

**PFLEGEHEIME
FÜR BETAGTE**

Bericht der beratenden Kommission

November 2003

1. Organisation

1.1 Gesetzliche Bestimmungen

Art. 8 des Gesetzes vom 23. März 2000 über Pflegeheime für Betagte (PflHG) :

¹Der Staatsrat ernennt eine aus neun Mitgliedern bestehende beratende Kommission, die sich mit den Pflegeheimen befasst.

²Die Kommission hat zur Pflegeheimplanung Stellung zu nehmen und den Staatsrat und die Direktion in allen Fragen zu beraten, die mit der Tätigkeit und der Finanzierung der Heime und mit der Betreuung betagter Personen verbunden sind.

³In der Kommission vertreten sind die interessierten Kreise, namentlich die Gemeinden, die Krankenversicherer, die Heime und die Betagten. Für die Vertreterinnen und Vertreter der Betagten gilt die Altersgrenze nach dem Gesetz betreffend die Dauer der öffentlichen Nebenämter nicht.

Art. 2 des Reglements vom 4. Dezember 2001 über die Pflegeheime für Betagte (PflHR) :

Die Leiterin oder der Leiter des Sozialvorgeamtes präsidiert von Amtes wegen die Kommission. Diese umfasst neben den Vertreterinnen und Vertretern der interessierten Kreise auch Mitglieder, die das Kantonsarztamt und die Kantonale Sozialversicherungsanstalt vertreten.

1.2 Beratende Kommission

Mit Beschluss vom 5. November 2002 ernannte der Staatsrat die Mitglieder der beratenden Kommission:

Präsident

Sébastien Barras, Vorsteher des Sozialvorgeamtes

Mitglieder

Jürg Leuenberger, Vertreter des VFA

Sébastien Ruffieux, Vertreter von Santéuisse

Raymonde Favre, Vertreterin des Verbandes freiburgischer Gemeinden

Madeleine Pasche, Vertreterin der Freiburgerischen Rentnervereinigung

Michel Boni, Vertreter von Pro Senectute

Bernard Pillonel, Vertreter der Schweizerischen Alzheimervereinigung

Dr. Georges Demierre, Kantonsarzt

Josiane Mondoux, stellvertretende Direktorin der kantonalen Ausgleichskasse

Es handelt sich um eine ständige Kommission ; sie wird später weitere Berichte einreichen.

Ihr Sekretariat wird vom Sozialvorgeamt geführt.

1.3 Arbeitsmethoden der Kommission

Die Kommission hat zwei Arbeitsgruppen gebildet: die eine ist damit betraut, den Bedarf zu ermitteln und Vorschläge für die Errichtung eines Netzes von Tagesstätten zu erarbeiten, die andere soll auf die nächsten fünf Jahre hinaus den Bettenbedarf für Langzeit- und Kurzaufenthalte ermitteln.

2. Der Pflegebedarf betagter Personen

(s. Veröffentlichung François Höpflinger und Valérie Hugentobler / Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé)

Bei Betagten und insbesondere bei Hochbetagten gründet der Betreuungsbedarf selten auf einer einzigen Ursache. Er ergibt sich eher aus einem Zusammenwirken verschiedener Faktoren, die mit Alter und Krankheit einhergehen.

Es sind vor allem Stürze und Frakturen, depressive Symptome und hirnorganische Veränderungen, die der Selbständigkeit Hochbetagter ein Ende setzen und den Eintritt ins Pflegeheim unumgänglich machen.

Bei betagten Menschen kommen Stürze relativ häufig vor. Diese stellen ein erhebliches Problem dar, denn nicht nur erfordern sie aufwendige Behandlungen, sondern sie beeinträchtigen auch erheblich die Lebensqualität der betroffenen Personen. In diesem Lebensalter sind die Knochen brüchig, Stürze verursachen häufig Frakturen, die eine nachhaltige Einschränkung der Mobilität und den Verlust der Selbstständigkeit zur Folge haben, so dass bestimmte Personen gezwungen sind, ihr gewohntes Lebensumfeld zu verlassen. Stürze können auf Gleichgewichtsstörungen und auf eine verlangsamte Reaktionsfähigkeit zurückgeführt werden. Bestimmte Medikamente können den Gleichgewichtssinn beeinträchtigen.

Symptome depressiver Art nehmen einen grossen Platz in der Betreuung Betagter ein. Depressive Tendenzen untergraben die Selbständigkeit betagter Personen und erhöhen somit deren Pflegebedarf noch mehr.

Die hirnorganischen Störungen Betagter in ihren unterschiedlichen Formen (Alzheimerkrankheit, Parkinson usw.) stellen seit langem ein Problem für das System der Gesundheitsversorgung dar. Die Häufigkeit von Demenz nimmt mit dem Alter zu, eine Entwicklung, die in allen Industrieländern festzustellen ist. Die Zahl der an Demenz leidenden Betagten ist heute zwar höher, jedoch nicht aufgrund einer erhöhten Erkrankungsgefahr, sondern weil inzwischen viel mehr Menschen ein Alter erreichen, in dem solche Erkrankungen häufiger vorkommen.

Pilotstudien haben auch gezeigt, dass präventive Besuche zu Hause bei Betagten oder Hochbetagten geeignet sind, das Gebrechlichkeitsrisiko zu verringern. Die Geriatrie verfügt schon über anwendbare und effiziente Präventionsstrategien, die dazu beitragen können, den Pflegebedarf zu verringern. Modellrechnungen haben gezeigt, dass eine gemässigte Verringerung des Pflegebedarfs – die sich geriatrischen Präventionsprogrammen oder einem erhöhten Prozentsatz gelungener Rehabilitationen verdankt – den demographischen Alterungseffekt spürbar abmildern kann. Zudem könnte eine gezielte Strategie der Gesundheitsförderung bei Personen im dritten Lebensalter das Problem, das sich mit der Erhöhung des Pflegebedarfs stellt, etwas entschärfen.

