



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la prévoyance sociale SPS
Sozialvorsorgeamt SVA

Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

T +41 26 305 29 68, F +41 26 305 29 54
www.fr.ch/sps

Freiburg, 9. Januar 2018

BERICHT
PLANUNG DER LANGZEITPFLEGE
2016 - 2020
KANTON FREIBURG

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINFÜHRUNG	4
2. HINTERGRUND	5
2.1. GESUNDHEITSPLANUNG	5
2.2. GELTENDE GESETZLICHE BESTIMMUNGEN.....	5
2.2.1. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG).....	5
2.2.1. Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (GesG)	5
2.2.2. Gesetz vom 23. März 2000 über die Pflegeheime für Betagte (PflHG)	5
2.3. PROJEKT SENIOR+.....	6
2.3.1. Neue Alterspolitik	6
2.3.2. Die Hauptachsen der neuen Alterspolitik.....	6
2.4. SPITALBEREICH.....	7
2.4.1. Finanzierung der Spitalpflege	7
2.4.2. Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege	8
2.5. FINANZIERUNG DER PFLEGE IM PFLEGEHEIM	9
2.6. AUF BUNDESEBENE DISKUTIERTER DOSSIERS.....	9
2.6.1. Ressourcen der Rentnerinnen und Rentner	9
2.6.2. In der EL-Bemessung geltende Richtsätze für die Mietkosten	9
3. AKTUELLE LAGE IM KANTON	10
3.1. PFLEGEHEIMBETTEN FÜR LANGZEITAUFWENTHALTE.....	10
3.1.1. Verteilung und Belegungsgrad der Betten nach Bezirk	10
3.1.2. Quote der Inanspruchnahme von Pflege in PflH und anderen Einrichtungen für ältere Menschen.....	11
3.1.3. Spezifischer Auftrag: Demenzabteilungen.....	11
3.1.4. Interregionale Belegungen	11
3.2. HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE.....	12
3.2.1. Definition der Langzeitpflege für die Leistungen zu Hause	12
3.2.2. Gesamtheit der Leistungen und VZÄ für die beauftragten Dienste nach Bezirk.....	12
3.2.3. Statistik für die privaten Dienste und selbständig arbeitenden Pflegefachpersonen....	14
3.2.4. Quote der Inanspruchnahme der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause	14
3.3. PFLEGEHEIMBETTEN FÜR KURZAUFENTHALTE.....	15
3.3.1. Verteilung und Belegungsgrad nach Bezirk.....	15
3.3.2. Spezifischer Auftrag: Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung	15
3.4. TAGESHEIME	16
3.5. FESTSTELLUNGEN ZUR SITUATION IM KANTON FREIBURG.....	16
4. PROJEKTION DES BEDARFS AN BETTEN FÜR LANGZEIT- UND KURZAUFENTHALTE 2015 - 2035	18
4.1. VOM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSOBSERVATORIUM VERWENDETE METHODE	18
4.1.1. Demografische Entwicklung	18
4.1.2. Pflegequote in der Bevölkerung ab 65 Jahren.....	18
4.1.3. Quote der Inanspruchnahme von Pflege im Heim	20
4.2. PROJEKTIONEN DES OBSAN FÜR DIE JAHRE 2020 - 2035	20
4.2.1. Wahl des Szenarios und der Variante	20
4.2.2. Demografische Prognosen.....	21
4.2.3. Prognosen in Bezug auf die pflegebedürftigen Personen.....	22
4.2.4. Projektion des Bedarf an Langzeit- und Kurzzeitbetten, 2020 - 2035	23
4.3. ERWÄGUNGEN ZU DEN OBSAN-PROJEKTIONEN.....	24
5. PLANUNG 2016 - 2020	25

