, DSM-II-R Kriterien, Senile Demenz: Ursache – Diagnose – Therapie, 1991

² Höpflinger & Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen & Szenarien im 21. Jhg., 2004

³ Oppikofer, Lienhard und Nussbaumer, Demenzpflege-Evaluation, 2005

in der Tendenz eine bessere Lebensqualität bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit bei geringerer Stressbelastung aber höherer emotionaler Belastung. Ein wesentliches Element, nämlich die Entlastung von nicht-dementen Bewohnern von belastenden Interaktionen mit verhaltensauffälligen Dementen wurde allerdings nicht evaluiert. Andere Untersuchungen der Effekte von spezialisierten Abteilungen zeigen selektiv positive, vielfach nicht signifikante und in Einzelfällen auch negative Ergebnisse.

In Fachkreisen ist laut Oppikofer⁴ und Held⁵ eine Tendenz zur Bevorzugung von separativen Modellen zu beobachten. Zusammenfassend sprechen folgende Gründe dafür:

- Entlastung von nicht-dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern von belastenden Interaktionen mit verhaltensauffälligen Dementen
- Höhere subjektive Lebensqualität für die Betroffenen und deren Angehörigen
- Verminderte Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und tendenziell höhere Mitarbeiterzufriedenheit
- Möglichkeit der räumlichen und personellen Spezialisierung auf die Bedürfnisse von kognitiv eingeschränkten Personen
- Mögliche Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen, freiheits-einschränkenden Massnahmen und Psychopharmaka

Prävalenz von Demenzen in Pflegeheimen des Kantons Aargau

Kognitive Störungen sind in Alters- und Pflegeheimen sehr verbreitet. Wettstein⁶ geht für die Krankenhäuser der Stadt Zürich davon aus, dass 68 % der Bewohnerinnen und Bewohner eine Demenz und 81 % eine für die Altersbetreuung relevante Hirnleistungsschwäche aufweisen. Eine Hirnleistungsschwäche kann mit verschiedenen Screening-Verfahren festgestellt werden. Es gibt beispielsweise den Mini-Mental-Status, bei dem die Skala von 0 bis 30 reicht, wobei kleine Werte eine geringere Leistungsfähigkeit bedeuten. Die Skala der Cognitive Performance Scale (CPS) reicht von 1 bis 6, wobei hier umgekehrt 1 eine leichte und 6 eine schwere Beeinträchtigung bedeutet.

Anhand der Daten der RAI-Heime des Kantons Aargau kann die Prävalenz von kognitiven Einschränkungen in Pflegeheimen und damit das Vorhandensein von dementiellen Erkrankungen gut abgeschätzt werden. Die im RAI-System berechnete Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit CPS von 2 und mehr Punkten korreliert direkt mit dem häufig verwendeten Mini-Mental-Status von 23 oder weniger Punkten. Beides sind häufig verwendete Werte der Messskalen zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit.

⁴ Oppikofer, Lienhard und Nussbaumer, Demenzpflege-Evaluation, 2005

⁵ Held & Ermini, Das demenzgerechte Heim – Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit, 2006

⁶ Wettstein (191), Senile Demenz: Ursache – Diagnose – Therapie

Abbildung 11 Schätzung der Demenzprävalenz in Aargauer Pflegeheimen – Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS)

		CPS – Skala von 1-6							
		Intakt					schwerwiegend eingeschränkt		
Heimtyp		0	1	2	3	4	5	6	Gesamt
Alters- und Pflegeheime	Anzahl	290	137	139	155	31	65	19	836
	in %	34,7 %	16,4 %	16,6 %	18,5 %	3,7 %	7,8 %	2,3 %	100 %
Krankenheim	Anzahl	161	196	146	407	92	255	77	1334
	in %	12,1 %	14,7 %	10,9 %	30,5 %	6,9 %	19,1 %	5,8 %	100,0%
Gesamt	Anzahl	451	333	285	562	123	320	96	2170
	in %	20,8 %	15,3 %	13,1 %	25,9 %	5,7 %	14,7 %	4,4 %	100 %

Quelle: Daten RAI-Heime 2008, Kanton Aargau

Abbildung 11 zeigt, dass die Prävalenz von dementiell bedingten kognitiven Einschränkungen (ab CPS Wert 2) bei den Krankenheimen bei rund 73 % und bei den Alters- und Pflegeheimen bei 49 % liegt.

Aufgrund der Erkenntnis, dass mehr als die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner an Demenz erkrankt sind, wird deutlich, dass der Umgang und die Pflege dieser Zielgruppe zu einer Kernaufgabe aller Heime gehört und nicht eine Spezialisierung angestrebt werden kann. Eine Mehrheit der Menschen mit Demenz leben in Heimen mit integrativen Modellen. Diese Integration ist für viele demente Menschen eine gute Lösung und soll nicht in Konkurrenz zu separativen Modellen gesetzt werden. Vielmehr soll in verschiedenen Lebens- und Krankheitsphasen die jeweils passende Struktur angeboten werden. Auf der Pflegeheimliste sollen jedoch spezialisierte Abteilungen besonders hervorgehoben werden. Andere Betreuungskonzepte werden jedoch laufend geprüft und allenfalls in einer späteren Bearbeitung der Konzeption aufgegriffen.

Spezielle Strukturen werden vor allem für eine spezifische Subgruppe von dementen Heimbewohnerinnen und -bewohnern vorgeschlagen, welche kognitiv eingeschränkt, aber körperlich noch relativ mobil sind und eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen aufweisen: Umherirren, ausgeprägter Bewegungsdrang, verbale oder körperliche Aggressivität, sozial unangemessenes Verhalten wie Lärmen, Schreien, Selbstgefährdung, in fremde Zimmer gehen, Nicht-Respektieren des Besitzes anderer Bewohner etc..

Abbildung 12 zeigt das Ausmass von Problemverhalten. Zum Beispiel sind insgesamt 12,4 % der Bewohnerinnen und Bewohner vom Problemverhalten „Umherirren“ betroffen, 5,4 % täglich und die übrigen 6,9 % weniger häufig.

Abbildung 12 Prävalenz von Problemverhalten

Problemverhalten		zeigte sich nicht	zeigte sich an 1-3 von 7 Tagen	zeigte sich an 4-6 von 7 Tagen	zeigte sich täglich	Gesamt
Umherirren	Anzahl	1902	85	65	118	2170
	%	87,6 %	3,9 %	3,0 %	5,4 %	100,0 %
Verbale Aggressivität	Anzahl	1711	282	109	68	2170
	%	78,8 %	13,0 %	5,0 %	3,1 %	100,0 %
Körperliche Aggressivität	Anzahl	2000	118	34	18	2170
	%	92,2 %	5,4 %	1,6 %	0,8 %	100,0 %
Sozial unangemessenes Verhalten	Anzahl	1713	171	127	159	2170
	%	78,9 %	7,9 %	5,9 %	7,3 %	100,0 %
Widersetzt sich Pflege und Behandlung	Anzahl	1747	222	107	94	2170
	%	80,5 %	10,2 %	4,9 %	4,3 %	100,0 %

Quelle: Daten RAI-Heime 2008, Kanton Aargau

Um die Grössenordnung für den Bedarf von spezialisierten Strukturen für verhaltensauffällige demente Heimbewohnerinnen und -bewohner abschätzen zu können, wird von folgenden Kriterien ausgegangen:

- Die Bewohnerin/der Bewohner ist kognitiv mittel bis stark eingeschränkt (Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit mindestens 3).
- Die Bewohnerin/der Bewohner ist in den Aktivitäten des täglichen Lebens nicht schwerstabhängig (ADL-Index maximal 15 von 18 Punkten). Damit wird im Wesentlichen die letzte Phase der Demenz, welche mit einer praktisch vollständigen Abhängigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens einhergeht, ausgeschlossen. Dieser Ausschluss ist konzeptabhängig.
- Die Bewohnerin/der Bewohner zeigt mindestens eine der oben aufgeführten Verhaltensauffälligkeiten an mindestens 4-6 von 7 Tagen.

Abbildung 13 Anzahl von problematischen Verhaltensweisen bei kognitiv mittel bis stark eingeschränkte Bewohner/innen

		Anzahl Verhaltensweisen an mindestens 4-6 von 7 Tagen							Total Bewohner
		0	1	2	3	4	5	Gesamt	
Alters- und Pflegeheim	Anzahl	156	34	17	5	1	1	214	836
	in %	72,9 %	15,9 %	7,9 %	2,3 %	0,5 %	0,5 %	100,0 %	
Krankenheim	Anzahl	351	126	63	34	24	3	601	1334
	in %	58,4 %	21,0 %	10,5 %	5,7 %	4,0 %	0,5 %	100,0 %	
Gesamt	Anzahl	507	160	80	39	25	4	815	2170
	in %	62,2 %	19,6 %	9,8 %	4,8 %	3,1 %	0,5 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: Daten RAI-Heime 2008, Kanton Aargau

Von den insgesamt 2170 Bewohnerinnen und Bewohnern sind 815 kognitiv mittel bis stark eingeschränkt und in den ADL-Funktionen nicht vollständig abhängig und 308 oder 14,2 % zeigen mindestens eines der oben aufgeführten Problemverhalten.

Zwischen den beiden Heimtypen zeigen sich Unterschiede, indem die Krankenhäuser häufiger Bewohnerinnen und Bewohner mit Problemverhalten beherbergen als Alters- und Pflegeheime (18,7 % versus 6,9 %).

Unter Berücksichtigung der Zusammensetzung der RAI-Daten, in welcher der Anteil der Krankenhäuser übergewichtet ist, ergibt sich ein korrigierter Mittelwert von 9,3 %.

Es kann davon ausgegangen werden, dass etwa 10 % der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen des Kantons Aargau dement sind und relevante Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Im Sinne eines Richtwertes zuhanden der Gemeinden wird empfohlen, den Bedarf für spezialisierte Pflegeplätze für Demente auf ca. 10 bis 15 % der Gesamtbettzahl festzulegen.

Anforderungen an eine spezialisierte Abteilung für Demente

Spezialisierte Abteilungen für demente Heimbewohnerinnen und -bewohner werden auf der Pflegeheimliste ausgewiesen, denn der Betrieb einer spezialisierten Abteilung für Menschen mit einer Demenz ist gesundheitspolizeilich bewilligungspflichtig.

Folgende Anforderungen werden an die Ausgestaltung und den Betrieb einer spezialisierten Abteilung für Demente gestellt:

Baulich, räumliche Anforderungen (in Ergänzung zur Checkliste der Schweizerischen Alzheimervereinigung)

- Grundsätzlich muss ein frei begehbare geschützter Aussenbereich vorhanden sein (bei Neubauten zwingend);
- Schliess- bzw. Kontrollsystem, das weglaufgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern Rechnung trägt;
- Sicherung von Fenstern und Balkonen;
- Mindestfläche pro Bewohnerin und Bewohner im Zimmer und im öffentlichen Bereich, damit der nötige Bewegungsspielraum entsteht;
- Die verminderte Orientierungs- und Urteilsfähigkeit erfordert, selbst- oder fremdgefährdende Einrichtungen oder Gegenstände zu eliminieren bzw. zu sichern;
- Inneneinrichtung und Beleuchtung sollen durch entsprechende Gestaltung der Verwirrtheit und Desorientierung entgegenwirken;
- Neu zu schaffende spezialisierte Abteilungen sollen vorzugsweise im Parterre gelegen sein.

Betrieblich-personelle Anforderungen

- Pflegekonzept, das aufzeigt, für welche Bewohnerinnen und Bewohner wie und mit welchen personellen Ressourcen die Pflege, Betreuung und Aktivierung sichergestellt ist;
-

- Ärztlich gestellte Diagnose einer Demenzerkrankung muss vorhanden sein;
- Schriftlich formulierte Eintritts- und Verlegungskriterien;
- Periodische Überprüfung, ob die Voraussetzungen für den Aufenthalt in der spezialisierten Abteilung noch gegeben sind;
- Fachlich ist eine regelmässige Zusammenarbeit mit einem gerontopsychiatrischen Dienst sicherzustellen;
- Fort- und Weiterbildungskonzept, das auf die speziellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtet ist.

5.3 Spezielle Palliative Care

Palliative Care ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Fürsorge für Menschen, deren Erkrankungen nicht mehr auf kurative Behandlung ansprechen. Zur Erzielung eines grösstmöglichen Masses an Lebensqualität wird der Beherrschung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden höchste Priorität zugesprochen. Nicht die Verlängerung um jeden Preis, sondern die Wünsche und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund. Darin eingeschlossen ist eine mögliche psychische, soziale und spirituelle Unterstützung der betroffenen Menschen und ihrer primären Bezugspersonen.

In den verschiedenen Langzeitpflegeeinrichtungen mit terminalen Bewohnerinnen und Bewohnern sind Pflege und Begleitung in den Tod seit jeher Kernaufgaben. Mit dem Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 ist Palliative Care im Kanton Aargau gesetzlich verankert worden. Auf Bundesebene wird seit dem Jahr 2008 eine bessere Verankerung geprüft, die auch in Bezug auf die neue Pflegefinanzierung ihren Niederschlag finden sollte. Weitere Anstrengungen finden auf nationaler Ebene mit verschiedenen Akteuren in Form von Diskussionsforen und Forschungsprogrammen statt.

Aktive Palliative Care wird im Kanton Aargau vor allem im Hospiz an der Reuss betrieben. Weiter aktiv ist das in der Krebsliga situierte Forum Palliative Care, das als Arbeitsgruppe erste Schritte in der interdisziplinären Zusammenarbeit organisiert. Ausserdem findet Palliative Care im Sinne eines Pflegemodells in allen Pflegeheimen statt. Damit von einer speziellen Qualifizierung und Ausrichtung des Pflegeheimangebotes im Sinne einer Palliativ Care-Station im Pflegeheim gesprochen werden kann, strebt der Kanton einen konzeptionellen und qualitativen Standard an. Die Beachtung einer solchen Leitplanke führt zur besseren Verständigung und Übersicht.

Der Qualitätsstandard lässt sich wie folgt definieren:

- Räumlich und infrastrukturmässig spezieller Rahmen für die Palliativ Care-Station mit einem speziell qualifizierten Team
 - Schmerzmanagement und ärztlicher Liaisondienst zu Schmerzmedizin
 - Qualifizierung sowie Fort- und Weiterbildung in Palliative Care der Personen in Pflege und Betreuung
 - Konsequente Patientenorientierung
 - Einsatz Freiwilliger/Ehrenamtlicher zur Begleitung und Betreuung
-

- Umgang mit ethischen Krisen
- Notfallpläne und Krisenvorsorge
- Angebote für trauernde Angehörige
- Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Belastungssituationen

Pflegeheime mit einer qualifizierten Palliative Care-Station werden auf der Pflegeheimliste ausdrücklich erwähnt. Mit diesem Vorgehen ist sichergestellt, dass unabhängig von den speziellen Palliative Care-Stationen alle Pflegeheime im Kanton Aargau über eine hohe Palliative Care-Kompetenz verfügen.