3. Mittel, um dem Bedarf zu entsprechen

Es handelt sich um die folgenden Mittel:

- Dienste für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe
- Tagesstätten
- Kurzaufenthalte im Pflegeheim
- langfristiger Aufenthalt im Pflegeheim.

3.1 Dienste für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe

In der Hilfe an betagte Personen muss die Gesundheitspolitik dem Verbleib zu Hause den Vorrang geben. Erst wenn alle Massnahmen, die den Verbleib zu Hause fördern, erschöpft sind, soll der Rückgriff auf eine Versorgung im Heim erwogen werden.

Das Gesetz vom 27. September 1990 über die spitalexterne Krankenpflege und die Familienhilfe schreibt Massnahmen sozialmedizinischer Art vor, damit die Person in ihrer gewohnten Umgebung bleiben kann. Die Gemeinden haben dafür zu sorgen, dass ihre Einwohnerinnen und Einwohner über Leistungen der spitalexternen Krankenpflege und der Familienhilfe verfügen können. Der Verbleib zu Hause hängt somit wesentlich von den Mitteln ab, welche die Gemeinden in Zusammenarbeit mit ihrer Bezirkskommission bereitstellen, damit jede Person unabhängig von ihrem Wohnort über Pflege- und Hilfeleistungen verfügen kann.

Die Kommission kann keine Lagebeurteilung vornehmen und ist nicht dafür zuständig, die Qualität der Dienste für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe zu untersuchen.

3.2 Tagesstätten

3.2.1 Begriffsbestimmung

Es handelt sich um

- eine Betreuungseinrichtung für zu Hause lebende Betagte, die tagsüber einer Betreuung bedürfen, mit deren Hilfe die Angehörigen zeitweise entlastet werden, so dass ein Pflegeheimenritt vermieden oder hinausgezögert wird;
- eine Stätte für die Früherfassung und Prävention allfälliger Störungen ; die Tagesstätte ist ein Verbindungsglied zwischen zu Hause und einer Pflegestätte (zum Beispiel dem Spital) oder umgekehrt.

3.2.2 Auftrag

Die Tagesstätte zielt darauf hin,

- die Würde, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten der betagten Person zu erhalten
- die Familie zu entlasten
- die Gewohnheiten und sozialen Beziehungen der betagten Person zu erhalten
- Verschlechterungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes vorzubeugen
- eine Spitaleinweisung hinauszuzögern oder einen Spitalaufenthalt zu verkürzen
- die Vereinsamung zu durchbrechen, neue Beziehungen und Aktivitäten zu begünstigen
- betagte Personen, die vielleicht eines Tages im Pflegeheim aufgenommen werden, mit dem Gemeinschaftsleben vertraut zu machen
- die Unterbringung in einem Pflegeheim zu vermeiden oder hinauszuzögern.

3.2.3 Bedarfsermittlung

Gemäss einer von der Alzheimervereinigung zu Beginn des Jahres 2001 organisierten Befragung in 53 Heimen des Kantons erklärten 26 Heime, keine Tagesbetreuung anzubieten, 5 tun dies gelegentlich und 11 nehmen tagsüber Personen auf, wobei die Eintrittsbedingungen und die Tarife erheblich variieren.

In Verbindung mit einer anderen Umfrage, die 1999 von der gleichen Vereinigung bei ihren Mitgliedern durchgeführt wurde, belegen die Zahlen, dass der Bedarf umso mehr besteht, als die Zahl der von dieser Krankheit Betroffenen auf mehr als 2500 Personen im Kanton veranschlagt wird und die Tagesstätten nicht nur diesen Kranken vorbehalten sind.

Die Notwendigkeit der Errichtung von Tagesstätten ist augenscheinlich. Auch wenn keine echte Statistik vorliegt und keine Umfrage vorgenommen wurde, um den realen Bedarf an Tagesstätten zu bestimmen, stellen die Personen, die beruflich und ehrenamtlich im sozialmedizinischen Bereich arbeiten, tagtäglich fest, dass es an Zwischenstrukturen zwischen zu Hause und Pflegeheim fehlt. Auch die Verantwortlichen der Dienste für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe, der Sozialdienste in den Spitälern, von Pro Senectute und weiteren Diensten beklagen das Fehlen von Tagesbetreuungseinrichtungen, die dem Verbleib zu Hause förderlich wären und die Angehörigen vorübergehend entlasten würden.

Vier Heime richteten an die Direktion für Gesundheit und Soziales ein Gesuch um die Anerkennung von Tagesstätten : das Home du Gibloux, in Farvagny, das schon eine Tagesstätte führt, die « Famille au jardin » in Römerswil, deren Eröffnung für das Jahr 2004 vorgesehen ist, die Tagesstätte von Frau Stauder, in Gurmels, und « Le Soleil d'Or », in Freiburg.

3.2.4 Standortwahl für die Tagesstätte

Die Kommission ist der Auffassung, dass mindestens eine Tagesstätte je Bezirk bestehen müsste. Die Tagesstätte könnte, müsste jedoch nicht in ein Pflegeheim integriert werden und dessen Dienstleistungen benützen (Mahlzeiten, allfällige Pflege, Unterhalt). Die Tagesstätte im eigentlichen Sinn wäre mit der Anstellung von spezifischem Animationspersonal sowie von allfälligem Pflege- und Betreuungspersonal verbunden. Die Integration der Tagesstätte in ein Pflegeheim müsste möglichst in Räumlichkeiten erfolgen, die von der Abteilung « Langzeitaufenthalte » getrennt sind.