5.1.	BEEINFLUSSENDE FAKTOREN FÜR DIE PLANUNG DER LANGZEITPFLEGE	25
5.1.1.	Auswirkungen des Projekts Senior+	25
5.1.2.	Auswirkungen der Finanzierung der ambulanten In-House-Leistungen	25
5.1.3.	Auswirkungen der Spitalfinanzierung.....	26
5.2.	IN DIE PLANUNG ZU INTEGRIERENDE SPEZIFISCHE BEDÜRFNISSE.....	27
5.3.	ANPASSUNG DER OBSAN-PROJEKTIONEN	28
5.4.	LANGZEITAUFENTHALT – ANERKANNTE LANGZEITBETTEN UND ZUGELASSENE OKP-BETTEN	29
5.4.1.	Anerkannte Betten und zugelassene OKP-Betten: Erinnerung.....	29
5.4.2.	Planung 2016 - 2020 nach Bezirk	29
5.4.4.	Anerkannte Langzeitbetten mit spezifischen Leistungen.....	31
5.4.5.	Erläuterung nach Bezirk.....	31
5.5.	HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE.....	33
5.5.1.	Entwicklung der Gesamtanzahl Pflegestunden	33
5.5.2.	Entwicklung der Anzahl Stunden für die Hilfe und Pflege der beauftragten Dienste .	34
5.5.3.	Entwicklung der Gesamtanzahl VZÄ in den beauftragten Diensten	36
5.6.	BETTEN FÜR KURZAUFENTHALTE	36
5.6.1.	Spezifischer Auftrag: Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung .	37
5.7.	TAGES- UND NACHTSTRUKTUREN.....	37
5.7.1.	Tagesstätten	37
5.7.2.	Aufnahme über Nacht	38
6.	FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER PLANUNG 2016 - 2020	39
7.	SCHLUSSFOLGERUNG UND PLANUNG 2021 - 2025	40
8.	VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	41
9.	QUELLEN UND BIBLIOGRAFIE	42
10.	VERZEICHNIS DER ILLUSTRATIONEN: TABELLEN	43
11.	ANHÄNGE.....	44
11.1.	AUSZÜGE AUS DEN BEVÖLKERUNGSPERSPEKTIVEN 2013-2035 DES STATA	44
11.2.	ANHANG: DETAILS DER FINANZPLANING	45

1. EINFÜHRUNG

Der Bericht zur Planung der Langzeitpflege 2016 - 2020 bestimmt die Langzeitpflegeleistungen, die entsprechend dem schon bestehenden Angebot und der im Kanton erwarteten Bevölkerungsentwicklung entwickelt werden sollten, um dem Bedarf der Bevölkerung des Kantons Freiburg zu entsprechen. Auf dieser Grundlage bestimmen die kantonalen, regionalen und Gemeindebehörden, welche Infrastrukturen einzusetzen sind und planen die erforderlichen Ressourcen.

Als Langzeitpflegeleistungen gelten die Leistungen in den Pflegeheimen (PflH), jene der Hilfe und Pflege zu Hause für Personen im Alter von über 65 Jahren, sowie die Leistungen, die im Rahmen von Tages- und Nachtstätten, und von Kurzaufenthalten angeboten werden.

Die Frage des Wohnens mit Dienstleistungen wurde vom Staatsrat in seinem Bericht vom 29. September 2015 an den Grossen Rat zum Postulat 2092.11 René Thomet/Ursula Krattinger-Jutzet – Betreutes Wohnen für Betagte (2013-DSAS-35) behandelt. Der Bericht stellt die verschiedenen Arten von Wohnen mit Dienstleistungen vor, indem er sie nach Pflegeleistungserbringerinnen und -erbringern unterscheidet, die dort zum Einsatz kommen können. Zum einen können diese Leistungen von öffentlichen oder privaten Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause oder von selbständig arbeitenden Pflegefachpersonen erbracht werden. Diese Leistungen werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) als ambulante Pflegeleistungen finanziert und erscheinen demzufolge in diesem Bericht in der Planung der ambulanten Pflegeleistungen. Zum anderen kann es sich um Pflegeleistungen handeln, die rund um die Uhr vom Personal eines Pflegeheims erbracht werden. Diese Leistungen werden den Pflegeleistungen im Pflegeheim gleichgestellt und deshalb in die Planung der Pflegeheimleistungen (Langzeitbetten) aufgenommen.