Im Gesundheitsbereich schliessen seit neuerer Zeit verschiedene Ausbildungen Kompetenzen in Palliative Care ein. Der Kanton Aargau bietet auf Tertiärstufe im Diplomgang ein Modul im dritten Studienjahr an. Andere, wie zu Beispiel Curaviva nehmen die im Medizinalberufegesetz (MedBG) verankerte Weiterbildung als Lehrgänge für Fachpersonen im Gesundheits-, Betreuungs- und Pflegebereich wahr.

5.4 Übergangspflege

Die Zeit des Aufenthalts in den Akutspitälern wird immer kürzer. Für ältere Menschen kann dies zu einem Problem werden, weil ihre Erholungszeit unter Umständen länger dauern kann. Das Angebot einer stationären Übergangspflege, die zeitlich befristet ist, kommt diesem Bedürfnis entgegen.

Gemäss kantonalem Konzept vom 12. April 2005 gilt Übergangspflege (analog zur Definition im KVG Art. 25a, Abs. 2) als eine befristete, optimale Betreuung von betagten Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Behandlung in einem somatischen Akutspital. Sofern die Patientinnen und Patienten keine Behandlung im Akutspital benötigen, wohl aber einen vorübergehenden pflegerisch-therapeutischen Behandlungsbedarf aufweisen, können sie in die Übergangspflege eingebunden werden oder auch zu Hause (Spitex) betreut werden, um ihre frühere Selbstständigkeit wieder zu erlangen. Die Abgrenzung zur Rehabilitation wird im Konzept Übergangspflege ebenfalls geregelt.

Das Angebot Übergangspflege soll gemäss § 17 des kantonalen Pflegegesetzes dezentral und wohnortnah in enger Zusammenarbeit mit den Akutspitälern in den Pflegeheimen vom Typ Krankenhaus erfolgen.

Für den Betrieb einer Übergangspflege in einem Pflegeheim müssen folgende Voraussetzung erfüllt sein (vorbehalten bleiben allfällige Änderungen im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung):

- Betriebskonzept der Übergangspflege;
 - Regionale Nähe zu einem Akutspital und Vorlage Zusammenarbeitsvertrag mit dem Akutspital;
 - Nachweis, dass bei der Aufnahme ein Assessment durchgeführt wird;
-

- Nachweis der massgeblichen Therapieelemente, u.a. Physio- und Ergotherapie als Angebot innerhalb der Übergangspflegeeinrichtung;
- Mindestgrösse einer Übergangspflegeeinrichtung von 12 Betten, getrennt vom Langzeitbereich, mit Nachweis des zu erwartenden Bedarfs;
- Nachweis einer geeigneten medizinisch-technischen Ausstattung zur Erfüllung der Zielsetzung des Betriebskonzepts;
- Erfüllung der vom Kanton geforderten Personaldotation und -qualifikation im Bereich Leitung, Pflege, Arztdienst und Therapie.

Die Führung einer Übergangspflege ist Teil des Leistungsauftrags einer Einrichtung. Dazu ist beim Departement Gesundheit und Soziales ein Antrag zu stellen, welcher insbesondere Informationen zur Bedarfslage und das Konzept enthält. Teil des Konzepts sind namentlich das Assessment und die Frage der Zusammenarbeit mit der vorgelagerten Einrichtung der Akutversorgung.

Nach dem beschränkten Erfolg der bisherigen Pilotprojekte ist per dato noch einmal ein Konzept in Erarbeitung. Der Kanton wird deshalb bis zum Vorliegen von entsprechenden Resultaten keine Leistungsaufträge in diesem Bereich erteilen.

5.5 Temporäre Pflegeplätze

Temporäre Pflegeplätze - dazu gehören auch Ferienbetten oder Plätze für Kurzzeit- Aufenthalter - ermöglichen eine vorübergehende stationäre Pflege und Betreuung und dienen für verschiedene Zwecke:

- Entlastung von pflegenden Angehörigen
- Verhinderung bzw. Verzögerung von Heimeintritten
- Sicherstellung der Pflege und Betreuung bei einem vorübergehenden Ausfall der pflegenden Person
- Ermöglichung von Probeaufenthalten zur Entscheidungsfindung bei einem Heimeintritt
- Zwischenzeitliche Platzierung, bis ein Platz in dem von der Bewohnerin bzw. vom Bewohner gewünschten Heim frei wird.

Das temporäre Angebot ist vom Angebot der Übergangspflege zu unterscheiden, das ebenfalls zeitlich begrenzt ist, aber eine pflegerisch-therapeutische Behandlung beinhaltet, welche die Wiedererlangung der Selbständigkeit und eine Entlassung nach Hause bezweckt.

Die Umfrage im Jahr 2008 bei den Heimen hat ergeben, dass rund ein Drittel temporäre Plätze anbieten, wobei die Unterscheidung zwischen temporären Plätzen und Angeboten der Übergangspflege seitens der Heime nicht immer gemacht wurde. Beim Grossteil des aufgeführten Angebots dürfte es sich um temporäre Plätze handeln, welche nicht dem Angebot der Übergangspflege entsprechen. Es kann deshalb im Sinne einer Näherung davon ausgegangen werden, dass rund ein Drittel der Heime ca. 50 temporäre Plätze anbieten. Zusätzlich ermöglichen die Heime auch temporäre Aufenthalte, wenn Zimmer zwischen zwei per-

manent Belegungen frei sind oder wenn Zimmer für permanente Aufenthalte aufgrund der aktuellen Marktsituation nicht belegt werden können.

Vom Zimmerangebot und von der Infrastruktur her gesehen unterscheiden sich temporäre Plätze nicht grundsätzlich vom übrigen Angebot eines Pflegeheims. Der Unterschied besteht vor allem im betrieblichen Konzept. Die Aufrechterhaltung eines temporären Angebots ist in Phasen einer Knappheit an Heimplätzen schwierig, weil einerseits die Rückverlegung des Kurzaufenthaltes trotz vertraglichen Vereinbarungen schwierig sein kann und andererseits die Aufnahme eines Dauergastes zu einer deutlich höheren Auslastung führt und betriebswirtschaftlich interessant ist.

Die temporären Plätze sind in den Richtwerten zum Gesamtangebot berücksichtigt und werden auf der Pflegeheimliste nicht separat ausgewiesen. Den Gemeinden wird empfohlen, in den Leistungsvereinbarungen die Führung von temporären Plätzen explizit zu vereinbaren und zu regeln. Im Sinne einer Grössenordnung sollten grössere Heime ab ca. 80 Plätzen 2-3 temporäre Plätze anbieten.

Die Bedeutung der Verfügbarkeit eines ausreichenden Angebots von temporären Plätzen wird in Zukunft steigen. Die noch zunehmende Pflege und Betreuung zu Hause verstärkt die Notwendigkeit, pflegende Angehörige bei Bedarf wirksam entlasten und flexibel unterstützen zu können, wenn sie kurzfristig ausfallen. Zudem dürfte sich der Druck auf kurzfristige Platzierungen nach Spitalaufenthalten verstärken und vorübergehende Platzierungen bis zum definitiven Eintritt in das bevorzugte Heim zunehmen.

Der Ausbau von Entlastungsangeboten in Form von temporären Pflegeplätzen wird vom Kanton begrüsst. Die Umsetzung entspricht den Bedürfnissen der betreuenden Angehörigen und trägt dazu bei, dass die Pflege in der Familie während des langen Krankheitsverlaufs möglichst erhalten bleibt.

5.6 Tages- und Nachtstrukturen

Unter Tages- bzw. Tages- und Nachtplätzen wird eine spezielle räumlich ausdifferenzierte Struktur in einem Pflegeheim oder eine räumlich selbstständige Einheit verstanden, welche ca. 8-10 Tagesgäste (empfohlene Grösse) für einzelne oder mehrere Tage in der Woche aufnimmt und während einer festgelegten Zeit pro Tag bzw. in der Nacht betreut.

Darüber hinaus können Heime auch einzelne Tages- bzw. Nachtgäste aufnehmen, die für die Pflege und Betreuung in bestehende Abteilungen zugewiesen werden.

Der Tages- bzw. Nachtaufenthalt kann folgenden Zwecken dienen:

- Entlastung der Angehörigen
 - Verhinderung bzw. Verzögerung von Heimeintritten
 - Aktivierung und Ermöglichung von sozialen Kontakten
 - Durchführung von therapeutisch-pflegerischen Massnahmen
-

Wie die im Jahre 2008 durchgeführte Heim-Umfrage ergeben hat, bieten zur Zeit vier Pflegeheime sogenannte Tagesplätze mit insgesamt ca. 40 Plätzen an. Zudem betreibt das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) in Aarau ein Tageszentrum für Behinderte und Betagte.

Art. 25a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung „einen Beitrag an Pflegeleistungen leistet, welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung ambulant, auch in Tages- und Nachtstrukturen, oder im Pflegeheim erbracht werden.“ Im Rahmen der "Neuordnung Pflegefinanzierung Kanton Aargau per Juli 2010" wird vorgeschlagen, die Finanzierung der Tages- und Nachtstrukturen nach den Grundsätzen der stationären Leistungserbringung vorzunehmen. Ungeachtet dessen werden Tages- und Nachtstrukturen als ambulante Einrichtungen betrachtet und nicht dem stationären Langzeitangebot zugeordnet. Sie werden deshalb nicht auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt.

Die Bewilligungsvoraussetzungen gemäss § 1 der Pflegeverordnung gelten sinngemäss auch für Tages- und Nachtplätze, obwohl es sich abrechnungstechnisch dabei um ambulante Leistungen handelt. Voraussetzungen für die Erlangung einer Betriebsbewilligung sind:

- Betriebskonzept, welches insbesondere Angaben zu Aufnahmekriterien, Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Behandlung und Betreuung, Angaben zu Aktivierung und Therapien sowie zu den personellen Ressourcen enthält;
- Gewährleistung von minimalen Öffnungszeiten;
- Geeignete separate Aufenthaltsräumlichkeiten für die Tagesgäste mit Ruhemöglichkeiten;
- Sicherstellung der Transporte.

Tages- und Nachtplätze sollen wohnortnah und regional angeboten werden. Die Grösse des Einzugsgebietes sollte dabei so gewählt werden, dass ein Tages- und Nachtheim von ca. 8-10 Plätzen gut ausgelastet werden kann und die Transportwege bzw. die entstehenden Transportkosten tragbar sind. Um die Attraktivität bzw. den Bekanntheitsgrad dieses Angebots zu erhöhen und die Auslastung zu verbessern, ist die Öffentlichkeitsarbeit zu intensivieren.

Tages- und Nachtplätze werden künftig im KVG als ambulante Strukturen betrachtet. Sie sind wichtige Angebotselemente insbesondere für die Entlastung von pflegenden Angehörigen. Zudem können Pflegeheime unter bestimmten Voraussetzungen auch einzelne Tages- und Nachtgäste aufnehmen. Voraussetzung dazu ist ein betriebliches Konzept, welches aufzeigt, durch wen und wie diese Tages- und Nachtgäste gepflegt und betreut werden und welche aktivierenden und therapeutischen Angebote in Anspruch genommen werden können.

Tages- und Nachtplätze sind wichtige Angebotselemente und ergänzen die ambulanten Möglichkeiten sinnvoll. Die Entwicklung des quantitativen Bedarfs hängt von der Ausgestaltung der künftigen Finanzierung ab und lässt sich derzeit schwer abschätzen. Der Kanton steht positiv zu einem weiteren Angebotsausbau, denn für die betreuenden Angehörigen ist

es wichtig, dass sie in ein verlässliches Netzwerk an Betreuungsangeboten eingebunden sind.

5.7 Jüngere Pflegebedürftige

Jüngere Pflegebedürftige, die Pflege in einem Ausmass benötigen, dass ein Heimeintritt nötig ist, sind in der Regel behindert und beziehen eine IV-Rente. "Als behindert gelten Menschen, die aufgrund von Beeinträchtigungen körperlicher, sprachlicher, sensorischer, geistiger, psychischer oder sozialer Art so stark benachteiligt sind, dass ihre Teilnahme an Bildung, Erwerbsleben oder Gesellschaft erschwert oder verunmöglicht ist" (§ 3 Abs. 2, Betreuungsgesetz Kanton Aargau). Im Normalfall befinden sie sich bis zum Erreichen des Rentenalters in einer stationären Einrichtung bzw. einem Wohnheim für erwachsene Menschen mit Behinderungen und werden in diesem Rahmen beschäftigt und betreut. Trotzdem lebten gemäss SOMED-Statistik (Abbildung 8) am 31. Dezember 2007 40 Personen, die jünger als 50 Jahre sind, in aargauischen Pflegeheimen. Dieser Zustand ist aus der Optik einer adäquaten Versorgung unbefriedigend. Jüngere Pflegebedürftige sind in einer gemischten Abteilung mit Pflegebedürftigen im AHV-Alter nicht optimal platziert.

Für die altersunabhängige Pflege und Betreuung von Menschen mit besonderen Erkrankungen wie multiple Sklerose, Tetraplegie u.a. ist in Zukunft ebenfalls eine befriedigende Lösung zu finden.

Im Sinne einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung stellt sich daher die planerische Grundsatzfrage, wer für die Langzeitkrankenpflege von jüngeren Menschen mit Behinderungen zuständig sein soll. Folgende zwei Lösungswege bieten sich an:

Variante "Betreuung im Wohnheim für Menschen mit Behinderungen"

Wohnheime für Menschen mit Behinderungen bauen selber eine entsprechende Infrastruktur auf und eröffnen eine Pflegeabteilung im Sinne des KVG. Sie bieten darin entsprechend qualifizierte und finanzierte Leistungen an. Später haben Bewohner im Rentenalter, aufgrund kantonaler Zusicherungen bzw. im Sinne einer Besitzstandswahrung, auch bei Pflegebedürftigkeit im Alter ein Anrecht auf lebenslangen Aufenthalt im Wohnheim. Allerdings ist zu bedenken, dass in den nächsten Jahren die Zahl der Menschen mit Behinderungen, welche ins AHV-Alter kommen und pflegebedürftig werden, die Möglichkeiten der Wohnheime überschreiten könnten.

Wohnheime für Menschen mit Behinderungen, die aufgrund ihrer Bewohnerstruktur und der entsprechenden Pflegeinfrastruktur die Voraussetzungen eines Pflegeheims erfüllen, können bei dieser Variante bei der zuständigen Aufsichtsbehörde des Kantons eine Pflegeheimbewilligung beantragen. Im positiven Fall und sofern der Bedarf bejaht wird, werden diese mit ihrer Pflegeabteilung ebenfalls auf der Pflegeheimliste des Kantons aufgeführt.