3.2.5 Aufnahmebedingungen

Die Tagesstätte ist für die Aufnahme von Personen im AHV-Alter bestimmt. Ausnahmsweise kann sie auch Personen aufnehmen, die noch nicht im AHV-Alter stehen, jedoch eine Rente der Invalidenversicherung beziehen, körperlich behindert sind oder an einer Krankheit leiden, die voraussichtlich zu dauernder Invalidität führt.

Die in der Tagesstätte aufgenommene Person

- darf keine zu erheblichen psychischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen aufweisen, die das Gemeinschaftsleben in der Tagesstätte durcheinander bringen könnten ;
- kann nicht allein leben, wird aber zu Hause von Angehörigen begleitet, die eine vorübergehende Entlastung wünschen ;
- kann gefahrlos zu Hause leben, möchte aber in eine Tagesstätte, um ihre Isolierung und Einsamkeit zu durchbrechen ;
- bedarf einer Stimulierung oder/und sozialmedizinischen Betreuung, um noch bei sich zu Hause bleiben zu können.

3.2.6 Dauer der Aufnahme

Die Person kann nach ihren Bedürfnissen halbtags oder für den ganzen Tag aufgenommen werden.

3.2.7 Infrastrukturen der Tagesstätte

Die Aufnahmekapazität beträgt 5 bis 10 Plätze.

Jede Tagesstätte, ob einem Pflegeheim angeschlossen oder nicht, sollte eine Mindestinfrastruktur haben, grundsätzlich ohne architektonisch bedingte Hürden. Die wenig aufwendige Ausstattung erfordert eine Investition in zwei bis drei verschiedene Räumlichkeiten: 1 Gemeinschaftsraum (50 m²), 1 Esszimmer mit Küchenutensilien (40 m²), 1 Ruheraum (20 m²). Dazu kommen 2 Toiletten,

davon eine behindertengerechte. Weitere Räume dienen als Büro und zur Aufbewahrung von Material.

3.2.8 Organisation

Personal

Für die Sicherstellung einer bestmöglichen Betreuung muss die Tagesstätte mit qualifiziertem Personal dotiert werden (zum Beispiel für beziehungsintensive Pflege, Beschäftigung, Ergotherapie usw.), das die physischen und sozialen Fähigkeiten der Tagesgäste nach Kräften fördern oder erhalten soll.

Die Dotation mit Pflege-, Betreuungs- und Animationspersonal sollte mindestens 0,25 Einheiten je Betreuungstag/betreute Person ausmachen, höchstens jedoch 0,5 Einheiten. Ist die Tagesstätte einem Pflegeheim angegliedert, so kann ein Teil dieses Personals vom Heim zur Verfügung gestellt werden. Die Qualifikation des Personals wird von der Direktion für Gesundheit und Soziales in Übereinstimmung mit der Gesundheits- und Pflegeheimgesetzgebung bestimmt.

Die Tagesstätte muss über mindestens eine Referenzperson für Krankenpflege verfügen.

Öffnungszeiten

Die Tagesstätte sollte die Personen von 8 bis 18 Uhr aufnehmen können und auch samstags geöffnet sein.

3.2.9 Finanzierung

Nach Artikel 27 Abs. 3 PflHG kann die öffentliche Hand die Tagesbetreuung durch die Ausrichtung einer finanziellen Hilfe fördern. Nach Artikel 29 Abs. 1 PflHR kann die finanzielle Hilfe der öffentlichen Hand nicht mehr als 30% des Budgets der Tagesstätte betragen.

Die Kosten eines Tages in der Tagesstätte können gemäss einer Stichprobe in verschiedenen Kantonen fast um das Doppelte voneinander abweichen (von 120 Franken im Kanton Neuenburg bis zu 200 Franken in einer Tagesstätte in Genf).

Die laufenden Projekte im Kanton Freiburg geben einen Tagespreis von 100 bis 180 Franken an.

Nach Auffassung der Kommission sollte die Beteiligung zu Lasten der in der Tagesstätte betreuten Person zwischen 30 und 40 Franken je Tag betragen.

Nach der AHV-Gesetzgebung kann das Bundesamt für Sozialversicherung einen Beitrag von 30 Franken je Tag und Person ausrichten, sofern die Tagesstätte 1500 Betreuungstage im Jahr verbucht. Der neue Finanzausgleich zwischen Bund und Kantonen sieht die Aufhebung dieser Subvention ab dem Jahr 2007 vor. Die Finanzhilfe des Bundes ist jedoch vom Zufall abhängig, denn sie ist zeitlich befristet, und es ist nicht sicher, dass sich in jeder Tagesstätte die jährliche Anzahl von Betreuungstagen auf mindestens 1500 beläuft.

3.2.10 Erläuterungen zur Finanzierung

Geht man von einem Kantonsbeitrag von 30%, der Subvention des BSV von 30 Franken und einem Tagespreis von 120 Franken aus, so verbleiben 54 Franken zu Lasten der betreuten Person. Dies könnte sich abschreckend auswirken beziehungsweise finanziell benachteiligten Personen den Zugang zur Tagesstätte verunmöglichen.

Die Kommission schlägt vor, durch eine Änderung von Artikel 29 PflHG die Beteiligung der öffentlichen Hand so zu erhöhen, dass jede Person, die es nötig hat, Zugang zu diesen Strukturen hat. Ausserdem sollte diese Beteiligung nicht an das Budget der Tagesstätte selbst gebunden sein, um die Subventionierung luxuriöser Einrichtungen zu vermeiden, sondern nach einem von der Direktion für Gesundheit und Soziales festgesetzten Tarif bestimmt werden.

So könnte der Artikel 29 PflHR wie folgt lauten: die finanzielle Hilfe der öffentlichen Hand kann höchstens 50% der von der Direktion festgesetzten Tageskosten betragen; sie wird der Einrichtung in Form von Pauschalen ausgerichtet.