Nebst der Einführung, der dieses Kapitel gilt, besteht der Bericht aus fünf weiteren Teilen. Das 2. Kapitel zeigt den gesetzlichen und politischen Hintergrund der Planung 2016 - 20120 auf. Das 3. Kapitel beschreibt das heutige Langzeitpflegeangebot im Kanton Freiburg und bezieht sich dabei auf die Ziele, die in der Planung 2011 – 2015 festgelegt wurden. Das 4. Kapitel stellt die Methode vor, mit der die voraussichtliche Entwicklung der Anzahl Pflegeheimbetten bis zum Jahr 2035 berechnet wird. Diese Prognosen dienen als Leitfaden für die Planung der Langzeitpflege, die im 5. Kapitel vorgestellt wird. Das 6. Kapitel widmet sich den finanziellen Auswirkungen.

2. HINTERGRUND

2.1. GESUNDHEITSPLANUNG

Nach Artikel 20 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes (GesG) ist die Gesundheitsplanung des Kantons Freiburg auf sechs spezifische Bereiche ausgerichtet: Spital- und prähospitaler Bereich, Hilfe und Pflege zu Hause, Pflegeheime, Pflege im Bereich der psychischen Gesundheit sowie Gesundheitsförderung und Prävention.

Dieser Bericht gilt der Planung der Langzeitpflege älterer Menschen¹, die in einem Pflegeheim oder zu Hause leben, für die Jahre 2016 - 2020. Er enthält auch Prognosen für den Zeitraum 2021 - 2035. Diese stützen sich auf die Arbeiten des OBSAN und werden im Anhang in Form von Tabellen dargestellt.

2.2. GELTENDE GESETZLICHE BESTIMMUNGEN

2.2.1. Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)

Art. 39 Abs. 1 Bst. a-d

¹ Anstalten [...] sind zugelassen, wenn sie:

- a. *ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;*
- b. *über das erforderliche Fachpersonal verfügen;*
- c. *über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;*
- d. *der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen [...].*

2.2.1. Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999 (GesG)

Art. 20 Grundsatz

¹ Auf Antrag des Staatsrats setzt der Grosse Rat die vorrangigen Ziele der kantonalen Gesundheitsplanung fest.

² Die kantonale Gesundheitsplanung geht von einer Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung aus. Sie bezweckt die Ermittlung des Pflegebedarfs in Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und die Bestimmung der Mittel, mit denen dieser Bedarf am rationellsten und wirtschaftlichsten befriedigt und eine angemessene, qualitativ hoch stehende Pflege sichergestellt werden kann [...].

2.2.2. Gesetz vom 23. März 2000 über die Pflegeheime für Betagte (PflHG)

Art. 4 Planung

¹ Der Staatsrat erstellt nach Anhören der betroffenen Kreise eine Pflegeheimplanung. Er berücksichtigt die übrigen Heime und Organisationen, die betagte Personen beherbergen oder betreuen.

² Die Planung bezweckt, den Bedarf der Bevölkerung zu ermitteln sowie die Mittel zu bestimmen und regional zu verteilen. Sie wird mit anderen Gebieten des Gesundheitswesens koordiniert und regelmässig auf den neuesten Stand gebracht.

¹ Im ganzen Dokument bezieht sich der Begriff « ältere Menschen » auf Personen ab 65 Jahren.

³ Aufgrund der Planung erstellt der Staatsrat die Liste der Pflegeheime, die berechtigt sind, zu Lasten der Krankenversicherer Pflegeleistungen zu erteilen.

2.3. PROJEKT SENIOR+

2.3.1. Neue Alterspolitik

Das Projekt Senior+ legte den Grundstein für eine neue Alterspolitik des Kantons Freiburg. Diese Politik zielt darauf hin, die Selbständigkeit der Seniorinnen und Senioren zu fördern, sowie auf ihre Einbindung in die Gesellschaft und die Anerkennung ihrer Bedürfnisse und Kompetenzen zu achten. Sie bestimmt die Bereiche und Grundsätze des öffentlichen Handelns für die Erreichung dieser Ziele sowie die konkreten Massnahmen, die gemäss einem mehrjährigen Plan umzusetzen sind (Massnahmenplan).