Variante "Betreuung im Pflegeheim"

Als alternative Lösung wechseln die jüngeren, pflegebedürftigen Menschen mit einer Behinderung in ein KVG-Pflegeheim und werden dort wie andere Bewohner gepflegt und betreut.

Dieses Angebot gehört bei Pflegeheimen gemäss KVG zur Kernaufgabe. Allerdings sind sie in der Regel nicht auf diese Altersgruppe vorbereitet und eingerichtet.

Im Falle der älteren pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen entspricht dieser Lösungsweg dem Normalisierungsprinzip, da bei Eintritt der Pflegeheimbedürftigkeit das bisherige Wohnumfeld aufgegeben wird und das Wohnen neu im Pflegeheim stattfindet. Dieser Wechsel wird von allen Personen verlangt, auch von solchen, die bisher nicht in einem Wohnheim lebten. Bei dieser Variante wird den bisherigen Wohnheimbewohnern ebenfalls ein Wohnortswechsel zugemutet. Der Zeitpunkt des Wechsels wäre im Einzelfall zu bestimmen, abhängig vom Überwiegen des Kriteriums Betreuung bzw. Beschäftigung gegenüber dem Kriterium Pflege gemäss KVG.

Finanzierung

Bei der Abwägung, ob eine separate Pflegeheimstruktur in den Wohnheimen für behinderte Menschen aufgebaut werden soll, spielen volkswirtschaftliche Kostenüberlegungen für den Kanton bzw. die Gemeinden als Hauptfinanzierer der Wohnheime bzw. der Pflegeheime, eine grosse Rolle. Der Restbetrag, der nicht durch die IV-Rente, die KVG-Leistungen der Krankenversicherer, die Ergänzungsleistungen und die Hilflosenentschädigung gedeckt ist, muss durch eine sinnvolle Regelung im Rahmen der kantonalen Pflegefinanzierung gemäss KVG finanziert werden. Sobald die neue Bundesregelung der Pflegefinanzierung geklärt ist, muss für die jüngeren Pflegebedürftigen mit IV-Status im Pflegeheim eine Lösung für die Restfinanzierung gefunden werden, insbesondere um eine Fürsorgeabhängigkeit zu verhindern.

Wohnhaus Aargau

Für den Kanton Aargau ist es wichtig, dass der Entscheid für alle Parteien eine gute und finanziell annehmbare Lösung darstellt. Das Wohnhaus Aargau in Baden-Dättwil, das im August 2010 von der Aargauischen Stiftung für cerebral Gelähmte eröffnet wird, ist ein gutes Beispiel dafür. Es bietet 24 Wohnplätze an sowie 30 Arbeits- und Beschäftigungsplätze für jüngere erwachsene Menschen mit schweren Körperbehinderungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner erhalten zudem Assistenz- und Pflegeleistungen, damit sie ein möglichst autonomes Leben führen können. Das Wohnhaus Aargau wird nach den Bestimmungen des Betreuungsgesetzes finanziert. Zu gegebener Zeit wird das Departement Bildung, Kultur und Sport (BKS) eine Analyse über die Belegungs- und Wartesituation im Wohnhaus Aargau erstellen. Erst nach Vorliegen der Analyse des BKS macht es Sinn, über eine Angebotserweiterung, sei es im Pflegeheimbereich oder in Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderungen, nachgedacht werden. Die Wohnheime sind gemäss ihrer Zielsetzung und Infrastruktur nicht für die Krankenpflege von alten Menschen eingerichtet. Dies ist der Grundauftrag der Pflegeheime.

5.8 Alternative Wohn- und Betreuungsformen

Um in Zukunft die steigende Nachfrage nach Pflegeheimplätzen abfedern zu können, braucht es zwingend alternative Wohn- und Betreuungsformen. Die folgende Aufzählung ist nicht abschliessend, sondern umschreibt lediglich die zurzeit gängigsten Formen. Ebenso

würde es den Rahmen der Pflegeheimkonzeption sprengen, für jede hier umschriebene Wohn- und Betreuungsform konkrete Lösungsansätze und klare Regelungen aufzuzeigen, da jedes Projekt einmalig ist, d.h. situativ angegangen werden muss. Der Kanton hat im Departement Gesundheit und Soziales für sämtliche Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegegesetzes und der Neuregelung der Pflegefinanzierung eine zentrale "Fachstelle für Altersfragen" geschaffen.

Aus der Sicht der Pflegeheimkonzeption sind vor allem Wohnformen von Interesse, bei welchen die Pflege und Betreuung durch stationäre Leistungserbringer erbracht wird, gemäss §. 1 Abs. 2 des Pflegegesetzes.

Die alternativen Wohn- und Betreuungsformen lassen sich in etwa so zusammenfassen:

- Alterswohngemeinschaften und Altershausgemeinschaften
- Betreutes Wohnen („Wohnen mit Services“)
- Pflegewohngruppe

Von diesen Wohn- und Betreuungsformen werden einzig die Pflegewohngruppen in die Pflegeheimliste aufgenommen, da die anderen nur ambulante Leistungen anbieten.

Alterswohngemeinschaft und Altershausgemeinschaft

Unter einer Alterswohngemeinschaft wird eine kollektive Wohnform - Wohnung oder Haus - verstanden. Meistens sind die älteren Menschen nicht miteinander verwandt. Bei Altershausgemeinschaften verfügen alle Bewohner über eine abgeschlossene Wohnung. Sie pflegen in gemeinschaftlich genutzten Räumen Kontakte, organisieren Aktivitäten und teilweise auch Hilfsangebote und unterstützen sich gegenseitig.

In diesen Wohnformen wird die Hilfe und Pflege soweit überhaupt erforderlich in der Regel durch die Spitex erbracht. Intensivere Pflegesituationen, die über das in der ambulanten Pflege und Betreuung mögliche Mass hinausgehen, können in diesen Wohnformen nicht bewältigt werden und erfordern in der Regel eine Verlegung in ein Pflegeheim.

Pflegewohngruppen

Pflegewohngruppen umfassen in der Regel 8-12 hilfs- und pflegebedürftige Menschen, die in einer geeigneten, angepassten oder speziell dafür konzipierten Normalwohnung professionell betreut und gepflegt werden. Pflegewohngruppen gehören im Kanton Aargau schon seit längerem zum Angebot und sind in Art. 13 des Pflegegesetzes explizit als stationäre Pflegeeinrichtungen aufgeführt.

Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen - auch Wohnen mit Services genannt - ist eine Bezeichnung, die recht unterschiedliche Strukturen beinhaltet und nicht einheitlich verwendet wird. Unter „Betreutem Wohnen“ werden hier Wohnformen verstanden, welche kumulativ folgende Elemente umfassen:

- Basis ist eine baulich geeignete Klein-Wohnung, die als Alterswohnung behindertengerecht ausgestattet ist und 1,5 bis 3.5 Zimmer aufweist. Das Verhältnis zwischen dem Bewohner und dem Träger wird in der Regel im Rahmen eines Mietverhältnisses geregelt.
- Es besteht ein vertraglich fixiertes Grundleistungsangebot wie z.B. 24h Notruf, Lebenszeichenkontrolle, gelegentliche häusliche Krankenpflege, Aktivitäten etc. Normalesweise wird dieser Dienst gegen eine pauschale Entschädigung angeboten.
- Weitere Dienstleistungen können im Bedarfsfall gegen Entschädigung zu vorgängig festgelegten Konditionen bezogen werden.

Die Entwicklung des „Betreuten Wohnens“ entspricht einem klaren Trend. Attraktiv ist die Verbindung des selbstständigen Wohnens mit einem umfassenden Dienstleistungsangebot. Besonders geeignet für die Entwicklung von Formen des „Betreuten Wohnens“ sind Alterswohneinrichtungen in unmittelbarer Nähe eines Pflegeheims. Bereits heute bietet rund ein Drittel der im Jahre 2008 befragten Heime mehr als 800 Alterswohnungen an. Eine systematische Erhebung liegt nicht vor, die Aussagen über das Konzept des „Betreuten Wohnens“ machen könnte.

Das „Betreute Wohnen“ liegt in einem Zwischenbereich zwischen ambulanter und stationärer Betreuung mit fließenden und unscharfen Übergängen. Je nach Ausgestaltung des Grundleistungsangebots und der Intensität der Pflege, die in den Wohnungen bei Bedarf geleistet wird, entstehen stationäre Betreuungssituationen, die sich kaum noch von denjenigen in einem Pflegeheim unterscheiden.

Anhaltspunkte für das Vorliegen einer stationären Betreuungssituation sind:

- Der Umfang des minimalen Grundleistungspaketes (nur Notruf oder als Minimum bereits eine Mahlzeit, wöchentliche Reinigung);
- Die effektive Pflegeintensität der Bewohnerinnen und Bewohner und die schriftlich festgelegten Verlegungskriterien;
- Der Anteil an Pflege- und Betreuungsleistungen, die vom Heimpersonal anstelle der Spitex erbracht werden.

Ob es sich noch um eine ambulante oder bereits eine stationäre Betreuungsform handelt, entscheidet der Kanton situativ. Sofern ein stationärer Angebotscharakter überwiegt, wird das Angebot in der Bedarfsplanung berücksichtigt und auf die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen.

Es ist zu erwarten, dass sich Formen des „Betreuten Wohnens“ für die unteren Pflegestufen substituieren. Dementsprechend ist eine Reduktion der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen in den unteren Pflegestufen zu erwarten.

6. Bedarfsplanung

Die stationären Langzeitangebote im Kanton Aargau bilden auch für die Zukunft eine zentrale Stütze der Altersversorgung. Deshalb ist es wichtig, begründete quantitative Richtwerte zu

entwickeln. Angesichts des komplexen Zusammenspiels vieler verschiedener Komponenten, ist es sinnvoll in einem ersten Teil aufzuzeigen, welche Faktoren einen Heimeintritt beeinflussen können. In einem weiteren Teil wird der stationäre Langzeitbereich des Kantons Aargau mit anderen Kantonen verglichen sowie deren Bedarfsplanung aufgeführt. In einem letzten Abschnitt werden die konkreten Richtwerte entwickelt, das heisst Grundsätze der Planung aufgezeigt, quantitative Trends analysiert und für die Bestimmung der Richtwerte verwendet. Bei sämtlichen Überlegungen wird nicht nur der Status quo beschrieben, sondern auch ein Ausblick in die Zukunft gegeben.

Obwohl es viele interessante Kennzahlen gibt, die auf den ersten Blick als Basisgrösse dienen könnten, ist deren Verwendung abzulehnen. Einerseits weil keine nachweisbare Wechselbeziehung zum Bedarf an Pflegeheimplätzen besteht und andererseits, weil es für diese Werte keine Langzeitstudien gibt. Aus diesem Grund bietet sich als Richtwert ein aufgrund detaillierter Analysen festgelegter Prozentsatz der 80-Jährigen und Älteren an. Wie Abbildung 8 zeigt, ist der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Alterskategorie der 80-Jährigen und Älteren mehr als 10 Mal höher, als in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen, was diese Vorgehensweise bestätigt. Zudem wird diese Kennzahl meistens auch von den anderen Kantonen verwendet, wenn auch nicht immer in derselben Ausprägung.

6.1 Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit

Es muss davon ausgegangen werden, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten der Bedarf an Betreuungs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen weiter zunehmen wird. Der Bedarf ist jedoch stark abhängig vom gesellschaftlichen Wandel und von den Strukturen und Entwicklungen der Angebote sowohl im pflegerischen wie auch im präventiven Bereich.

Soziodemografische Entwicklungen

Der Zuwachs der älteren Bevölkerung bedeutet nicht gleichzeitig eine Steigerung der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit. Die Phase der Gebrechlichkeit hat sich grundsätzlich verkürzt. Tendenziell möchten mehr Menschen länger zu Hause bleiben und bei zunehmenden Mobilitätseinschränkungen vorerst auf die verschiedenen ambulanten Angebote zurückgreifen. Neben dem Faktor Alter, der explizit als Einflussfaktor in der Planung zu berücksichtigen ist und dessen Entwicklung im Kapitel 3 beschrieben wird, sind vor allem die gesundheitlichen Faktoren wie Einschränkungen der Selbständigkeit und der kognitiven Leistungsfähigkeit von Bedeutung.

Gesündere Betagte - Ansteigen der behinderungsfreien Lebensjahre

Künftige Betagte sind tendenziell gesünder und die Zahl der behinderungsfreien Lebensjahre nimmt trotz steigender Lebenserwartung zu: „Die in den letzten Jahrzehnten durchgeführten Analysen zur gesunden bzw. behinderungsfreien Lebenserwartung lassen gemäss Höpflinger & Hugentobler⁷ insgesamt immer deutlicher erkennen, dass Männer und Frauen in hochentwickelten Ländern nicht nur lange leben, sondern im Durchschnitt auch lange Zeit gesund und ohne massive Behinderung verbleiben. Verschiedene neuere internationale Untersu-

⁷ Höpflinger & Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jh., 2004

chungen zeigen gemäss Schoeni⁸ direkte und deutliche Trends in Richtung einer Reduktion der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit.

Vermehrte präventive Anstrengungen

Menschen im Alter möchten möglichst lange ihre Selbstständigkeit wahren. Die mit der Selbstständigkeit verbundene Lebensqualität könnte vermehrt mit präventiven Anstrengungen erhalten bleiben und die Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben oder ganz vermieden werden.

Das in den 90-Jahren dank einer Nationalfondstudie durchgeführt Projekt EIGER, hatte das Ziel, die Wirksamkeit und Kostenfolge der Prävention und Gesundheitsförderung zu evaluieren. Die Ergebnisse zeigten, dass präventive Hausbesuche längerfristig zu einer Reduktion der Pflegebedürftigkeit und Pflegeheimeinweisung führten.

Aufbauend auf der EIGER-Studie initiiert der Kanton Aargau flächendeckend als erster Kanton ein Programm. Grundlage dafür stellt das Gesundheits-Profil-Verfahren dar, das von der Geriatrie Universität Bern entwickelt wurde und bereits an mehreren Orten in anderen Kantonen zur Anwendung kommt. In Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten wird mit Hilfe eines Fragebogens der gesundheitliche Zustand der älteren Bevölkerung abgeklärt. Ergänzend dazu besuchen Fachpersonen die älteren Menschen und beraten sie. Ziel ist es, die Selbstständigkeit zu fördern und die Lebensqualität zu verbessern. Die Erfahrung hat gezeigt, dass solche Präventionen einen finanziellen Mehraufwand bedingen, mittelfristig jedoch eine Netto-Einsparung der Gesundheits- und Pflegekosten bewirken.

Das Projekt Gesundheits-Profil-Verfahren wurde vom Kanton Aargau bereits aktiv angegangen. Ein erstes interkantonales Treffen mit Erfahrungsaustausch fand im April 2009 statt. Weitere Abklärungen sind im Gang.