Schliesslich müssen noch die Kriterien für die Anerkennung von Tagesstätten definiert werden, namentlich in Bezugnahme auf das Gesundheitsgesetz.

3.3 Kurzaufenthalte in Pflegeheimen

3.3.1 Begriffsbestimmung

Es handelt sich um eine zeitlich begrenzte Unterbringung im Pflegeheim. Das wesentliche Ziel besteht darin, den Verbleib der betagten Person zu Hause zu begünstigen und Betreuungsmöglichkeiten anzubieten, wenn der Aufenthalt zu Hause vorübergehend nicht möglich ist, weil die Person nach einem Spitalaufenthalt der Rekonvaleszenz in einer Pflegeeinrichtung bedarf oder weil die Ehegattin beziehungsweise der Ehegatte oder die Angehörigen zeitweise nicht bei ihr bleiben können (Ferien, Krankheit usw.) oder sich wegen Arbeitsüberlastung vorübergehend von ihr trennen müssen.

3.3.2 Bedarfsermittlung

Nach Artikel 26 und 27 PflHG können die Pflegeheime Personen in Tagesstätten oder für Kurzaufenthalte aufnehmen. Die Kurzaufenthalte gelten Aufenthalte mit einer Dauer von höchstens drei Monaten. Bezüglich ihrer Finanzierung werden sie Langzeitaufhalten gleichgestellt.

1994 veranlasste der VFA eine Studie über den Bedarf und das Angebot auf dem Gebiet der Kurzaufenthalte. In einem Bericht an die Direktion für Gesundheit und

Soziales hob der VFA hervor, trotz der starken Nachfrage fehle es sehr am Angebot von Kurzaufenthalten im Pflegeheim.

Im Juli 2003 erhielten 37 anerkannte Pflegeheime einen Fragebogen, mit dem die Anzahl der für Kurzaufenthalte genutzten Betten erfasst und in Erfahrung gebracht werden sollte, ob diese Heime vorhaben, neue Betten für diese Art der Aufnahme zur Verfügung zu stellen. Die Umfrage, auf die 29 Heime geantwortet haben, erwies, dass 8 Heime über 20 Betten verfügen, die ausschliesslich Kurzaufenthalten vorbehalten sind. Diese Betten verteilen sich wie folgt: 4 Betten im Saanebezirk, 7 im Sensebezirk, 6 im Seebezirk und 3 im Vivisbachbezirk.

5 Heime möchten 12 weitere Betten schaffen (5 Betten im Saanebezirk, 1 im Sensebezirk, 4 im Greyerzbezirk und 2 im Broyebezirk).

13 Heime haben nicht die Absicht, Betten für Kurzaufenthalte zur Verfügung zu stellen.

Im Jahr 2002 ergab die Statistik über die Kurzaufenthalte in Pflegeheimen die folgenden Daten:

Anzahl Kurzaufenthalte	167
davon Personen mit einem Aufenthalt	108
mit 2 Aufenthalten	17
mit 3 Aufenthalten	7
mit 4 Aufenthalten	1

Anzahl Kurzaufenthalte nach Pflegestufe	4'030
I	259
A	428
B	1'587
C	1'314
D	442

Anzahl Kurzaufenthalte, die zu Langzeitaufenthalten wurden	19
---	----

Fazit

Der jährliche Belegungsgrad der 20 Betten liegt bei 73,5 % ($4030 : 20 \times 365 \times 100$).

Dies ist ein guter Belegungsgrad. Um den Verbleib zu Hause zu fördern, muss jedoch die Aufnahmekapazität für Kurzaufenthalte erhöht werden, indem die verfügbaren 20 Betten um 15 weitere Betten ergänzt werden, unter denen sich die 12 Betten befinden, deren Schaffung die fünf Pflegeheime wünschen.

Angestrebt wird somit ein Prozentsatz von 1,5 auf 100 anerkannte Pflegeheimbetten, in Berücksichtigung der Tatsache, dass die in den Bezirken Sense, See und Vivisbach für Kurzaufenthalte verfügbaren Betten nicht stillgelegt werden können.

Zwei Jahre nach der Bereitstellung dieser Betten sollte die Lage wieder beurteilt werden.

3.3.3 Vorschlag für die Verteilung neuer Betten für Kurzaufenthalte

Die 35 Betten für Kurzaufenthalte sind auf alle Bezirke zu verteilen. Die Kommission schlägt eine Verteilung nach der Anzahl anerkannter Pflegeheimbetten vor (1,5 Betten auf 100 Pflegeheimbetten):

Bezirk	Anzahl anerkannter Pflegeheimbetten im Jahr 2003	Anzahl bestehender Kurzaufenthalts-Betten	Zusätzlich zu schaffende Betten	Total
Saane	693	4	5	9
Sense	281	7	1	8
Greyerz	372		4	4
See	190	6		6
Glane	159			0
Broye	149		1	1
Vivisbach	149	3		3
zuzuteilen			4	4
Total	1'993	20	15	35

3.3.4 Aufnahmebedingungen

Nur Personen im AHV-Alter können für Kurzaufenthalte aufgenommen werden. Ausnahmsweise und nach Aufnahmekriterien, die von der Kommission zu bestimmen sind, können Personen, die keine AHV-Rente beziehen, für Kurzaufenthalte in ein Pflegeheim eintreten.

Die Aufnahme ist möglich, ob die betagte Person nun der Pflege bedarf oder nicht. Das Pflegeheim entscheidet nach seinen Möglichkeiten über die Aufnahme und ermittelt so rasch wie möglich die Pflegestufe der Person. Diese legt ein Arzzeugnis vor, wenn das Pflegeheim zum Schluss kommt, sie bedürfe der Pflege.