Das Gesetzesdispositiv, auf dem die neue Politik beruht, besteht aus dem Gesetz über die Seniorinnen und Senioren (SenG) sowie den Gesetzen über die sozialmedizinischen Leistungen (SmLG) und über die Pauschalentschädigung (PEG). Diese drei Gesetze wurden am 12. Mai 2016 vom Grossen Rat verabschiedet. Das SenG trat am 1. Juli 2016 in Kraft, wohingegen das SmLG und das PEG am 1. Januar 2018 in Kraft treten werden.

2.3.2. Die Hauptachsen der neuen Alterspolitik

Koordination der Pflege (SenG Art. 5 Bst. e + SmLG)

Im Kanton Freiburg gewährleisten die regionalen oder lokalen Unterschiede der Bevölkerung derzeit keinen gleichwertigen Zugang zum sozialmedizinischen Dispositiv. Die Vereinigung aller Gemeinden eines Bezirks in einem Netzwerk, das mit der regionalen Planung des sozialmedizinischen Leistungsangebots (Pflegeheime, Dienst für Hilfe und Pflege zu Hause, selbständig arbeitende Pflegefachpersonen), der Überwachung der Geschäftsführung dieser Leistungserbringer und der Finanzierung der Infrastrukturen beauftragt ist, zielt auf eine bessere Koordination der stationären und ambulanten Leistungen ab.

Die Abklärung des Bedarfs geschwächter älterer Menschen sowie ihre Orientierung erfolgt heute mit unterschiedlichen Methoden und ohne einheitliche Kriterien. Dadurch wird die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern kompliziert, und eine adäquate Betreuung gesundheitlich geschwächter Personen ist nicht gewährleistet. Daher ist vorgesehen, bei allen Leistungserbringern der sozialmedizinischen Netzwerke ein gemeinsames Instrument für die Bedarfsabklärung und Orientierung der Person einzuführen und dieses Instrument sämtlichen Leistungserbringern des Kantons zur Verfügung zu stellen (Spitäler, Pflegeheime, Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause, selbständig arbeitende Pflegefachpersonen, Arztpraxen). In einer Arbeitsgruppe – in der die verschiedenen Leistungserbringer in der Pflege vertreten sind – wird dieses Instrument seit 2017 erarbeitet.

Qualität der Pflege (SenG Art. 5 Bst. e + SmLG)

Wie schon heute muss der Staat über die Qualität der Pflege älterer Menschen wachen und ihre Finanzierung gewährleisten. Um die Pflegequalität aller Einrichtungen, die ältere Personen betreuen, sicherzustellen, sieht das SmLG vor, dass bestimmte Leistungserbringer neu zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen werden können. Dies insofern sie die gleichen Pflegeanforderungen wie die heute anerkannten Pflegeheime erfüllen, vor allem in Bezug auf die Dotation nach Pflegestufe und das Ausbildungsniveau des Pflegepersonals (zugelassene OKP-Betten).

Dank der Berücksichtigung von zugelassenen OKP-Betten können bestimmte Leistungserbringer, die schon heute geschwächte und gesundheitlich beeinträchtigte Personen aufnehmen (die heutigen Altersheime) künftig Anspruch auf die Finanzierung der erteilten Pflege durch die Krankenversicherer und die öffentliche Hand erheben (zur Tätigkeit zu Lasten der OKP zugelassene Pflegeheime). Sie wird es ihnen vor allem ermöglichen, Personen aufzunehmen, deren Pflegebedarf gering ist, die aber wegen eingeschränkter Selbständigkeit, einer leichten Suchtproblematik oder mangels sozialer Beziehungen eine sichere Infrastruktur benötigen. Diese Personen können auch in einem Pflegeheim aufgenommen werden, in speziell organisierten Abteilungen, wo ihre Pflege sichergestellt wird, ihnen aber gleichwohl eine gewisse Selbständigkeit und Freiheit in der Gestaltung ihres Alltags bleibt (Abteilungen zugelassener OKP-Betten). Schliesslich ermöglicht es die Berücksichtigung von zugelassenen OKP-Betten auch bestimmten Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, Pflege und Betreuung anzubieten, wenn die dort lebenden Personen Pflegeleistungen nach der Verordnung vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) brauchen.