Vermehrte Nutzung des Spitex-Angebots anstelle eines Alters- und Pflegeheimeintritts

Der Anteil der relativ gesunden oder gering Pflegebedürftigen in aargauischen Pflegeheimen ist recht hoch und deutet auf noch bestehende ambulante Pflege- und Betreuungspotentiale hin. Siehe dazu Abbildung 9 mit der BESA-Abstufung der Pflegebedürftigkeit. Zahlreiche bei der älteren Bevölkerung durchgeführte Befragungen zeigen, dass auch bei einer gewissen Hilfsbedürftigkeit die Pflege und Betreuung in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus einem Heimeintritt von vielen Betagten vorgezogen wird. Ein Heimeintritt wird gemäss Höpflinger⁹ von der überwiegenden Mehrzahl von Betagten „nur wenn es sein muss“ in Betracht gezogen.

Das Pflegegesetz geht in Art. 12 Abs. 2 zukunftsgerichtet davon aus, das Angebot der Hilfe und Pflege zu Hause so auszugestalten, dass stationäre Strukturen wie Langzeitinstitutionen und Spitäler entlastet werden. Um dieses Ziel erreichen zu können, definiert die Gesetzge-

⁸ Schoeni, Why is late-life disability declining?, 2008

⁹ Höpflinger & Hugentobler, Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz

bung ein Mindestangebot der Hilfe und Pflege zu Hause in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht. Für die Bevölkerung wird damit kantonsweit ein einheitliches und bedarfsgerechtes Angebot sichergestellt. Die Grundlagen dazu sind im Spitex-Leitbild 2008 konkretisiert.

Zunahme der demenzkranken Menschen

Ein grosser Teil der pflegebedürftigen, älteren Menschen leidet an einer demenziellen Erkrankung. Siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 5.2.. Das Vorhandensein von kognitiven Einschränkungen ist ein zunehmend wichtiger werdender Grund für einen Heimeintritt. Vor allem allein lebende Personen mit kognitiven Einschränkungen sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und benötigen vielfach eine zeitlich umfassende Betreuung, so dass ein Heimeintritt unumgänglich wird. Demenzkranke sind bereits heute eine bedeutende Gruppe in den bestehenden Pflegeheimen. Es muss davon ausgegangen werden, dass ihr Anteil weiter steigen wird.

Entwicklung und Bereitschaft zur Freiwilligenarbeit

Das Vorhandensein einer Partnerin oder Partners sowie von Angehörigen, die bereit sind, pflegerische Betreuungsaufgaben zu übernehmen, sind wichtige Voraussetzungen, die einen Heimaufenthalt verhindern oder hinausschieben.

Höpflinger und Hugentobler¹⁰ gehen davon aus, dass sich aus demografischen Gründen das partnerschaftliche und familiäre Hilfs- und Pflegepotenzial eher erhöhen wird, weil mehr hochbetagte Menschen als in früheren Geburtsjahrgängen in Partnerschaften leben und Nachkommen haben. Sie sehen auch keine signifikanten Veränderungen der Kontakthäufigkeit zwischen den Generationen. Es ist anzunehmen, dass die Kontaktbereitschaft zwischen den Generationen weiter bestehen bleibt.

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung dürften in Zukunft Partnerinnen und Partner sowie Söhne und Töchter in höherem Lebensalters sein, wenn es darum geht, betreuungsbedürftige Angehörige zu pflegen. Eine Heimeinweisung würde in diesem Fall auf eine Überforderung der Betreuungspersonen zurückzuführen sein.

Mittelfristig kann davon ausgegangen werden, dass die familiäre Pflege und Betreuung sich nicht verschlechtern wird. Hingegen wird die Bedeutung von Entlastungsangeboten wie temporäre Pflegeplätze sowie Tages- und Nachtstrukturen zunehmen.

Zumbrunn und Meyer¹¹ gehen davon aus, dass die familiäre Pflege aus soziodemografischen Gründen jedoch langfristig abnehmen wird. Durch den wachsenden Anteil kinderloser Paare, einer erhöhten Scheidungsrate sowie der vermehrten Erwerbstätigkeit der Frauen wird es langfristig eine Zunahme an Betagten geben, die im hohen Alter nicht auf familiäre Unterstützung zählen können.

¹⁰ Höpflinger & Hugentobler, Familiäre, *ambulante* und stationäre Pflege im Alter – Perspektiven für die Schweiz

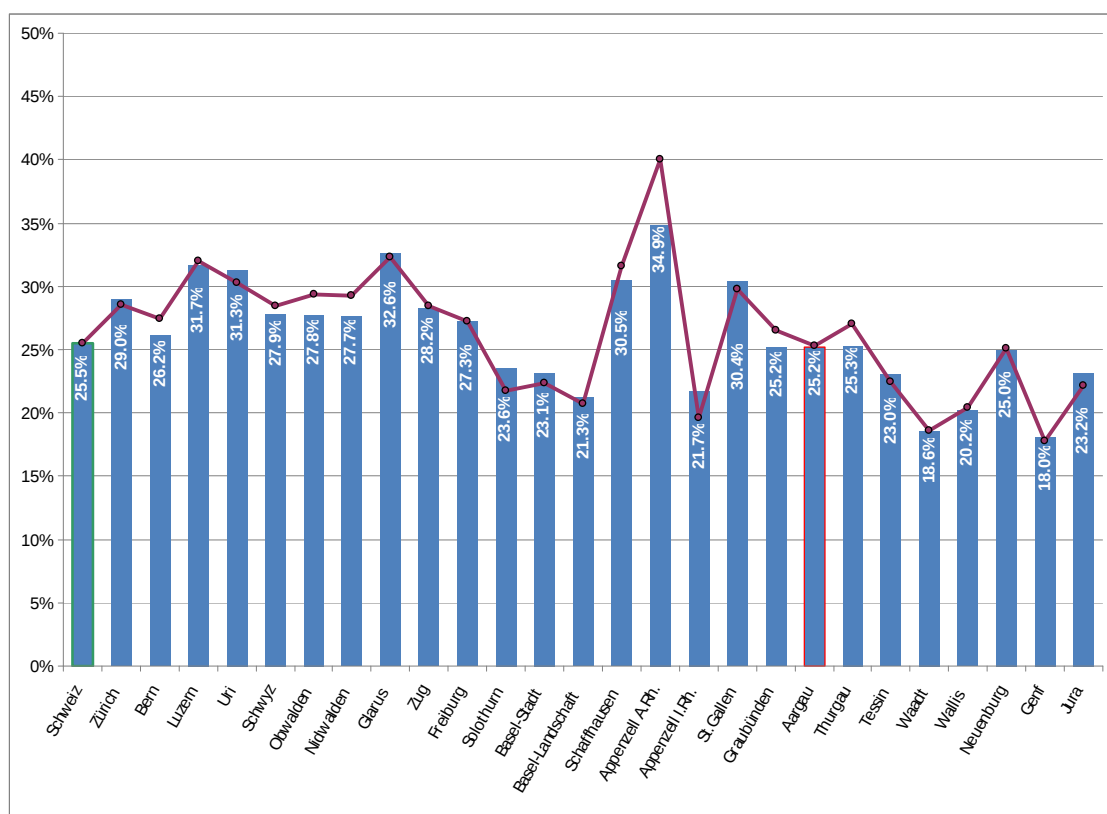
¹¹ Zumbrunn und Meyer in "Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009", Obsan 2007

Der Kanton hält solche Trends im Auge und ist daran, weitere Entwicklungen zu beobachten und ihre Auswirkungen auf den Bedarf an Langzeitplätzen zu analysieren.

6.2 Vergleiche mit Planungswerten anderer Kantone

Um eine möglichst breite Grundlage für die Planung der Bettendichte im Kanton Aargau zu schaffen, ist ein Vergleich mit anderen Kantonen wichtig. Die von der SOMED erhobene Statistik im Jahr 2006 zeigt die unterschiedliche Dichte in einzelnen Kantonen:

Abbildung 14 Bettendichte in % der 80-Jährigen und Älteren pro Kanton für 2006



Quelle: SOMED-Statistik 2006

Abbildung 14 zeigt einen Vergleich der Bettendichte in den verschiedenen Kantonen und der Schweiz insgesamt. Die rote Linie bezeichnet die Anzahl Heimplätze in % der 80-Jährigen und Älteren pro Kanton (Bettendichte). Diese Werte berücksichtigen die Inanspruchnahme von Heimplätzen über die Kantonsgrenzen hinweg jedoch nicht adäquat. Einerseits nehmen Personen mit Wohnsitz ausserhalb des jeweiligen Kantons Pflegeheimplätze im Kanton in Anspruch („Import“). Auf der anderen Seite beanspruchen Einwohnerinnen und Einwohner des jeweiligen Kantons Alters- und Pflegeheimplätze ausserhalb des Kantons („Export“).

Deshalb stellen die blauen Säulen mit den jeweiligen Prozentzahlen die korrigierten Werte dar. So liegt beispielsweise die Bettendichte in % der 80-Jährigen und Älteren im Kanton Solothurn bei tiefen 21,8 % (Linie, Wert nicht gezeigt). Unter Berücksichtigung des „Nettoexportes“ in andere Kantone erhöht sich die effektive Inanspruchnahme auf 23,6 % der 80-Jährigen und Älteren.

Die Säulen in Abbildung 14 zeigen eine geringere Abweichung als beim Vergleich der Linienwerte bei denen auf eine Berücksichtigung von „Import“ bzw. von „Exporten“ verzichtet wurde. Trotzdem bleiben immer noch erhebliche Unterschiede zwischen 18 % beim Kanton Genf und 35 % beim Kanton Appenzell Ausserrhoden bestehen.

Die Heimquote mit Berücksichtigung der „Importe“ und der „Exporte“ beschreibt die effektive Inanspruchnahme und damit den Bedarf nach Heimplätzen besser.

Der Kanton Aargau liegt beim Wert – in der Graphik mit Säulen dargestellt – mit 25,2 % im Jahr 2006 im schweizerischen Mittel (25,5 %). Die Import- und Exportbeziehungen in Regionen mit stark ausserkantonaler Inanspruchnahme sind bei der Bedarfsanalyse relevant und explizit zu berücksichtigen.

Zur Einbettung der Planungsrichtwerte ist auch ein Vergleich mit den Planungsrichtwerten anderer Kantone nützlich:

Kanton St. Gallen: Der Kanton St. Gallen erarbeitete 1996 ein Alterskonzept und legte die für die Zukunft massgeblichen Richtwerte fest. Die Pflegeheimquote in den Langzeiteinrichtungen belief sich im statistischen Ausgangsjahr 1994 auf 33,7 % der Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren. Unter Vorgabe einer Auslastung von 96 % wurde der Richtwert im Rahmen des Alterskonzeptes auf 29 % reduziert. Effektiv wurde im Jahr 2008 ein Ist-Wert von ca. 30 % erzielt. Er liegt also knapp über dem angestrebten Richtwert. Die regionalen Unterschiede sind beträchtlich und zeigen in der praktischen Anwendung die Problematik fixer regionaler Richtwertvorgaben für Planungsregionen.

Kanton Thurgau: Das kantonale Alterskonzept wurde 1999 erstellt. Es basiert auf den Ist-Werten 1998, die eine Pflegeheimquote der 80-Jährigen und Älteren von 31,1 % ausweisen. Auf der Basis einer 93-prozentigen Auslastung der Pflegeheime wurde der Richtwert in den folgenden Schritten abgesenkt: 2000 30 %; 2005 27,9 %; 2010 26,1 %. Die geplanten Richtwerte wurden effektiv erreicht. Die Bedarfsplanung verzichtet auf fixe regionale Richtwerte. Der regionale Bedarf wird ausgehend vom lokalen Bedarf situativ im Entscheidungszeitpunkt ermittelt. Der kantonale Richtwert stellt die Obergrenze aller regionalen und lokalen Planungen dar, der eingehalten werden muss.

Kanton Solothurn: Die im Jahr 2005 erstellte Pflegeheimplanung 2010 basiert auf der demographischen Entwicklung bis 2015. Diese Planung verzichtet auf regionale Bedarfsplanungen und basiert stattdessen auf einem kantonalen Richtwert. Heimkreise, welche die kantonale Richtzahl überschreiten, sollen grundsätzlich nur neue Betten anbieten, wenn dadurch der kantonale Richtwert nicht überschritten wird. Auf eine Berechnung der Soll-

Auslastung wurde grundsätzlich verzichtet. Der kantonale Richtwert für die Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren wurde im Jahre 2005 auf 21 % festgelegt. Obwohl im Jahr 2005 effektiv ein Wert von 23,5 % erreicht wurde, soll am Richtwert von 21 %, wie schon in der bisherigen Planung, weiterhin festgehalten werden, allerdings berechnet auf den jeweils aktuellen Bevölkerungszahlen. Zusätzlich zum Angebot der Pflegeheime bieten die Spitäler sogenannte Puffer-Langzeitbetten im Umfang von 0,5 % an, was den Richtwert für die Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren faktisch auf 21,5 % erhöht.

Kanton Schwyz: Das aktuelle Altersleitbild 2006 weist für das Jahr 2003 einen Istwert der Pflegeheimquote der Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren von 32,7 % aus. Der Richtwert wurde im Jahr 2006 von 29 % auf 28 % reduziert. Auf die Erstellung von regionalen Richtwerten wurde verzichtet. Die Bedarfsplanung unterstellt eine Soll-Auslastung von 96 %. Zuzüge aus anderen Kantonen werden zusätzlich berücksichtigt.

Kanton Luzern: Der Kanton Luzern erstellte die zurzeit noch gültige Pflegeheimplanung im Jahr 2004. Die bisherige Pflegeheimquote für die Bevölkerung der 80-Jährigen und Älteren beläuft sich auf 34,7 %. Die Pflegeheimplanung betrachtet diese Rate als zu hoch und schlägt deshalb vor, bis 2010 auf den weiteren Bau von Pflegeheimplätzen zu verzichten, um die Rate in die Nähe des schweizerischen Mittelwertes abzusenken. Das Konzept beinhaltet keine Berechnungen zur Soll-Auslastung. Im Jahr 2008 wurde ein Projekt zur Überprüfung der Pflegeheimplanung und der Richtwerte für das Jahr 2011 gestartet.

6.3 Festlegung des Richtwertes

Für die Berechnung des Richtwertes für Pflegeheimplätze im Kanton Aargau werden alle Angebote an Alters- und Pflegeheimplätzen berücksichtigt, welche in Institutionen mit einer Betriebsbewilligung erbracht werden. Dies unabhängig davon, ob diese Plätze von nicht oder kaum pflegebedürftigen Personen belegt werden.