Das Pflegeheim, das eines oder mehrere Betten für Kurzaufenthalte zur Verfügung stellt, stellt die Aufnahme innert 12 Stunden nach dem Aufnahmesuch sicher. Zwischen 20 und 8 Uhr ist kein Eintritt möglich.

3.3.5 Dauer des Kurzaufenthalts

Die Dauer erstreckt sich über mindestens 4 Nächte, und die Person kann mehrere Aufenthalte im Kalenderjahr absolvieren. Die Gesamtdauer kann jedoch nicht mehr als 3 Monate am Stück oder 90 Tage für alle im Kalenderjahr absolvierten Aufenthalte übersteigen.

3.3.6 Infrastruktur

Das Pflegeheim reserviert eine bestimmte Anzahl von Zimmern zum ausschliesslichen Gebrauch für Kurzaufenthalte. Auf keinen Fall können diese Zimmer für Personen verwendet werden, deren Pflegeheimeintritt definitiv ist. Das oder die Zimmer bieten denselben Komfort wie die von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern belegten Zimmer.

3.3.7 Organisation

Die Dotation mit Pflege- und Betreuungspersonal wird vom Kantonsarztamt bestimmt und für das ganze Jahr entsprechend der Anzahl Kurzaufenthalt-Betten und der Pflegestufe B berechnet.

Das Personal wird vorrangig für die Pflege und Betreuung der Kurzaufenthalterinnen und Kurzaufenthalter verwendet. Bei Nichtverwendung der für Kurzaufenthalte reservierten Zimmer nimmt das Pflege- und Betreuungspersonal Aufgaben bei den übrigen Heimbewohnerinnen und -bewohnern wahr.

3.3.8 Finanzierung

Vorbemerkung

Nach Artikel 27 PflHG werden Kurzaufenthalte in der Finanzierung den langfristigen Aufenthalten gleichgestellt. Die Realität zeigt, dass diese Bestimmung die Finanzierung der Kurzaufenthalte nicht regelt. Pflegeheime hoben in ihrer Antwort auf die Erfassung der Kurzaufenthalt-Betten Folgendes hervor:

« Unsere Institution bietet regelmässig und je nach Verfügbarkeit die Möglichkeit der vorübergehenden, von einer Woche bis zu drei Monaten dauernden Betreuung an. Jedoch können wir nicht bestätigen, dass wir eines oder mehrere Betten für Kurzaufenthalte reservieren, denn eine solche Praxis würde für unser Heim infolge eines reduzierten Belegungsgrads eine wirtschaftliche Einbusse bedeuten. »

« Wir würden sehr gern ein Bett für Kurzaufenthalte bereitstellen.

Doch müsste zu diesem Zweck ein Zimmer frei gehalten werden, und dies ist finanziell nicht tragbar, denn

- die Praxis der Kurzaufenthalte ist in der Bevölkerung noch nicht ausreichend bekannt,
- finanziell ist ein Kurzaufenthalt für Familien, deren aufnahmebedürftige/r Angehörige/r keine Ergänzungsleistung bezieht, eine schwere Belastung,

- das für Kurzaufenthalte reservierte Zimmer würde zu oft leer stehen ».

Für Bezügerinnen und Bezüger einer Ergänzungsleistung zur AHV/IV kann die Finanzierung von Kurzaufenthalten unter Abzug von 20 Franken je Tag durch eine Vergütung über die Krankheitskosten sichergestellt werden. Bezieht die Person keine Ergänzungsleistung, so geht die Rechnung für den Kurzaufenthalt vollumfänglich zu ihren Lasten und muss aus ihren Eigenmitteln bezahlt werden. Verfügt die Person nicht über die ausreichenden Finanzmittel, so kann ein Ergänzungsleistungsgesuch eingereicht werden.

Die Arbeitsgruppe ist der Auffassung, dass eine Lösung auf finanzieller Ebene gefunden werden muss, um Kurzaufenthalte zu fördern und zu erleichtern. Aus Gründen der administrativen Vereinfachung und in Berücksichtigung dessen, dass eine Ermittlung des Pflegebedarfs schwierig ist, schlägt die Kommission die folgende Vorgehensweise für sämtliche Kurzaufenthalterinnen und -aufenthalter vor, unabhängig von ihrer wirklichen Pflegestufe :

Pensionspreis: das Pflegeheim verrechnet der Person den Pensionspreis der Pflegestufe B, gemäss dem Tarif für langfristige Aufenthalte.

Pflegekosten: das Pflegeheim schlägt die Gehälter und Sozialleistungen des für die Kurzaufenthalte verwendeten Pflege- und Betreuungspersonals zu den Pflegekosten.

Die Gehaltsaufwendungen sind somit in den Pflegekosten der Pflegeheime inbegriffen.

Beteiligung der Krankenversicherer: das Pflegeheim verrechnet dem Krankenversicherer die Tagespauschale für Pflegestufe B.

Betreuungspreis: das Pflegeheim verrechnet der Person den Betreuungspreis seines eigenen Heims gemäss dem Tarif, der für die langfristigen Aufenthalte mit Pflegestufe B gilt.

3.4 Langfristige Aufenthalte

3.4.1 Planungen bis zum Jahr 2002 :

MEDIPLAN 89

Nach der alten Gesetzgebung über die Betagtenheime mussten die Oberamtmänner nach Befragung der Gemeinden den Bedarfsdeckungsplan für die Bevölkerung des Bezirks in Berücksichtigung der spitalmedizinischen Planung erstellen.

Aufgrund einer Änderung des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung mussten die Kantone bis Ende 1985 ihren Deckungsplan dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) unterbreiten. Nach Ablauf dieser Frist erhielten die nicht gemeldeten Bauprojekte keine Bundessubventionen an den Bau (25 %) mehr. Ausserdem mussten die Bauarbeiten vor dem 30. Juni 1990 aufgenommen werden, damit der Bundesbeitrag ausgerichtet wurde. Diese Anforderung bewirkte die beschleunigte

Umsetzung des kantonalen Bedarfsdeckungsplans, der sich im zweiten Kapitel von MEDIPLAN 89 findet, unter dem Titel – Beherbergung und Betreuung betagter Personen.