Sämtliche Pflegeheimbetten werden in den Genuss der vom KVG und der kantonalen Anwendungsgesetzgebung vorgesehenen Pflegefinanzierung kommen und daher effektiv «nach OKP zugelassene Pflegeheimbetten» sein. Von diesen zugelassenen OKP-Betten wird ein grosser Teil darüber hinaus durch den Staat anerkannt, und diese Anerkennung eröffnet den Anspruch auf einen Beitrag der öffentlichen Hand an die Betreuungskosten von Personen, deren Mittel für die Finanzierung ihres Pflegeheimaufenthalts nicht ausreichen.

Verbleib zu Hause / Unterstützung betreuender Angehöriger / intergenerationelle Beziehungen (SenG)

Die Unterstützung älterer Menschen, die trotz geschwächter Gesundheit zu Hause bleiben möchten, ist eine tragende Säule des Projekts Senior+. Dieses schlägt daher verschiedene Massnahmen für eine Sicherung der Wohnverhältnisse und die Entwicklung von Leistungsangeboten vor, mit dem Ziel, dass ältere Menschen in ihren eigenen vier Wänden bleiben können und gleichzeitig das Zusammenleben und die Beziehungen zwischen den Generationen gefördert wird. Das Projekt berücksichtigt auch, wie wichtig betreuende Angehörige und Freiwillige für den Verbleib geschwächter Personen zu Hause sind, und sieht deshalb Massnahmen vor, um sie in ihren Aufgaben zu unterstützen.

Während der Staat dafür zuständig ist, die Qualität und Koordination für den Kanton insgesamt zu gewährleisten, ist es Aufgabe der Gemeinden Infrastrukturen sowie soziale Betreuung anzubieten, die es älteren Menschen erlaubt weiterhin zu Hause zu leben.. Die Gemeinden haben ab dem Inkrafttreten des SenG am 1. Juli 2016 fünf Jahre Zeit, ein Konzept mit Angabe der von ihnen vorgesehenen Massnahmen auszuarbeiten.

2.4. SPITALBEREICH

2.4.1. Finanzierung der Spitalpflege

2012 trat für die akutsomatischen Spitäler die Finanzierung nach Fallpauschalen (SwissDRG) in Kraft. Diese neue, von Artikel 49 Abs. 1 KVG verlangte, Finanzierungsart bestimmt den vom Versicherer und vom Kanton geschuldeten Betrag für eine bestimmte Pathologie und setzt für diese Vergütung Standard-Aufenthaltsdauern mit Unter- und Obergrenzen fest. Bei Überschreitung der Obergrenze ist die Mehrvergütung für das Spital unbedeutend. Der Bericht der Direktion für

Gesundheit und Soziales (GSD) über die Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015 (im Folgenden: Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015)² ruft in Erinnerung: «In den letzten 20 Jahren nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in zahlreichen OECD-Ländern ab, so auch in der Schweiz und im Kanton Freiburg. Im internationalen Vergleich ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Schweiz jedoch noch relativ hoch. Es ist wahrscheinlich, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den kommenden Jahren weiter sinken wird – insbesondere im Zusammenhang mit der Benutzung der SwissDRG». Diese Verkürzung der Dauer der Spitalaufenthalte beeinflusst den Langzeitpflegebedarf, insbesondere die Versorgung mit Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex). Gemäss OBSAN nahm die Nachversorgung von Patientinnen und Patienten aus akutsomatischen Spitälern durch die Spitex seit 2009 deutlich zu, von 2,0 auf 3,3% im Jahr 2013³. Die Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015 berücksichtigt gesamthaft die folgende Entwicklung:

Tabelle 1: Entwicklung des Spitalpflegebedarfs zwischen 2010, 2012 und 2020

Evolution des besoins entre 2010, 2012 et 2020	2010		2012	Evolution	2020
	Total		Total		Total
Soins somatique aigus - paquet de base					
Nombre d'hospitalisations	13'364		13'196		16'346
Nombre de journées	88'631	↘	84'913	↗	115'141
Durée moyenne de séjour	6.6		6.4		7.0
Soins somatique aigus - prestations spécialisées					
Nombre d'hospitalisations	20'815		21'568		24'700
Nombre de journées	151'693	↗	155'244	↗	165'630
Durée moyenne de séjour	7.3		7.2		8.7
Réadaptation					
Nombre d'hospitalisations	2'496		2'559		3'394
Nombre de journées	60'666	↘	55'888	↗	76'421
Durée moyenne de séjour	24.3		21.8		22.5
Psychiatrie					
Nombre d'hospitalisations	2'146		2'335		2'607
Nombre de journées	73'134	↘	69'268	↗	76'502
Durée moyenne de séjour	34.1		29.7		29.3
Nombre d'hospitalisations totales	38'821	↗	39'658	↗	47'047
Nbre de journées totales	374'124	↘	365'313	↗	433'694
Durée moyenne de séjour	9.6		9.2		9.2

(Quelle: DSAS, Evaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2015)

2.4.2. Verlagerung von stationärer zu ambulanter Pflege

Für eine bestimmte Anzahl akutsomatischer Leistungen, die als ambulant durchführbar identifiziert worden sind, rechnet die Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015 bis zum Jahr 2020 mit einer Verlagerung von 50% der stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich. Die Mehrheit dieser Fälle betrifft Spitalaufenthalte von weniger als drei Tagen⁴.

² Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) (2014). Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015, S. 30

³ Widmer, M. Kohler, D., Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen, OBSAN Bulletin 4/2016. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-04_d.pdf

⁴ Direktion für Gesundheit und Soziales (2014). Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015, S.18

Gemäss dieser Evaluation besteht einer der Gründe für diese Verlagerung in den ambulanten Bereich in den finanziellen Anreizen, die auf die Abrechnungssysteme SwissDRG und TARMED zurückzuführen sind: Ist die Vergütung einer Behandlung nach SwissDRG weniger interessant als nach TARMED, so wird die Behandlung immer öfter ambulant durchgeführt werden⁵.

Wie die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer kann auch die Zunahme der ambulanten Leistungen den Versorgungsbedarf der Pflegeleistungen zu Hause beeinflussen.

2.5. FINANZIERUNG DER PFLEGE IM PFLEGEHEIM

Seit 2011 setzt die Bundesgesetzgebung die Beteiligung der Krankenversicherer an den Pflegekosten in den Pflegeheimen aufgrund von 12 Bedarfsstufen fest⁶. Diese neue Finanzierungsart erforderte eine Neuverteilung der Pflegedotation der Freiburger Pflegeheime auf 12 statt 4 Pflegestufen.

Die Gesamtdotation der Pflegeheime ist mit dieser Neuverteilung stabil geblieben. Das vom Staatsrat im Planungsbericht 2011 – 2015⁷ gesetzte Ziel wurde in der Neuverteilung berücksichtigt. Die Versorgung zu Hause soll für jene Personen gefördert werden, deren Pflegebedarf dies erlaubt, und in den Pflegeheimen sollen Personen mit grösserem Pflegebedarf ihren Platz finden. Seit der Umsetzung der neuen, nach 12 Pflegestufen berechneten Dotation ist die durchschnittliche Pflegestufe in den Pflegeheimen merklich gestiegen (durchschnittliche Stufe 6.14 im Jahr 2013 gegenüber 6.26 im Jahr 2015). Während dieser Zeit ist die Zahl der Pflegeheimtage von Personen mit einer Pflegestufe von 1 und 2 (Pflegeaufwand von weniger als 41 Minuten am Tag) um 4% gesunken.

2.6. AUF BUNDESEBENE DISKUTIERTER DOSSIERS

2.6.1. Ressourcen der Rentnerinnen und Rentner

Bei den Arbeiten in Verbindung mit dem Projekt Senior + kamen oft die finanziellen Ressourcen, über die ältere Menschen verfügen, ins Gespräch. Sicher ist diese Frage mit der Steuerpolitik unseres Kantons verbunden, an erster Stelle jedoch hängt sie von den auf Bundesebene gefällten Entscheiden in den Bereichen AHV und berufliche Vorsorge ab. In der Tat wirken sich diese Entscheide erheblich auf die finanziellen Ressourcen der Rentnerinnen und Rentner aus und werden auch künftig einen Einfluss darauf haben, ob sich gesundheitlich geschwächte Personen für eine stationäre oder eine ambulante Pflegeversorgung entscheiden.