Als Berechnungsgrundlage dient die Bevölkerungsgruppe der 80-Jährigen und Älteren, weil sie die Mehrheit der Pflegeplätze beansprucht. Dagegen wird die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner gestellt. Das Resultat ist der Richtwert. Bei der Anzahl Bewohnerinnen und Bewohnern sind sämtliche Alterskategorien enthalten, das heisst nebst der grössten Gruppe der 80-Jährigen und Älteren insbesondere auch die 65- bis 79-Jährigen, welche ein Fünftel ausmachen. Ein Viertel der Pflegeplätze wird von Personen der Pflegestufen 0-1 beansprucht (siehe dazu Abbildung 9). Mit dem Ausbau der ambulanten Angebote kann davon ausgegangen werden, dass Pflegestufen 0-1 zukünftig vermehrt ambulant versorgt werden. Diese Betten werden in Zukunft Personen in höheren Pflegestufen zur Verfügung stehen, was bei der Berechnung zu berücksichtigen ist.

Obwohl der Anteil der älteren Bevölkerung in den letzten Jahren gestiegen ist, so ist die Bettendichte im Kanton Aargau in den letzten 10 Jahren von 34,1 % auf 26,2 % gesunken. Das entspricht einem Rückgang von 22,8 % in den letzten 10 Jahren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bettendichte im Jahre 1998 im Quervergleich mit den andern Kantonen eher hoch war.

Die präventiven Anstrengungen des Kantons zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit verknüpft mit dem Drang der älteren Bevölkerung, möglichst lange zu Hause verbleiben zu können, wird den Bedarf an Pflegebetten weiter senken. Höpflinger und Hugentobler¹² gehen in ihren Überlegungen zur künftigen Entwicklung davon aus, dass die Pflegequote der Hochbetagten in den nächsten 20 Jahren um 10 bis 15 % pro Jahrzehnt sinken wird.

Die effektive Aufenthaltsdauer ist ein weiterer wichtiger Faktor für die Entwicklung des künftig erforderlichen Bettenbedarfs. Der Wunsch der älteren Bevölkerung, möglichst lange in Selbstständigkeit zu Hause zu bleiben, verzögert den Heimeintritt und verkürzt die Zeit des Aufenthalts. Sinkt die Aufenthaltsdauer, sinkt direkt auch der erforderliche Bettenbedarf. Die Kantonale Koordinationsstelle Köniz hat seit mehreren Jahren die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen im Kanton Bern beobachtet, sodass ein verlässliches Trendbild entsteht. Es zeigt für die Entwicklung der Aufenthaltsdauer im Zeitraum von 10 Jahren eine Reduktion um ca. 13 %.

In hohem Lebensalter ist ein wesentlicher Teil der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit auf Demenzerkrankungen zurückzuführen. Sie werden zukünftig ein zentrales Thema in der Altersversorgung des Kantons Aargau sein. Solange es keine medizinischen Vorbeugungsmassnahmen gegen Demenzerkrankungen gibt, muss davon ausgegangen werden, dass der Bedarf an Pflegeplätzen für diese Zielgruppe weiter zunehmen wird.

Grundsätzlich will der Kanton die Selbstständigkeit der älteren Menschen fördern, damit ein Eintritt in ein Pflegeheim so spät wie möglich erfolgt oder vermieden werden kann. Diese Haltung entspricht dem Wunsch der älteren Bevölkerung. Mit den aufgezeigten Entwicklungen und Anstrengungen dürften künftig weniger Personen in ein Pflegeheim eintreten. Das heisst, die benötigte Zahl an Pflegeheimplätzen für 100 Personen im Alter von 80 Jahren und mehr wird tendenziell sinken.

Bei der Berechnung des Richtwertes für das Angebot an Alters- und Pflegeheimplätzen soll ein gewisser Wettbewerb zwischen den Heimen aufrecht erhalten bleiben. Das heisst, dass für die Angebotsplanung von einer Auslastung ausgegangen wird, die unter der maximal möglichen liegt. Konkret wird eine Soll-Auslastung von rund **97 %** unterstellt.

Bei konkreten Planungsfragen bzw. für den Entscheid, ein Angebot auf die Pflegeheimliste aufzunehmen, ist es sinnvoll, den Zeithorizont der Richtwerte grundsätzlich auf 10-15 Jahre festzulegen.

Im Sinne einer begründeten Planung wird von einer Senkung des Richtwertes um ca. 15 % pro Jahrzehnt ausgegangen. Relevant für die Gemeinden ist der Richtwert und nicht die Bevölkerungsentwicklung. Der Richtwert schliesst Synergienutzungen mit ambulanten Angeboten ein.

¹² Höpflinger und Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jgh.

Aufgrund der Ist- Situation im Kanton Aargau und unter Berücksichtigung

- der Grundsätze bezüglich Angebot und Wettbewerb;
- der erwarteten Entwicklung von soziodemografische Einflussfaktoren, der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit der älteren Personen, der kognitive Leistungsfähigkeit und anderen Einflussfaktoren;
- von Quervergleichen mit anderen Kantonen;
- der Entwicklung der altersspezifischen Inanspruchnahme im Kanton Aargau im letzten Jahrzehnt und anderen Hinweisen auf die quantitative Entwicklung der Inanspruchnahme,

werden die Richtwerte für den Kanton Aargau wie folgt festgelegt:

Abbildung 15 Richtwerte für den Bedarf nach stationären Langzeitplätzen (Kantonale Obergrenze nach KVG)

	2007	bis 2010	bis 2015	bis 2020	bis 2025	Index 2007 = 100
80-Jährige und Ältere Statistisches Amt Kanton, Aargau	22'092	25'121	30'190	34'914	43'017	195
Richtwert (Annahme: 15 % Rückgang pro Jahrzehnt, d.h. 1,61 % pro Jahr)	26,4 %	25,1 %	23,2 %	21,4 %	19,7 %	74
Anzahl Pflegeplätze	5'832 *	6'305	7'004	7'472	8'474	145

* Auf Sollauslastung hochgerechnet

Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Bei der Berechnung der Richtwerte wird von einer linearen Reduktion im Umfang von 15 % pro Jahrzehnt oder 1,61 % pro Jahr ausgegangen. Als Basis dient die in der SOMED-Statistik auf Ende 2007 gemeldete Anzahl Pflegeheimplätze von 5'792 (siehe dazu Abbildung 6). Die 5'792 Pflegeplätze entsprechen bei 5'657 Bewohnerinnen und Bewohnern einer Auslastung von 97,67 %. Auf 97,0 % Soll-Auslastung gerechnet ergibt das theoretisch 5'832 Pflegeheimplätze per 31. Dezember 2007. Diese 5'832 Pflegeheimplätze entsprechen bei einer Gesamtbevölkerungsanzahl der 80-Jährigen und Älteren von 22'092 Personen einem Anteil von 26,4 %.

Dieser Richtwert von 26,4 % wird jeweils um 1,61 % pro Jahr reduziert, so dass für das Jahr 2010 ein solcher von 25,1 %, für 2015 von 23,2 %, für 2020 von 21,4 % und für 2025 von 19,7 % resultiert. Die berechneten gesamtkantonale Werte zeigen, dass der Bedarf an Pflegeplätzen bis 2025 um 45 % ansteigt, während in der gleichen Periode ein Wachstum der 80-Jährigen und Älteren um 95 % erwartet wird.

Der Richtwert des Kantons Aargau ist im Sinne einer kantonalen Obergrenze zu verstehen und für den Bedarfsnachweis in regionalen und lokalen Planungen zu verwenden. In begründeten Fällen kann eine regionale Abweichung genehmigt werden.

7. Pflegeheimliste

Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verpflichtet die Kantone, zur Gewährleistung der stationären Pflege und Betreuung von älteren Menschen eine Planung zu erstellen und eine Pflegeheimliste zu führen. Sie gibt Auskunft darüber, in welchen Pflegeheimen des Kantons Aargau die obligatorische Krankenversicherung Beiträge an die Kosten der Pflege entrichtet.

7.1 Aufbau der Pflegeheimliste

In der Pflegeheimliste wird den einzelnen Pflegeheimen der stationäre Leistungsbereich im Sinne von § 5 des Kantonalen Pflegegesetzes zugeordnet. Die Pflegeheimliste ist demnach als Leistungsauftrag an die Langzeiteinrichtungen zu verstehen. Die verschiedenen Arten der Leistungserbringung werden in der künftigen Pflegeheimliste des Kantons Aargau separat ausgewiesen:

Abbildung 16 Aufbau einer Pflegeheimliste

Heim-Nr.	Name des Pflegeheims	Adresse /Homepage	Langzeitpflege								Übergangspflege (Anzahl Betten)	
			Anzahl Betten	Spezielles Angebot für Demenz		Spezielles Angebot für Palliative Care		Spezielles Angebot für jüngere Bewohner		Langzeitpsychiatrisches Angebot		
				Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja		Nein

Quelle: Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

7.2 Verfahren zur Führung der Pflegeheimliste

Aufnahme bzw. Änderung Pflegeheimliste

Für die Aufnahme eines Pflegeheims auf die kantonale Pflegeheimliste bzw. für den Antrag zu einer Änderung eines bereits bestehenden Pflegeheimseintrags, sind folgende Vorgehensschritte zu beachten:

- Das Pflegeheim stellt dem Kanton einen begründeten Antrag:
 - Antrag zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste bzw. zur Änderung des Pflegeheimlisteneintrags.

- Der Antrag zur Langzeitpflege muss insbesondere mit einem Bedarfsnachweis zum Bettenangebot in der Standortgemeinde und im regionalen Umfeld begründet werden.
- Der **Kanton prüft** das Gesuch und bildet sich eine Meinung zum Gesuch im Hinblick auf seinen Entscheid und als Grundlage für die Vernehmlassung:
 - Beschaffung allenfalls notwendiger ergänzender Informationen vom Gesuchsteller.
 - Beurteilung aus Sicht der Betriebsbewilligung des Gesuchstellers (Betriebsbewilligung läuft der Aufnahme auf die Pflegeheimliste zeitlich voraus und ist eine Voraussetzung. Sie muss den Antrag gesundheitspolizeilich abdecken). Prüfung der regional relevanten Soll- und Ist-Werte inklusive der effektiven Belegung der bestehenden Heime der Pflegeheimliste.
 - Beurteilung des Antrages aus Sicht der kantonalen Pflegeheimplanung, insbesondere der quantitativen Sollwerte sowie der qualitativen Vorgaben.
- **Vernehmlassung** zum Antrag des Gesuchstellers und zur Beurteilung des Kantons:
 - Bei Gemeinden der involvierten Region
 - Bei Tarifvertragspartnern
 - Beim Gesuchsteller
- **Auswertung** Vernehmlassung durch Kanton, je nach Ergebnis mit Replik und Duplik
- **Antrag des zuständigen Departements** an den Regierungsrat zum Entscheid über die vom Gesuchsteller beantragte Änderung der Pflegeheimliste
- **Entscheid des Regierungsrates**
- **Eröffnung** des Entscheides an Gesuchsteller, Tarifpartner (und involvierte Gemeinden)
- **Publikation im Amtsblatt und Beginn der Beschwerdefrist gegen den Entscheid**

In Fällen, bei denen der Antrag des Gesuchstellers **mit bedeutenden Investitionen bzw. Aufwendungen** verbunden ist, benötigt der Gesuchsteller vor Auslösung seiner Investitionen und Aufwendungen die Sicherheit über den regierungsrätlichen Entscheid zu seinem mit dem Bedarfsnachweis begründeten Antrag zur Pflegeheimliste. Aus diesem Grund gilt in diesen Fällen das folgende Vorgehen:

- Vor der Auslösung der Investitionen bzw. Aufwendungen durch den Gesuchsteller reicht dieser seinen Antrag an den Regierungsrat ein.
 - Es wird grundsätzlich das gleiche Verfahren durchgespielt wie oben beschrieben.
 - In Abweichung dazu fällt der Regierungsrat seinen Entscheid zur Pflegeheimliste unter Vorbehalt der Erfüllung der Bedingung, dass der Gesuchsteller vor Betriebsaufnahme die aufsichtsrechtlich relevanten Bestimmungen zur gesundheitspolizeilichen Bewilli-
-

gung erfüllt. Die Betriebsbewilligung muss in diesem Falls innert 4 Jahren nach dem bedingten Entscheid des Regierungsrates vorliegen. Ansonsten wird der bedingte Entscheid hinfällig.

- Durch die Erteilung der gesundheitspolizeilichen Bewilligung wird die Bedingung des Pflegeheimentscheides erfüllt und der Entscheid zur Aufnahme auf die Pflegeheimliste entfaltet ab diesem Zeitpunkt seine Rechtswirkungen.

Für die Angebotsplanung sollte von einer regionalen Optik ausgegangen werden. Einzelnen Gemeinden wird empfohlen, ihr Angebot mit den Gemeinden der Region abzustimmen. Eine Erweiterung des stationären Angebotes in einer bestimmten Gemeinde könnte nicht auf die kantonale Pflegeheimliste aufgenommen werden, wenn in der relevanten Region bereits ein über den Richtwerten liegendes Angebot vorhanden ist. Die Definition der Region muss situativ erfolgen und soll die spezifischen regionalen Verhältnisse reflektieren. Dazu gehören unter anderem die bestehende vertragliche Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung, Verkehrsströme und Erreichbarkeit im Einzugsgebiet, Zusammenarbeit in anderen kommunalen Bereichen etc.

Änderung Pflegeheimliste auf Antrag des Kantons

Sofern der Kanton zum Schluss kommt, ein auf der Pflegeheimliste aufgeführtes Pflegeheim nutze die zugeteilten Betten dauerhaft nicht, kann der Kanton das oben beschriebene Verfahren mit den entsprechenden Vorgehensschritten in Gang setzen. In diesem Fall besteht die Zielsetzung darin, einen rechtsgültigen und beschwerdefähigen Entscheid zur Reduktion der Betten der Pflegeheimliste für ein bestimmtes Pflegeheim zu erwirken.

Übergangsregelung

Im Sinne einer Übergangsregelung zur Anpassung der im Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Pflegeheimkonzeptes bestehenden Pflegeheimliste wird wie folgt vorgegangen:

- Grundsätzlich gilt weiterhin die bestehende rechtsgültige Pflegeheimliste.
- Sofern Pflegeheime ihren Eintrag auf der kantonalen Pflegeheimliste ändern möchten, reichen sie dem Kanton den Antrag gemäss Ziffer 9.3 bis spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten der Pflegeheimkonzeption ein.
- Für Anträge, die nicht die Bettenzahl der Langzeitpflege betreffen, wird ein gesamthafes Verfahren ohne Bedarfsnachweis für alle Pflegeheime zusammen und ohne Kostenfolge angewendet.
- Für Anträge zur Änderung der Pflegeheimplätze gilt das normale Verfahren.