In Bezugnahme auf die Angaben des BSV wählte der Kanton für die 27'758 Personen ab 65 Jahren im Jahr 1990 einen Ansatz von 8 Betten auf 100 Personen ab dem Alter von 65 Jahren. Zu den am 31. Dezember 1986 in den Alters- und Pflegeheimen verfügbaren 1615 Betten kamen 784 Betten in den neu errichteten Heimen, so dass sich die Kapazität des Netzes auf 2399 Betten erhöhte. Immer noch gemäss MEDIPLAN wurden die Betten zu einem Drittel auf die Pflegeheime und zu zwei Dritteln auf die Altersheime verteilt.

Der Bedarf an Spitalbetten und an sozialmedizinischer Beherbergung – Studie von Prof. Pierre Gilliard, Dezember 1994

Die Studie von Prof. Gilliard führte zur folgenden Feststellung:

Im Jahr 1993 bestehen im Kanton Freiburg 85 Betten für 1000 Einwohnerinnen und Einwohner von mehr als 65 Jahren. Diese Zahl ist zu hoch. Mit besser entwickelten Versorgungsdiensten könnten Heimbewohnerinnen und -bewohner zu Hause bleiben.

Der Bettenbedarf in den Betagtenheimen wurde nach drei unterschiedlichen Ansätzen und für eine Bevölkerung von 31'000 Personen im Alter von mehr als 65 Jahren im Jahre 2010 ermittelt:

- 7,5 Betten für 100 Betagte, somit 2'325 Betten. Mit diesem Ansatz, der als sehr hoch betrachtet werden darf, reicht die Bettenzahl in den Heimen bis zum Jahr 2010.
- 6,5 Betten für 100 Betagte, somit 2'015 Betten. Dieser Ansatz liegt über den in den Kantonen Waadt und Genf geltenden Indikatoren, doch stellt er eine genügende Bettenzahl bis zum Jahr 2020 sicher.
- 5,5 Betten für 100 Betagte, somit 1'705 Betten. Diese Norm wird vom Kanton Waadt angestrebt, obwohl sie langfristig zu niedrig ist. In dieser Hypothese wäre die Bettenzahl um das Jahr 2020 herum immer noch zu hoch.

Pflegeheimplanung für die Periode 2002 bis 2005 – Bericht der Direktion für Gesundheit und Soziales, Oktober 2001

Da die Daten der eidgenössischen Volkszählung im Jahr 2001 nicht verfügbar waren, wurde die Bevölkerung betagter Personen ab 65 Jahren auf 33'775 Personen veranschlagt (14 % der Wohnbevölkerung von 241'253 Personen).

Für die Sicherstellung einer Deckung mit Pflegeheimbetten bis zum Jahr 2005 wurde ein Ansatz von 6,5 Betten für 100 Betagte gewählt. Mit diesem Ansatz beläuft sich der Bedarf auf 2'195 Betten.

Der Bericht schlug die Anerkennung von Altersheimbetten als Pflegeheimbetten zu durchschnittlich 80 Betten pro Jahr vor. Somit wären 2005/2006 fast alle Altersheimbetten als Pflegeheimbetten anerkannt. Diese Reserve an

Altersheimbetten erspart den Bau neuer Pflegeheime, abgesehen von der Errichtung des Pflegeheims von Flamatt.

An diesen Planungs« versuchen » wird deutlich, dass die Vorhersagen schwierig sind, so lange sich die Bevölkerung entwickelt und sich mit ihr die Bedürfnisse und Erwartungen der Betagten verändern. Die demographischen Prognosen werden von der Realität überholt, die Menschen leben immer länger, die Fortschritte in Medizin und Wissenschaft verbessern das Wohlbefinden der Bevölkerung, doch treten neue Krankheiten unter den Personen des dritten und des vierten Alters auf. Dadurch werden die Gewissheiten, auf denen man bei den Planungen basierte, in Frage gestellt.

Es ist daher angebracht, vorsichtig zu sein und nur mittelfristige Prognosen zu stellen, die sich auf fünf bis höchstens zehn Jahre erstrecken. Es bedarf auch einer ausreichenden Flexibilität, um die Strukturen der Bedarfsentwicklung und einer voraussichtlichen Verknappung der Mittel anpassen zu können.

3.4.2 Indikatoren für die Aktualisierung der Pflegeheimplanung

a) Der Anstieg der Lebenserwartung

(s. Veröffentlichung François Höpflinger und Valérie Hugentobler / Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé)

Im Lauf der letzten Jahrzehnte hat die durchschnittliche Lebenserwartung sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern deutlich zugenommen. Dies verdankt sich weniger einer Verlängerung der « biologischen Lebensdauer » als einem Rückgang der Zahl vorzeitiger Todesfälle. Kurz- bis mittelfristig lässt sich also vorhersehen, dass die Erhöhung der Lebenserwartung langsamer voranschreitet. Gemäss den Szenarien des Bundesamtes für Statistik dürfte die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer, die heute 76,5 Jahre beträgt, im Jahr 2060 zwischen 82,5 und 85,5 Jahren liegen, diejenige der Frauen, die heute 82,5 Jahre beträgt, auf 87,5 bis 90 Jahre steigen.

Für die Planung der nötigen Gesundheitsstrukturen und Pflegeeinrichtungen muss vor allem in Erfahrung gebracht werden, wie sich die Zahl der pflegebedürftigen Personen im Laufe der kommenden Jahre und Jahrzehnte entwickeln wird. Die steigende Lebenserwartung führt zur Frage nach der Lebensqualität: sind die zusätzlichen Lebensjahre wirklich gewonnene Jahre oder handelt es sich um eine Existenzverlängerung für Personen, die mit Krankheiten behaftet sind?