2.6.2. In der EL-Bemessung geltende Richtsätze für die Mietkosten

Wenn zu Hause lebende Personen nicht über die nötigen finanziellen Mittel zur Finanzierung ihres Existenzbedarfs verfügen, können sie Ergänzungsleistungen (EL) beantragen. Der für die Bestimmung des EL-Anspruchs einer Person berücksichtigte Mietzins fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der heute berücksichtigte Höchstbetrag beläuft sich auf monatlich 1 100 Franken für alleinstehende Personen und auf 1 250 Franken für Paare; diesem kann eine Jahrespauschale von bis zu 3 600 Franken für rollstuhlgängige Infrastrukturen hinzugefügt werden..

⁵ Direktion für Gesundheit und Soziales (2014), Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015, S. 33

⁶ Art. 7 a Abs. 3 KLV; diese Pflegestufen werden mit dem Bedarfsermittlungsinstrument RAI ermittelt (Resident Assessment Instrument

⁷ Direktion für Gesundheit und Soziales (2011), Planung der Langzeitpflege 2011-2015, S. 13

In einer Medienmitteilung vom 30. September 2016 erklärte Pro Senectute: «Bei etlichen Rentnerhaushalten mit Ergänzungsleistungen ist das Existenzminimum nicht mehr gesichert. Schuld daran ist nicht etwa die Wohnungsspekulation, sondern die Plafonierung der Mietbeiträge bei den Ergänzungsleistungen».

Derzeit sind Gespräche auf Bundesebene in Gang. Sie bezwecken die Anpassung des in der Berechnung der EL berücksichtigten Mietzinses an die Marktentwicklung. Die Ergebnisse dieser Diskussionen werden sich sicher auf den Verbleib zu Hause auswirken.

3. AKTUELLE LAGE IM KANTON

Die Bevölkerungsentwicklung basiert auf dem demografischen Szenario, das vom Amt für Statistik des Kantons Freiburg (StatA) ausgearbeitet wurde. Der Bericht zur Langzeitpflege im Kanton Freiburg für die Pflegeheime stützt sich auf Daten des Sozialvorgeamtes SVA von 2015 sowie auf bestimmte Daten aus der SOMED-Statistik 2013. Die Informationen zu den Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause beruhen auf der Statistik des Gesundheitsamtes (GesA) und der SPITEX-Statistik 2013.

3.1. PFLEGEHEIMBETTEN FÜR LANGZEITAUFWENTHALTE

3.1.1. Verteilung und Belegungsgrad der Betten nach Bezirk

Gemäss der SVA-Statistik vom 31. Dezember 2015 betrug die Zahl der nach PflHG anerkannten Betten für Langzeitaufenthalte (im Folgenden: Langzeitbetten) **2 549**, verteilt auf 41 PflH an 49 verschiedenen Standorten (davon 5 Heime, von denen nicht alle Betten anerkannt sind). In dieser Zahl inbegriffen sind 50 anerkannte Langzeitbetten für die religiösen Kongregationen (ISRF) und 15 Langzeitbetten, die dem Pflegeheim Les Camélias zugeteilt wurden, um dem besonderen Bedarf älterer Personen mit psychiatrischen Störungen gerecht zu werden. Für 114 Betten lag keine Anerkennung nach PflHG vor. Sie befinden sich in 5 gemischten Heimen (33 Betten) und 3 Altersheimen (81 Betten).

Die Gesamtkapazität der Heime für ältere Personen belief sich somit Ende 2015 auf **2 663 Betten** und der Anteil anerkannter Pflegeheimbetten betrug 95.72%.