8. Umsetzung auf Gemeindeebene

Gemäss Pflegegesetz § 11 sind die Gemeinden zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Demgegenüber beschränken sich die Aufgaben des Kantons auf die Planung und Festsetzung der Richtwerte, Erteilung der Betriebsbewilligungen und Führen der Pflegeheimliste sowie Sicherung der Qualität.

Die Pflegeheimkonzeption legt Richtwerte für das erforderliche bedarfsgerechte Gesamtangebot an Pflegeheimplätzen fest und gibt Hinweise für die Planung von besonderen Angeboten.

Die Umsetzung der Pflegeheimkonzeption auf Gemeindeebene beinhaltet deshalb eine Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung einer bestehenden Planung des Langzeitangebotes bzw. der Erstellung einer solchen Planung, falls noch keine vorliegt. Als Hilfestellung für die planenden Behörden sind wichtige Schritte und Fragestellungen zur Bedarfsplanung im Anhang II enthalten.

Die Pflegeheimkonzeption geht grundsätzlich von einer regionalen Sichtweise aus. Das bedingt, dass die Gemeinden in der Planung und in der Bereitstellung von bedarfsgerechten Angeboten zusammenarbeiten und die Zusammenarbeit mit den Heimen im Rahmen von Leistungsvereinbarungen regeln. Dabei sind je nach involvierten Partnern unterschiedliche Situationen denkbar (eine oder mehrere Gemeinden, ein oder mehrere Pflegeheime).

Um die Regelung dieser Zusammenarbeit zu erleichtern, wurde eine Muster-Leistungsvereinbarung entwickelt, die in Anhang II enthalten ist. Es wird von der wohl häufigsten Situation ausgegangen, dass mehrere Gemeinden die Zusammenarbeit mit einer stationären Einrichtung regeln wollen. Dabei ist zu beachten, dass die anzustrebende Regelungsintensität wesentlich vom Engagement der Gemeinden im Finanzierungsbereich abhängig ist. Dementsprechend sind nicht immer alle Punkte relevant und der Grundsatz „so wenig wie möglich – so viel wie nötig“ ist bei der Umsetzung zu beachten.

Nebst der Zusammenarbeit unter den Gemeinden, könnten weitere Kosteneinsparungen erzielt werden, beispielsweise durch den gemeinsamen Einkauf oder die Zentralisierung der Verwaltungsaufgaben von mehreren Pflegeheimen. Ein weiteres Potenzial liegt in der Erfahrung vieler Gemeinden aus Projekten, welche sie in der Vergangenheit durchgeführt haben. Im Zusammenhang mit der Ausbildung von Pflegepersonal empfehlen wir die Schaffung von Lehrbetriebsverbünden. Nicht alle Pflegeheime verfügen über das erforderliche Tätigkeitsprogramm oder die nötigen Zeitressourcen, um Lernende in eigener Verantwortung reglementskonform auszubilden. Mit einem Lehrbetriebsverbund, bei dem zwei oder mehrere Pflegeheime in der Lehrlingsausbildung zusammenarbeiten, werden die Lernenden und die Lehrbetriebe gleichermassen unterstützt. Ehemalige Lernende bleiben erfahrungsgemäss nach dem Abschluss der Berufslehre gern noch einige Zeit als gut ausgebildete Berufsfachleute im Lehrbetrieb. Die eigene Lehrlingsausbildung ist also eine bedeutende Nachwuchsquelle für qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie - nach erfolgter Weiterbildung - für Fach- und Führungskader.

Angesichts des breiten Wissensgebietes und der hohen Komplexität hat der Kanton für sämtliche Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung des Pflegegesetzes und der Neuregelung der Pflegefinanzierung eine zentrale "Fachstelle für Altersfragen" im Departement Gesundheit und Soziales geschaffen. Denn er ist überzeugt, dass dieses Angebot einem Bedürfnis der verschiedenen Partner im Alters- und Pflegebereich – Gemeinde, Verbände,

Institutionen - entspricht. Sie alle sind eingeladen und aufgefordert, ihre Anliegen, Erfahrungen und zukunftsorientierte Projekte an den Kanton heranzutragen, damit eine entsprechende internetbasierte Plattform erstellt werden kann. Ausserdem ist vorgesehen, einen neuen Planungsleitfaden zu erarbeiten.

9. Umsetzung durch den Kanton

Angesichts des komplexen Zusammenspiels vieler Faktoren im Bereich der Altersversorgung und der zum Teil nicht voraussehbaren medizinischen und pflegerischen Entwicklungen drängt sich bei der Pflegeheimkonzeption eine rollende Planung auf, die schnell auf veränderte Bedingungen reagieren kann. Wichtige Instrumente dazu sind zeitlich begrenzte Pilotprojekte, Neuerkenntnisse in der Medizin sowie Fortschritte in Pharmazie und Behandlung.

Die festgelegten Richtwerte werden in bestimmten Zeitabständen auch auf dem Hintergrund der effektiven Entwicklung betreffend Bevölkerung, Auslastung usw. überprüft. Dabei ist zwischen der Gewährleistung einer Planungssicherheit, welche für das Fällen von Investitionsentscheiden erforderlich ist und der raschen Anpassung an sich verändernde Rahmenbedingungen zu optimieren. Deshalb wird vorgesehen, die Richtwerte in Abständen von 5 Jahren zu überprüfen. In diesem Zusammenhang empfehlen wir die Abstimmung mit weiteren Instrumenten wie der "Raumentwicklung AARGAU" und dem "Regionalen Sachplan", wobei letzteres ein Planungsinstrument der Gemeinden ist.

10. Auswirkungen

10.1 Finanzielle Auswirkungen auf den Kanton

Die Pflegeheimkonzeption ist in erster Linie ein Planungsdokument für die stationäre Langzeitpflege. Sie zeigt den langfristigen Bedarf an stationären Pflegeplätzen auf und definiert Anforderungen für besondere Angebote. Gemäss Pflegegesetz § 11 Abs. 1 sind die Gemeinden zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots. Die Pflegeheimkonzeption soll den Gemeinden bei dieser Aufgabe eine Hilfestellung sein und mittels klarer Anforderungen die Qualitätsstandards vorgeben. Die Finanzierung der Pflegeleistungen wird für sämtliche Kantone mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung (Art. 25) des Bundes geregelt. Die Vernehmlassung für die neue Finanzierung der Pflegeleistungen ist am 31. März 2009 abgelaufen. Die Kantone warten zurzeit auf genauere Angaben zur Berechnung der Vollkosten und zu deren Verteilung auf die Kostenträger. Die Pflegeheimkonzeption hat in der vorliegenden Fassung für den Kanton und die Gemeinden keine direkten finanziellen Auswirkungen. Sie hat auch keine Auswirkungen auf die Pflegefinanzierung, da diese auf Bundesebene geregelt wird.

10.2 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt wird weiterhin massiv steigen, wenn für die Finanzierung der Alterspflegekosten keine Alternativen gefunden werden. Der Bau der in Zukunft notwendigen Pflegeheime wird bedeutende Investitionen auslösen und

damit der Bauwirtschaft ein beachtliches Auftragsvolumen bescheren. Zudem müssen für die Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie den Betrieb der Pflegeheime zahlreiche zusätzliche Stellen geschaffen werden.

10.3 Auswirkungen auf die Gesellschaft

Die Pflegeheimkonzeption ist eine wichtige Grundlage zur planerischen Bewältigung der massiv steigenden Nachfrage nach Pflegeplätzen. Es wird zudem aufgezeigt, dass alternative Wohn- und Betreuungsformen sowie der Ausbau der Pflege und Hilfe zu Hause notwendig sind, um die gesellschaftliche Herausforderung der Alterung bewältigen zu können. Zum Betreiben des wachsenden Angebots braucht es jedoch genügend Pflegepersonal. Eine nachhaltige Lösung des Problems der Ausbildung und Rekrutierung von Pflegenden ist dabei noch nicht gefunden.

10.4 Auswirkungen auf die Umwelt

Abgesehen von den Pflegeheim-Neubauten sind keine Auswirkungen auf die Umwelt zu erwarten.

10.5 Auswirkungen auf die Gemeinden

Die Pflegeheimkonzeption bietet den Gemeinden Unterstützung bei der Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots an stationärer Langzeitpflege. Dabei wird ihnen aufgezeigt, wie sie zu Prognosedaten gelangen, welchen Richtwert sie zur Berechnung der notwendigen Pflegeplätze verwenden müssen und welche möglichen Leistungen sie anbieten können. Zudem enthält die Pflegeheimkonzeption eine Musterleistungsvereinbarung, wie sie mit einer Trägerschaft abgeschlossen werden könnte.

Anhang I

Bibliographie

- Bartelt, G. (1998). Erhebung 1996, 1997, 1998 - Zusammenfassender Bericht: Internes Papier zuhanden der Gesundheitsdirektion
- Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K. & Kane, R. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S.: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7(1), 13
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2004). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert* : Verlag Hans Huber Buchreihe des Gesundheitsobservatoriums
- Schoeni, R. F., Freedman, V. A. & Martin, L. G. (2008). Why is late-life disability declining? *Milbank Q*, 86(1), 47-89.
- Manton, K. G., Gu, X. & Lamb, V. L. (2006). Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 103(48), 18374-18379.
- Schmocker, H., Oggier, W. & Stuck, A. ((Hrsg.)) (2000). *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche - Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht* . Muri: Schriftenreihe der SGGP
- Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A., and Stuck, A. E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz - Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Schmocker, H. & Stuck, A. (2000). Schlussbericht Projekt Eiger. In H. Schmocker, W. Oggier & A. Stuck (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche* (S. 31-156). Muri: SGGP.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 298-307.
- Bouman, A., van, R. E., Nelemans, P., Kempen, G. I. & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 874
- Harari, D. et al. (2008). Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age Ageing*, 37(5), 565-571.
- Höpflinger, F. (2004). *Age Report 2004 Traditionelles und neues Wohnen im Alter* . Zürich: Seismo
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter - Perspektiven für die Schweiz* . Bern: Hans Huber
- Wettstein, A. (1991). *Senile Demenz: Ursache - Diagnose - Therapie* . Bern: Verlag Hans Huber
- Oppikofer, S., Lienhard, A. & Nussbaumer, R. (2005). *Demenzpflege-Evaluation* . Zürich: Universität Zürich
-

Held, Ch. and Ermini-Fünfschilling, D. (2006). Das demenzgerechte Heim - Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für menschen mit Alzheimerkrankheit. Basel: Karger

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Überlebenswahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2008 – 2035 (prognostiziert)	- 14 -
Abbildung 2	Entwicklung der Altersstruktur 2005-2050.....	- 15 -
Abbildung 3	Alters- und Geschlechtsstruktur der Gesamtbevölkerung in den Jahren 2008 und 2035	- 15 -
Abbildung 4	Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Aargau in den Jahren 2008 bis 2035.....	- 18 -
Abbildung 5	Entwicklung der älteren Bevölkerung nach Bezirk	- 19 -
Abbildung 6	Überblick über das Angebot an Pflegeheimplätzen und deren Belegung im Kanton Aargau	- 20 -
Abbildung 7	Vergleich der Anzahl Plätze, der Bettendichte sowie weitere Indikatoren 1998 und 2008	- 21 -
Abbildung 8	Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, nach Alter und Geschlecht per 31.12.2007	- 22 -
Abbildung 9	Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen gemäss KVG per 31.12.2007	- 22 -
Abbildung 10	Überblick über die Teilgebiete der Gerontopsychiatrie	- 24 -
Abbildung 11	Schätzung der Demenzprävalenz in Aargauer Pflegeheimen – Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS).....	- 28 -
Abbildung 12	Prävalenz von Problemverhalten	- 29 -
Abbildung 13	Anzahl von problematischen Verhaltensweisen bei kognitiv mittel bis stark eingeschränkte Bewohner/innen.....	- 29 -
Abbildung 14	Bettendichte in % der 80-Jährigen und Älteren pro Kanton für 2006	- 43 -
Abbildung 15	Richtwerte für den Bedarf nach stationären Langzeitplätzen (Kantonale Obergrenze nach KVG).....	- 47 -
Abbildung 16	Aufbau einer Pflegeheimliste.....	- 48 -

Zusammenfassung der im Text verwendeten Abkürzungen

ADL	Activities of Daily Living
BESA	Bewohner Einstufungs- und Abrechnungssystem
CPS	Cognitive Performance Scale
DGS	Departement Gesundheit und Soziales
EL	Ergänzungsleistungen
EIGER	Erforschung innovativer Geriatrischer Hausbesuche
GDK	Gesundheitsdirektoren
GGpl	Gesundheitspolitische Gesamtplanung
ICD	International Classification of Diseases
IV	Invalidenversicherung
IFEG	Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVGn	Krankenversicherungsgesetz Neuordnung
KVL	Krankenpflege-Leistungsverordnung
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté	nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OKP	obligatorische Krankenpflegeversicherung
RAI	Resident Assessment Instrument
SOMED	Sozialmedizinische Institutionen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Glossar

Activities of Daily Living ADL	Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL = "activities of daily living") bezeichnen Tätigkeiten, die wir im Alltag normalerweise täglich tun. Üblicherweise wird zwischen BADL (Basis Activities of Daily Living) wie Essen, Waschen/Baden, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Bewegen etc. und IADL (Instrumental Activities of Daily Living) wie Telefonieren, Einkaufen, Wäsche waschen, Finanzen regeln etc. unterschieden. Das Ausmass der Selbstständigkeit einer Person in der Ausübung von ADLs wird als Messgrösse für die Beurteilung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verwendet.
affektive Störung	Bei den affektiven Störungen oder auch Affektstörungen (engl. affective disorders) handelt es sich um akute, chronische oder episodische Störungen des Affektes. Affekt wird hier im Sinne von Grundstimmung gebraucht, es handelt sich also primär um Stimmungsstörungen. Ebenso können gleichzeitig Störungen des formalen oder inhaltlichen Denkens und der Wahrnehmung auftreten. Die Betroffenen haben entweder einen gesteigerten oder einen gedrückten Affekt.
Alzheimer	Die Alzheimer-Krankheit ist eine neurodegenerative Erkrankung, die in ihrer häufigsten Form bei Personen über dem 65. Lebensjahr auftritt. Charakteristisch ist eine zunehmende Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Demenz), welche schleichend beginnt und sich zunehmend verschlechtert. In der Regel geht dies mit einer Abnahme der täglichen Aktivitäten, mit Verhaltensauffälligkeiten und neuropsychologischen Symptomen einher.
ambulant	Als ambulante Behandlung nach Artikel 49 Absatz 5 KVG des Gesetzes gelten alle Behandlungen, die weder als stationär noch als teilstationär angesehen werden. Siehe auch unter "stationär" und "teilstationär"
Assessment	Assessment bedeutet wörtlich übersetzt "Messen", "Einschätzen" oder "Bewerten", "Einschätzung von allen möglichen Aspekten (Entwicklungen, Handlungen,...)". Im pflegerischen Kontext geht es um die Zuordnung/Einschätzung eines Patientenzustandes nach festen Bewertungsregeln, die dann entsprechende Pflegemaßnahmen nach sich ziehen.
Bettendichte	Die Bettendichte gibt die Anzahl Betten pro Anzahl Personen einer bestimmten Gruppe an. In der Pflegeheimkonzeption sind allgemein über 80-Jährigen Personen gemein, weshalb die hier verwendete Bettendichte die Anzahl Pflegeplätze pro 100 über 80-Jährige angibt.
chronisch	1. ständig, anhaltend 2. langwierig, lange dauernd, langsam verlaufend