Diesbezüglich bestehen heute zwei Theorien:

- Nach der ersten resultiert der Rückgang der Sterblichkeit namentlich unter den Betagten aus dem Willen, den Tod bei Personen mit chronischen degenerativen Erkrankungen hinauszuzögern. Wenn die Leute länger leben, so vor allem deshalb, weil die Medizin und die Sozialmedizin in der Lage sind, gegen die chronischen Krankheiten anzugehen.
- Die zweite Theorie hingegen geht von der Annahme aus, dass sich vor allem die Dauer der aktiven Existenz, das heisst des Lebens bei guter Gesundheit verlängert hat. Chronische Erkrankungen treten später auf, denn die jüngeren Generationen sind in den Genuss einer besseren Ernährung und Hygiene gekommen und bleiben deshalb länger gesund.

Die vorhandenen empirischen Daten sprechen eher für die zweite dieser Theorien: heute leben Männer und Frauen nicht nur länger, sondern sie leiden auch weniger schnell als die Generationen vor ihnen an Gebrechen.

b) Eidgenössische Volkszählung

Die Volkszählung 2000 erbrachte für den Kanton Freiburg die folgenden Zahlen:

Bevölkerung betagter Personen ab 65 Jahren	31'170 Personen
Bevölkerung betagter Personen ab 80 Jahren	8'344 Personen

Auf eine Bevölkerung von 241'706 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 2000 entfallen **12,89 %** Betagte im Alter von 65 und mehr Jahren und **3,45 %** Betagte ab 80 Jahren.

In der Vergangenheit wurde ein Anstieg der Lebenserwartung um mindestens ein Jahr pro Jahrzehnt festgestellt. Die jüngsten Szenarien rechnen nur noch mit einem Anstieg um 0,3 bis 0,5 Jahre pro Jahrzehnt. Aus ihnen geht hervor, dass der durchschnittliche prozentuale Anteil von Personen im Alter ab 65 Jahren an der Schweizer Bevölkerung, 15,4 % im Jahr 2000, bis zum Jahr 2010 auf 17,4 % steigen dürfte. Dies bedeutet eine Zunahme um 13 %. Der prozentuale Anteil, den Personen im Alter ab 80 Jahren an der gesamten Betagtenbevölkerung einnehmen, 26,2 % im Jahr 2000, dürfte bis zum Jahr 2010 auf 27,0 % steigen, somit um 3 % zunehmen.

Auf den Kanton Freiburg übertragen, ergeben diese Ansätze die folgenden Ergebnisse:

	Personen von 65 Jahren und darüber	Personen von 80 Jahren und darüber
Bevölkerung 2000	31'170	8'344
Bevölkerung 2010	35'222	8'594

c) Die von anderen Kantonen in der Pflegeheimplanung berücksichtigten Ansätze sind :

	Für 100 Personen von 65 Jahren und darüber	Für 100 Personen von 80 Jahren und darüber
NEUENBURG	6,4 Pflegebetten 1,7 Nichtpflegebetten	23 Betten
WALLIS		
VAADT	5,2 Betten	24 Betten
SOLOTHURN		

BASEL-STADT		23 Betten
LUZERN	8,5 Betten	25 Betten

d) Hospitalisierte Personen in Erwartung einer Aufnahme ins Pflegeheim

Eine im Frühjahr 2003 in den Spitälern des Kantons durchgeführte Umfrage zeigt, dass **80** Betagte ihren Spitalaufenthalt verlängern müssen, bis Pflegeheimplätze frei werden:

Kantonsspital	12 Personen
Spital des Freiburger Südens	10 Personen
HIB, Payerne	24 Personen mit Wohnsitz FR
Psychiatrisches Spital Marsens	21 Personen
Spital Tafers	5 Personen
Spital Meyriez	5 Personen
BRZ, Billens	3 Personen

Zu den in den Spitälern registrierten 80 Personen sind weitere **16** Personen zu rechnen, die gemäss einer Umfrage im Sommer 2003 bei den Diensten für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe zu Hause leben und auf ihren dringenden Heimeintritt warten.

4. Fazit über die heutigen Strukturen

4.1 Tagesstätten

Einzig und allein das Home du Gibloux führt schon eine Tagesstätte. Drei weitere Tagesstätten warten auf die Bekanntgabe der Modalitäten ihrer Subventionierung, um anfangs 2004 in Betrieb genommen zu werden.

Verglichen mit anderen Kantonen ist Freiburg arm an Strukturen für die Tagesbetreuung betagter Personen. Die Kommission schlägt Massnahmen vor, um den Rückstand aufzuholen und den Pflegeheimen oder anderen Organisationen die Schaffung solcher Tagesstätten zu ermöglichen.

4.2 Kurzaufenthalte

Die 1994 erfolgten Vorschläge des VFA haben nicht die erwünschten Wirkungen gezeitigt. Eintrittsmöglichkeiten für Kurzaufenthalte bestehen in einigen Heimen bestimmter Bezirke, aber die Bedarfsdeckung auf kantonaler Ebene ist ungenügend, insbesondere in den Bezirken des südlichen Kantonsteils. Die Kommission schlägt Massnahmen für den Ausbau der Aufnahmen für Kurzaufenthalte vor, indem sie davon ausgeht, dass diese Betreuungsart den Pflegeheimeintritt für einen langfristigen Aufenthalt vermeiden oder hinausschieben kann.

4.3 Langfristige Aufenthalte

Im Jahr 2003 zählen die Pflegeheime 1993 anerkannte Betten. Dazu kommen 70 Betten, die im Jahr 2004 teilweise anerkannten Heimen zugeteilt werden.

Die Kommission beobachtet zwei widersprüchliche De-facto-Verhältnisse:

- Zum einen zeigen die von den Spitälern und den Organisationen für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe gelieferten Wartelisten, dass die Zahl heute anerkannter Pflegeheimbetten nicht ausreicht ; zum anderen beherbergen mehrere Heime in ihrer nicht als Pflegeheim anerkannten Abteilung Personen, die der Pflege bedürfen.
- Nach den von anderen Kantonen berücksichtigten Normen für die Bestimmung der Bettenzahl für die Altersklassen >65 Jahre oder >80 Jahre weist das heutige Netz eine ausreichende Kapazität auf.

Die Kommission kommt zum Schluss, dass die im Jahr 2004 anerkannten 2063 Betten für die stationäre Betreuung betagter Personen ausreichen, dass jedoch Personen, die Pflegeheimbetten belegen, bei sich zu Hause hätten bleiben können, wenn die Organisationen für spitalexterne Krankenpflege und Familienhilfe, die Aufnahmen für Kurzaufenthalte und die Tagesstätten besser ausgebaut wären.

4.4 Alterspsychiatrie

Die Heime nehmen immer mehr geistig verwirrte Betagte auf, die an einer mehr oder weniger fortgeschrittenen Demenz leiden und deren Verhaltensstörungen die Kompetenzen der Pflgeteams manchmal übersteigen. Die Kommission ermutigt zum Ausbau der Liaison-Psychiatrie und zur Schaffung eines Heims zwischen dem Pflegeheim und dem psychiatrischen Spital.

5. Vorschläge für die Schaffung oder den Ausbau von Strukturen, die dem Verbleib zu Hause förderlich sind

5.1. Tagesstätten

Ab 2004 Anerkennung der 4 Tagesstätten, die eine Anerkennung beantragt haben ;
 Bis 2006 Anerkennung von 4 weiteren Tagesstätten, so dass zumindest eine Tagesstätte je Bezirk sichergestellt ist.

5.2 Aufnahmen für Kurzaufenthalte

2004 Anerkennung der 20 Betten, die von den Pflegeheimen schon für Kurzaufenthalte verwendet werden. Die mit Betten unterdotierten Bezirke sind anzuregen, bis zum Jahr 2006 weitere 15 Betten zu schaffen.

5.3 Langfristige Aufenthalte

Anwendung der Norm von 6,5 Betten für 100 Personen ab 65 Jahren und von 25 Betten für 100 Personen ab 80 Jahren				
	Personen ab 65 Jahren	6,5 Betten für 100 Personen ab 65 Jahren	Personen ab 80 Jahren	25 Betten für 100 Personen ab 80 Jahren
2000	31'170	2026	8'344	2086
2005	33'196	2158	8'496	2117
2010	35'222	2289	8'594	2149

Anerkennung neuer Betten zwischen 2004 und 2010

Im Vergleich mit der Norm von 6,5 Betten für 100 Personen ab 65 Jahren weist diejenige von 25 Betten für 100 Personen ab 80 Jahren die folgenden Abweichungen auf:

2000	+ 60 Betten
2005	- 41 Betten
2006-2010	- 140 Betten

In ihrer Evaluation der Zahl neuer Betten, die bis zum Jahr 2010 anzuerkennen sind, schlägt die Kommission vor, den Durchschnitt der Betten für die beiden Altersklassen zu berücksichtigen:

2000	2056 Betten
2005	2137 Betten
2010	2219 Betten

Hinweis: Beim Inkrafttreten des PflHG am 1. Januar 2002 betrug die Zahl anerkannter Betten 1933 ; 60 neue Betten wurden per 1. Januar 2003 anerkannt. Es ist also festzustellen, dass im Jahr 2003 die Zahl anerkannter Betten (1993) unter der Zahl der für das Jahr 2000 bestimmten Zahl von 2056 Betten liegt.

Verteilung der anzuerkennenden neuen Betten zwischen 2004 und 2010

	Neue Betten	Stand am 1. Januar 1993
2003		
2004	70	2063
2005	74	2137
2006-2010	82	2219

6. Weitere Vorschläge

Die Berufskreise, die sich mit der Unterbringung betagter Personen im Pflegeheim zu befassen haben, beklagen das Fehlen einer Registrierungszentrale, die eine Liste der freien Plätze und der Platzreservierungen für Personen, die auf ihre Heimaufnahme warten, führen könnte. Die Kommission schlägt vor, mit dieser Aufgabe Pro Senectute Freiburg oder jede Bezirkskommission zu betrauen. Die Beanspruchung von Pro Senectute als Registrierungszentrale hätte den Vorteil, dass ein Überblick über den ganzen Kanton gewährleistet würde, wohingegen die Bezirkskommission auf ihren Umkreis beschränkt ist. Die Registrierungszentrale könnte eine erste Beurteilung der eingetragenen Person nach zu bestimmenden Kriterien vornehmen. Die Kommission schlägt vor, diese Aufgabe mit den möglichen Partnern zu diskutieren und zu evaluieren.

Die demographischen Statistiken veröffentlichen die Entwicklung der Wohnbevölkerung gemäss der Zählung, die alljährlich in den Gemeinden erfolgt. Die verfügbaren Daten ergeben keine Einzelheiten über die Bevölkerung nach Altersstranche, namentlich bezüglich der Personen im Alter ab 65 und ab 80 Jahren. Um diese Verteilung zu erfahren, müssen die Ergebnisse der eidgenössischen Volkszählung abgewartet werden. Die Kommission schlägt vor, dass die Gemeinden in ihrer Jahresstatistik die Daten über die Betagtenbevölkerung mitteilen.

Verabschiedet in der Kommissionssitzung am 27. November 2003