Cognitive Performance Scale CPS	Die Cognitive Performance Scale (CPS) ist eine validierte Skala des RAI-Systems, welche die Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit Werten zwischen 1 und 6 misst (1= leichte Beeinträchtigung, 6= schwere Beeinträchtigung).
Delir	Nach der ICD-10 werden mit dem Terminus Delir alle akuten psychischen Störungen beschrieben, die eine organische Ursache haben oder durch exogene Substanzen, wie z.B. Medikamente oder Alkohol, bedingt sind und mit einer kognitiven Störung und einer Bewusstseinsstörung einhergehen. Delirien treten in allen Altersgruppen auf, jedoch gehäuft bei alten Patienten. Der Begriff Verwirrheitszustand häufig als Synonym für Delir benutzt.
Demenz	Unter dem Begriff Demenz wird im Allgemeinen der Verlust erworbener Fähigkeiten durch organische Hirnkrankheiten definiert. Die Beeinträchtigungen umfassen hauptsächlich das Gedächtnis, sowie das Denkvermögen und die Urteilsfähigkeit. Demenz ist in höherem Alter die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit, dabei sind die häufigsten Formen die Alzheimersche Krankheit und die vaskuläre Demenz.
demografische (Entwicklung)	Die Demografie beschreibt, analysiert und erklärt die Bevölkerungsstrukturen, die Bevölkerungsbewegungen, die Bevölkerungsentwicklungen sowie die Bevölkerungsverteilung und deren Veränderungen.
Depression	Depression ist eine psychische Störung, die durch die Hauptsymptome gedrückte Stimmung, gehemmter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit, sowie Interesselosigkeit und Freudlosigkeit gekennzeichnet ist. Neben den bereits genannten Hauptsymptomen leiden viele Betroffene an vermindertem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, Gedanken an den Tod und Suizid, vermindertem Denk- oder Konzentrationsvermögen und Abnahme der Entscheidungsfähigkeit, an Unruhe oder Gehemmtheit, Schlafstörungen, Appetitstörungen und an verringertem sexuellem Interesse.
dezentral	Dezentral bedeutet "nicht auf ein Zentrum ausgerichtet, nicht zentralisiert, gleichmäßig verteilt" und meint, dass Angebote oder Strukturen nicht zentral (an einem Ort) sondern über den Kanton verteilt angeboten werden.
Einstufungsverfahren	Bei einem Einstufungsverfahren im Pflegeheim wird durch ein standardisiertes Vorgehen der Grad der Pflegebedürftigkeit eines (neuen) Bewohners ermittelt. Das Vorgehen ist abhängig vom Abrechnungssystem des Pflegeheims (BESA oder RAI/RUG) und erfolgt meistens anhand einer Checkliste, wobei abgefragt wird, inwieweit die Person auf Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen angewiesen ist. Die ermittelte Pflegebedürftigkeit ist Basis für die Abrechnung mit den Versicherern und den Bewohnern.

Ergotherapie	Die Ergotherapie, auf deutsch Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, dient der Wiederherstellung bzw. der Erhaltung der Leistungsfähigkeit (im Rahmen der medizin. Rehabilitation). Dabei geht es vor allem um die Fähigkeiten, die zur Bewältigung alltäglicher Arbeiten oder eines Berufs erforderlich sind. Beispiele sind das zielgenaue Zupacken, Halten von Gegenständen, Betätigen von Werkzeugen (wie Besteck), der Umgang mit Hilfsmitteln (z.B. einem Rollstuhl, aber auch Förderung von kognitiven Leistungen und sozialen Fähigkeiten).
Evidenz	Evidenz bezeichnet das dem Augenschein nach Unbezweifelbare, das durch unmittelbare Anschauung oder Einsicht Erkennbare. Evident ist ein Sachverhalt, der unmittelbar ohne besondere methodische Aneignung klar auf der Hand liegt. In der Wissenschaftstheorie bezeichnet man mit dem Ausdruck "Evidenz" zumeist diejenigen empirischen Befunde, welche Theorien bestätigen oder an welchen Bestätigungsversuche scheitern. Das Wort wird in diesem Sinn wie der Begriff "Beweis" verwendet.
Freiheitseinschränkende Massnahmen	Verhaltensstörungen, Unruhe und Verwirrtheit älterer, pflegebedürftiger Personen können zu einer Gefährdung ihrer selbst und/oder von Drittpersonen führen. Die Anwendung freiheitseinschränkender Massnahmen wie medikamentöse Ruhigstellung, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit durch Gurten etc. dienen der Vermeidung solcher Gefährdungen und stellen einen Eingriff in die Grundrechte der älteren Person dar. Eine freiheitseinschränkende Massnahme darf nur unter bestimmten Voraussetzungen angewandt werden und muss grundsätzlich die Ausnahme bleiben.
Geriatric	Als Geriatric wird die Lehre von den Krankheiten alter Menschen bezeichnet und ist auch unter dem Wort "Altersheilkunde" bekannt.
Gerontopsychiatrie	Sie beschäftigt sich mit älteren Menschen und ihren psychischen Erkrankungen sowie mit speziellen psychischen Erkrankungen, die typischerweise erst im Alter auftreten. Das sind insbesondere Demenzen.
Gesundheits-Profilverfahren	Ein Präventionsinstrument zur Vermeidung oder Verzögerung eines Heimeintritts, bei dem mittels Fragebogen der Gesundheitszustand und allfällige Risikofaktoren eines älteren Menschen erfasst werden und daraufhin in einem Gesundheitsbericht entsprechende Verhaltensregeln empfohlen werden.
heterogen	Heterogen bedeutet uneinheitlich, ungleich zusammengesetzt, gemischt, ungleichartig, der Gegensatz dazu ist homogen.
hirnorganisch	Nachweisbar von einer Hirnschädigung ausgehend. Entweder angeboren oder während des Lebens erworben.

ICD-10 Katalog	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es handelt sich um eine internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, welche medizinische Diagnosen erfasst. In der Schweiz müssen die ICD-10-Codes für Statistikzwecke erfasst werden.
Indikator	Als Indikator wird ein Merkmal, ein Umstand oder ein Zustand bezeichnet, welcher als Hinweis auf etwas nicht direkt Beobachtbares dient. So kann zum Beispiel die höhere Lebenserwartung ein Indikator für eine Zunahme der Pflegekosten sein.
informelle Hilfe	Als informelle Hilfe wird beispielsweise die Pflege eines Ehepartners oder Elternteils durch den anderen Ehepartner bzw. ein Kind bezeichnet. Informelle Hilfe kann aber auch durch entferntere Verwandte, Bekannte, Freunde oder sonstige Freiwillige erbracht werden. Informell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass kein Vertrag zwischen dem Pflegebedürftigen und der/dem Pflegenden über die Pflegeleistung besteht und keine finanziellen Mittel als Entgelt geleistet werden.
Heimquote	Anzahl Heimbewohner/innen in % einer Bevölkerungsgruppe, in der Pflegeheimkonzeption Anzahl Heimbewohner/innen in % der 80-Jährigen und Älteren.
kognitiv	In der Psychologie bezeichnet Kognition (Adjektiv: kognitiv) die mentalen Prozesse und Strukturen eines Individuums wie Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Wünsche, Absichten. Kognitionen können auch als Informationsverarbeitungsprozesse verstanden werden, in denen Neues gelernt und Wissen verarbeitet wird, siehe Denken und Problemlösen.
kortikale Funktionen	Kortikal bedeutet "von der Hirnrinde ausgehend, in der Hirnrinde lokalisiert". Kortikale Funktionen meinen demnach Funktionen, welche ihren Ursprung in der Hirnrinde haben bzw. von der Hirnrinde ausgehen.
Krankenheim	Krankenheim ist eine Begriffsbezeichnung gemäss ehemaligem Spitalgesetz, welche teilweise heute noch verwendet wird und eine bestimmte Gruppe von regionalen Pflegeheimen bezeichnet.
latent	1. verborgen, versteckt, der Möglichkeit nach vorhanden, aber nicht in Erscheinung tretend 2. unterschwellig, nicht aktiv 3. schlummernd, nicht zum Ausbruch kommend (Krankheit)
manifest	Manifest bedeutet deutlich erkennbar, zutage tretend (Krankheiten) aber auch offenbar, offenkundig, eindeutig erkennbar, deutlich.
Mini-Mental-Status	Der Mini-Mental-Status-Test wurde entwickelt, um ein für den

klinischen Alltag geeignetes Screening-Verfahren zur Feststellung kognitiver Defizite zu bieten. Der Mini-Mental-Test wird als Interview mit dem Patient durchgeführt. Anhand von 9 Aufgabenkomplexen werden zentrale kognitive Funktionen überprüft (zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen). Die Aufgaben des MMST umfassen sowohl die Beantwortung von Fragen als auch das Ausführen von einfachen Handlungen. Für jede erfolgreich bewältigte Aufgabe bekommt der Patient einen Punkt, die nach Beendigung des Tests aufsummiert werden. Die Skala reicht von 0 bis 30 Punkten, wobei 30 für uneingeschränkte, 0 für schwerstmöglich geschädigte kognitive Funktionen steht.

Normalisierungsprinzip

In den 1950er Jahren wurde das **Normalisierungsprinzip** als zentrale Maxime im Umgang mit erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung entwickelt. In eine Kurzform gebracht besagt die Normalisierungsformel, dass das Leben von (erwachsenen) Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in allen Phasen so normal wie möglich zu gestalten ist. Das Grundprinzip der Normalisierungstheorie ist es, dass alle Menschen, seien sie behindert oder nicht, die gleichen Rechte haben; es ist also ein Gleichheitsprinzip. Gleichheit bedeutet in diesem Zusammenhang lediglich, jedem einzelnen Menschen Hilfe und Unterstützung anzubieten, die seinen individuellen Bedürfnissen anzupassen sind, und nicht, dass behinderte Menschen unter gleichen Bedingungen wie Nichtbehinderte leben sollen.

Palliative Care

Palliative Care entspricht einer Haltung (Attitude) und Behandlung, welche die Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen verbessern soll, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit vorliegt. Sie erreicht dies, indem sie Schmerzen und andere physische, psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv sucht, immer wieder erfasst und angemessen behandelt.

Pflegeheimliste

Die Pflegeheimliste ist ein Planungsinstrument des Kantons zur Steuerung der Anzahl stationärer Pflegeinstitutionen. Auf der Pflegeheimliste sind alle stationären Anbieter von Pflegeleistungen aufgeführt, welche zur Abrechnung mit der sozialen Krankenversicherung berechtigt sind. Die Pflegeheimliste enthält Angaben über die Zahl der angebotenen Pflegeplätze sowie zu speziellen Angeboten. Die Änderung der Pflegeheimliste erfolgt mittels Regierungsratsbeschluss.

Pflegestufe

Die Pflegestufe gibt den Grad der Pflegebedürftigkeit eines Menschen an und definiert damit auch das Ausmass an Hilfe, welche die Person bei alltäglichen Verrichtungen (Anziehen, Duschen, Gehen) in Anspruch nehmen muss. Die Einteilung in eine Pflegestufe ist abhängig vom Einstufungssystem des jeweiligen Heims (BESA oder RAI/RUG). Generell gilt, je höher die Pflegestufe, desto grösser ist die benötigte Hilfe.

Prävalenz

Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit sagt aus, wie viele Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) an einer bestimmten

	Krankheit erkrankt sind bzw. ein bestimmtes Merkmal aufweisen. Häufig wird die Prävalenzrate angegeben - nämlich die Anzahl der jetzigen Fälle in einer Population (z. B. Erkrankte, Verstorbene, Unterernährte usw.) dividiert durch die Anzahl aller Mitglieder dieser Population die im Zeitraum unter Risiko standen.
Prognosegenauigkeit	Die Prognosegenauigkeit beschreibt die effektive Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen einer Prognose nach einem bestimmten Zeitraum. Üblicherweise nimmt die Prognosegenauigkeit mit der Zeit ab, da sie von Faktoren abhängt, die nicht genau vorhergesagt werden können, beispielsweise die Geburtenrate oder die Wanderungen bei demografischen Prognosen.
Psychopharmaka	Ein Psychopharmakon (Mehrzahl: Psychopharmaka) ist ein Arzneistoff (Medikament), der auf die Psyche des Menschen symptomatisch einwirkt und vorwiegend der Behandlung psychischer Störungen und neurologischer Krankheiten dient.
Psychosyndrom	Ein Organisches Psychosyndrom (OPS) ist eine psychische Veränderung des Menschen als Folge einer organischen Erkrankung des Gehirns oder des Körpers allgemein.
RAI/RUG	RAI-RUG ist ein umfassendes System zur Bewohnerbeurteilung, Pflegeplanung und Qualitätssicherung. Mit den RUGs (Resource Utilization Groups) werden aus den Assessmentdaten Pflegeaufwandgruppen gebildet, welche zur Tarifierung und Abrechnung mit den Versicherern dienen. Es unterscheidet sechs Hauptgruppen, welche auf die spezifischen Pflegebedürftigkeiten abgestimmt sind. Folgender Grobraster gibt eine Übersicht über die Einstufungen der Pflegebedürftigkeit im System RAI-RUG: PXX Geringer bis hoher Pflegebedarf in Alltagsaktivitäten / BXX Pflegebedarf wegen auffälligen Verhalten / IXX Pflegebedarf bei kognitiver Beeinträchtigung / CXX Klinisch komplexer Pflegebedarf / SXX Spezielle/Extensive Pflegeaktivitäten / TXX Therapie mit geringem bis hohem Pflegebedarf
Rehabilitation	Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit eines Kranken und seine Wiedereingliederung in soziale Zusammenhänge
Richtwert/Bedarfsrichtwert	Der Aargauer Richtwert gibt den Prozentsatz der über 80-Jährigen an, für den stationäre Pflegeheimplätze angeboten werden sollten. Er ist allerdings auch als Obergrenze für die Anzahl der Pflegeheimplätze zu verstehen.
Schizophrenie	Schizophrenie bezeichnet eine schwerwiegende Beeinträchtigung wichtiger psychischer und kognitiver Fähigkeiten, die zu einer deutlichen Störung des Realitätsbezuges führen. Es handelt sich um eine Spaltung der psychischen Funktionen, eine mangelnde Einheit von Denken, Fühlen und Wollen und des subjektiven Gefühls der Persönlichkeit, oft begleitet von inadäquater oder verflachter Affektivität (Gefühlslage).
somatisch	Somatisch bedeutet: „das, was sich auf den Körper bezieht; körperlich“. Die Bezeichnung „somatisch“ wird vor allem in der medizinischen Fachsprache gebraucht, um körperliche oder organische

von psychischen Krankheiten und sog. funktionellen Beschwerden abzugrenzen.

SOMED-Statistik

SOMED ist die Abkürzung für "sozialmedizinische Institutionen", zu welchen auch Pflegeheime zählen. Die SOMED-Statistik wird jedes Jahr im Auftrag des Bundes durch die kantonalen Stellen erhoben und erfasst beispielsweise die Anzahl Pflegeplätze, die Anzahl abgerechneter Pflgetage oder Angaben zur Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner.

Soziodemografische (Entwicklung)

Soziodemographie ist ein in der empirischen Sozialforschung gebräuchlicher Begriff, der die Bevölkerungsmerkmale beschreibt, nach denen die Mitglieder einer Stichprobe oder einer Zielgruppe beschrieben werden. Beispiele solcher Begriffe sind das Geschlecht, das Alter, der Familienstand, die Familienzusammensetzung oder das Einkommen.

stationär

Als stationäre Behandlung nach Artikel 49 Absatz 1 KVG des Gesetzes gelten Aufenthalte im Spital von mindestens 24 Stunden zur Untersuchung, Behandlung und Pflege. Aufenthalte im Spital von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird, sowie Aufenthalte im Spital bei Überweisungen in ein anderes Spital und bei Todesfällen gelten ebenfalls als stationäre Behandlung.

vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz, früher auch Multi-Infarkt-Demenz genannt, ist eine Art der Demenz, die von Durchblutungsstörungen im Gehirn ausgelöst wird.

Anhang II

Muster Leistungsvereinbarung

zwischen

Den politischen Gemeinden

als Auftraggeber

- Gemeinde A
- Gemeinde B
- Gemeinde C

und

dem Alters- und Pflegeheim xy

1. Grundlagen

- Bundesgesetz über Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994
- Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995
- Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) vom 29. September 1995
- Pflegegesetz vom 26. Juni 2007 insbesondere
 - o Art. 11 Abs 1: Die Gemeinden sind zuständig für die Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten und qualitativ guten Angebots der ambulanten und stationären Langzeitpflege.
 - o Art.11 Abs. 4: Soweit erforderlich schliessen die Gemeinden mit stationären und ambulanten Leistungserbringern entsprechende Leistungsvereinbarung ab.
- Pflegeverordnung vom 14 November 2007
- Pflegeheimkonzeption
- Kantonale Pflegeheimliste

2. Zweck der Leistungsvereinbarung

Die politischen Gemeinden (im Folgenden Vertragsgemeinden genannt) beauftragen das Alters- und Pflegeheim xy für ihre Einwohnerinnen und Einwohner Pflege und Betreuungsangebote nach Massgabe dieser Vereinbarung bereitzustellen und zu betreiben.

Diese Leistungsvereinbarung definiert die Aufgaben und Leistungen des Alters- und Pflegeheim xy und legt die Rechte und Pflichten der Vertragsgemeinden fest.

3. Leistungsangebot

3.1 Umfang

Das Pflegeheim stellt folgende Leistungen zur Verfügung

- xy Plätze für die stationäre Pflege und Betreuung, davon
 - o für die Gemeinde A bez.
 - o für die Region xy
- Davon werden
 - o Ca. xy Plätze in einer spezialisierten Abteilung für Personen mit einer demenziellen Erkrankung angeboten
 - o xy Plätze als temporäre Plätze (Ferienbetten) angeboten und betrieben
- Das Heim bietet maximal Plätze für 2-3 Tagesaufenthalter und xy Nachtaufenthalter an.
- Zudem betreibt das Heim ein Tageszentrum an mindestens x Tagen in der Woche mit insgesamt x Plätzen.
- Das Heim bietet im weiteren folgende zusätzliche Dienstleistungen an: z.B. Mahlzeiten-dienst, Mittagstisch

Das Heim stellt die ärztliche Versorgung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner durch Heimärzte und Heimärztinnen sowie durch frei praktizierende Hausärzte und -ärztinnen sicher. Die freie Arztwahl (unter den Heimärzten und -ärztinnen) ist gewährleistet.

Das Heim bietet folgende therapeutischen Leistungen (ev. auch ambulant) an:

- Aktivierung
- Physiotherapie
- Ergotherapie

Das Heim beteiligt sich an der Ausbildung und stellt folgende Plätze für Auszubildende zur Verfügung:

3.2 Aufnahme und Verlegung

Das Pflegeheim ist im Rahmen der folgenden Grundsätze frei in der Aufnahme von Personen.

- Solange das vorhandene Angebot die aktuelle Nachfrage nach Plätzen übersteigt ist das Heim frei in der Aufnahme von Personen. Insbesondere können auch Personen aufgenommen werden, welche nicht Wohnsitz in den Vertragsgemeinden haben.
 - Übersteigt die Nachfrage das aktuelle Bettenangebot gelten folgende Regeln:
 - o Das Heim führt eine Warteliste mit Personen, die bereit sind, beim nächsten frei werdenden Bett einzutreten (dringliche Warteliste).
 - o Einwohnerinnen und Einwohner aus Gemeinden, deren Bettenkontingent gemäss 3.1 nicht ausgeschöpft ist, werden prioritär aufgenommen
 - o Ansonsten werden Personen auf der dringlichen Warteliste unter Berücksichtigung der pflegerisch-medizinischen Priorität und der Reihenfolge ihrer Anmeldung aufgenommen.
-

- Das Heim kann die Aufnahme von Personen aus wichtigen Gründen ablehnen bzw. den Vertrag mit aufgenommenen Personen aus wichtigen Gründen kündigen.

Das Heim informiert die entsprechende Gemeinde.

- Im Rahmen der regionalen Zusammenarbeit werden Spezialgebiete wie folgt abgedeckt:
 - o Übergangspflege: Krankenhaus xy
 - o Spezialisierte Abteilungen für Demente: Pflegeheim z
 - o Jüngere Pflegebedürftige: Pflegeheim c

Das Heim berücksichtigt diese Aufgabenteilung im Rahmen der Aufnahme und Verlegungsentscheide.

3.3 Qualität

Das Alters- und Pflegeheim sorgt für eine gute Qualität für die Bewohnerinnen und Bewohner in allen Bereichen nach aktuell geltenden fachlichen Grundsätzen und unter Beachtung von kantonalen Qualitätsvorgaben bzw. Qualitätsvorgaben des KVG.

Das Alters- und Pflegeheim stellt insbesondere sicher, dass in Abhängigkeit der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.

Das Alters- und Pflegeheim betreibt ein aktives und überprüfbares Qualitätsmanagement.

Der gemäss Art. 7 des Pflegegesetzes zuhanden der kantonalen Behörde zu erbringende Nachweis der Qualitäts- und Leistungsfähigkeit ist auch den Vertragsgemeinden zur Verfügung zu stellen.

4. Finanzierung

Zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Pflegeheimkonzeption waren die Neuordnung der Pflegefinanzierung und die Teilrevision des Pflegegesetzes aufgrund der eidgenössischen KVG-Revision in Arbeit.

4.1 Tarifgestaltung

Sowohl im KVG als auch in der kantonalen Rechtslegung sind vollkostendeckende Tarife vorgesehen.

4.2 Finanzierung

Die Betriebe sind nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu führen und müssen Kosten-deckend sein. Die Investitionen und die Anlagenutzung sind nach den Grundsätzen der Rechnungslegung Werterhaltend zu führen.

5. Zusammenarbeit und Controlling

Die Vertragsgemeinden bestimmen ein Kontaktgremium, welches für die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch mit dem Heim zuständig ist.

Das Heim informiert das Gremium über (in Abhängigkeit des Engagements der Gemeinden auf der Finanzierungsebene).

- Betriebskonzept und Änderungen
- Taxordnung
- Organigramm
- Wesentliche strukturelle und personelle Änderungen
- Besondere Vorkommnisse

Zudem präsentiert das Heim den Vertragsgemeinden jährlich einen Rechenschaftsbericht mit Jahresrechnung, Geschäftsbericht, Stellenplan und Budget, Massnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung.

Die von den Vertragsgemeinden bezeichneten Mitglieder des Kontaktgremiums können die Einrichtung jederzeit besuchen.

Die Vertragsgemeinden und das Heim regeln Meinungsverschiedenheiten, welche aus dieser Vereinbarung entstehen einvernehmlich. Im Konfliktsfalle unterbreiten die Parteien ihre Streitigkeiten einem Schiedsgericht (zu bezeichnen und Verfahren zu regeln).

6. Geltungsdauer, Kündigung

Diese vorliegende Vereinbarung tritt am ... in Kraft und ist erstmals auf den ... kündbar. Sie verlängert sich ohne Kündigung um jeweils ... Jahre. Eine Kündigung hat 12 Monate im Voraus schriftlich zu erfolgen.

Erfüllt das Heim die in dieser Vereinbarung genannten Leistungen nicht mehr oder ungenügend, so setzen die Vertragsgemeinden eine angemessene Frist zur ordnungsgemässen Erfüllung. Die Vertragsgemeinden können die vorliegende Leistungsvereinbarung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen, falls die Trägerschaft innert angesetzter Nachfrist die Aufgabe nicht oder ungenügend erfüllt. Entsteht der politischen Gemeinde aus der Nicht- oder ungenügenden Erfüllung ein Schaden, so kann sie dafür Ersatz verlangen.

Checkliste für Gemeinden

Eine Gemeinde sollte sich im Vorfeld der Planung im Sinne einer Bedarfsanalyse folgende Schritte und Fragestellungen überlegen:

- Beurteilung der Situation in der Gemeinde
 - Welches stationäre Angebot steht für Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde zur Verfügung?
 - In der Gemeinde selbst
 - In der Region
 - Bestehende eigene Angebote, bestehende Vereinbarungen mit stationären Anbietern, effektive Nutzung der Angebote, aktuelle Anzahl von Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde, welche in einem Alters- und Pflegeheim leben
 - Sind Plätze für spezielle Bedürfnisse vorhanden (Demenz, Tagesstätten, Übergangspflege, Temporäre Plätze etc.)? Wer bietet solche in der Gemeinde, in der Region an? Sind die Angebote für die Einwohnerinnen und Einwohner der Gemeinde gut zugänglich?
 - Welches sind die Kosten für die Nutzer? Wie ist die Finanzierung geregelt? Welche Kosten aus der stationären Langzeitversorgung sind in der Vergangenheit entstanden?
 - Wo liegen Probleme in der Nutzung des stationären Angebots?
 - Eignung und Qualität des Angebots, Wartelisten etc.
 - Welches Spitex-Angebot ist vorhanden?
 - Sind Alterswohnungen vorhanden? Welche Serviceleistungen werden in den Alterswohnungen eventuell angeboten? Gibt es andere Wohnformen in der Gemeinde, z.B. Alterswohngemeinschaften, Hausgemeinschaften?
- Entwicklung des Bedarfs
 - Wie entwickelt sich die Bevölkerung, insbesondere die 80-Jährigen und Älteren? Siehe dazu das Angebot des statistischen Amtes des Kantons Aargau, Abschnitt 3.4 „Bevölkerungsprognose auf Gemeindeebene“
 - Berechnung des Bedarfs nach Richtwerten
 - . In der Gemeinde: Aufgrund der Entwicklung der 80-Jährigen und Älteren in der Gemeinde kann der Richtwertbedarf direkt berechnet und dem vorhandenen Angebot gegenübergestellt werden. Plätze in Heimen auf Gemeindegebiet, welche den Bedarf von anderen Gemeinden abdecken, sind dabei abziehen.
 - . In der Region: In einem ersten Schritt muss eine sinnvolle Region festgelegt werden.
 - . Falls ausserkantonale Heimbewohnerinnen und -bewohner bzw. Heimplätze ausserhalb des Kantons für die Planung in der Region eine erhebliche Rolle spielen, kann von folgendem Berechnungsschema ausgegangen werden:
 - . Kantonaler Richtwert abzüglich Anteil an Plätzen, welcher ausserhalb des Kantons in Anspruch genommen wird (Exportanteil), zuzüglich Anteil von Plätzen, welche von Ausserkantonalen belegt werden (Import), ergibt den Pla-

nungswert (Anzahl Plätze in % der 80-Jährigen und Älteren) für die entsprechende Region.

- Aufnahme der Anliegen der Bevölkerung, eventuell Befragung der Bevölkerung.
- Prüfen von möglichen Handlungsstrategien
 - Ausbau/Entwicklung des ambulanten Angebotes
 - Entwicklung des Alterswohnbereichs, eventuell „Betreutes Wohnen“
 - Sicherstellung des stationären Angebotes
 - . Vereinbarungen mit bestehenden Anbietern
 - . Entwicklung von neuen Angeboten (neue Heime, Motivation von bestehenden Trägern zu Erweiterungen, Motivation von privaten Anbietern/Investoren etc.)

Mit diesen Punkten wird der erste Schritt, die Bedarfsplanung abgedeckt. Weitere Schritte zur Umsetzung können je nach Entscheid über die erforderliche Handlungsstrategie zum Beispiel die Suche bzw. der Kontakt zu möglichen Investoren und Betreibern, die Bildung einer neuen Trägerschaft, die Anpassung bzw. Ausarbeitung einer Leistungsvereinbarung, die Erstellung einer Machbarkeitsstudie zur baulichen und betrieblichen Umsetzung etc. sein.

Wichtige Adressen und Links

Departement Gesundheit und Soziales

Gesundheitsversorgung

Bachstrasse 15

5001 Aarau

Tel. 062 835 29 30

Mail: www.ag.ch >> Kontakt

Auswertungstabelle Bevölkerungsprognose, Berechnung für Gemeinden:

Statistisches Amt des Kantons Aargau

Bleichemattstrasse 4

5000 Aarau

Tel. 062 835 13 00

Mail: statistik@ag.ch

Forum für Altersfragen:

Departement Gesundheit und Soziales

Abteilung Gesundheitsversorgung

Forum für Altersfragen

Bachstrasse 15

5001 Aarau

Tel. 062 835 29 30

Web: www.altersfragen-aargau.ch

Mail: altersfragen@ag.ch

Fachstelle für Altersfragen

Departement Gesundheit und Soziales

Abteilung Gesundheitsversorgung

Fachstelle für Altersfragen

Bachstrasse 15

5001 Aarau

Tel. 062 835 29 30

Web: www.ag.ch/gesundheitsversorgung >> Altersfragen

Mail: altersfragen@ag.ch