Tabelle 2: Verteilung der Langzeitbetten nach Bezirk am 31.12.2015

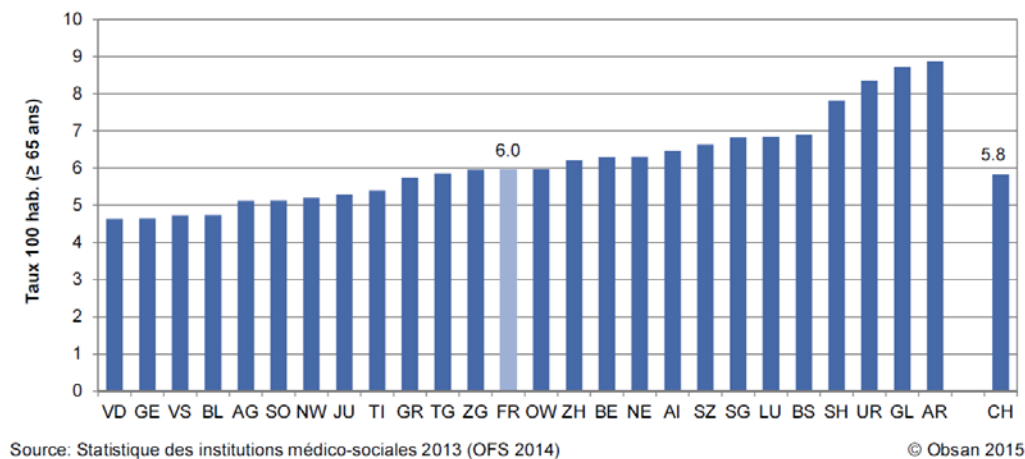
	Anerkannte Betten	Nicht anerkannte Betten in PflH	Betten in Altersheimen	Total
Broye	194			194
Glane	206			206
Greyerz	475	21	21	517
Saane	826		17	843
See	259	12	43	314
Sense	375			375
Vivisbach	149			149
	2 484	33	81	2 598
ISRF und Camélias	65			65
Total	2 549			2 663

(Quelle: SVA-Statistik)

3.1.2. Quote der Inanspruchnahme von Pflege in PflH und anderen Einrichtungen für ältere Menschen

Die Quote der Inanspruchnahme von Pflege drückt den Anteil der Bevölkerung aus, der Pflege in einem Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung für ältere Personen in Anspruch nimmt. Diese auf 100 Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahren errechnete Quote schwankt zwischen 8,9% (AR) und 4,6% (VD). Mit 6,0% weist der Kanton Freiburg eine Quote aus, die dem Schweizer Durchschnitt (5,8%) sehr nahe kommt.

Tabelle 3: Quote 2013 der Inanspruchnahme von PflH und anderen Einrichtungen für ältere Menschen



3.1.3. Spezifischer Auftrag: Demenzabteilungen

2015 ging aus den RAI-Ermittlungen hervor, dass 57.4% der Betreuungstage in Freiburger Pflegeheimen Menschen betreffen, die sich im mittleren oder fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung befinden (kognitiver Index 3 oder mehr gemäss den Datenexporten des Bedarfsermittlungsinstruments RAI für das Jahr 2015).

In bestimmten Stadien der Erkrankung ist das Zusammenleben mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der herkömmlichen Pflegeheimabteilungen schwierig. Für diese Personen unterstützt die öffentliche Hand eine geeignetere Betreuung in Demenzabteilungen. Die Kriterien, die eine Betreuung in solchen Abteilungen erlauben, sind in einer Richtlinie der GSD festgelegt. Bisher wurden fünf Abteilungen als Demenzabteilungen anerkannt; sie befinden sich in den Pflegeheimen von Attalens, Bulle, Gletterens, Freiburg (Résidence Les Chênes) und Marsens und verfügen über insgesamt 68 Betten.

3.1.4. Interregionale Belegungen

Die in einem Bezirk verfügbaren Betten werden manchmal von Personen aus anderen Bezirken oder Kantonen belegt. Aus der Analyse der interregionalen und interkantonalen Belegungen geht hervor, dass bestimmte Bezirke den Platzmangel in den Heimen anderer Regionen ausgleichen.

Die SOMED-Statistik 2013 zeigt die Situation vom 31.12.2013 auf und bezieht sich auf die anerkannten Pflegeheimbetten sowie auf die nicht anerkannten Pflegebetten. Dabei stellt sich heraus, dass die Bezirke Greyerz (n= 88), See (n= 71) und Vivisbach (n= 36) einen hohen Prozentsatz von Personen aus anderen Bezirken aufnehmen. Aus der Statistik wird auch der Einfluss anderer Kantone auf die Population der Pflegeheime des Bezirks ersichtlich.

Tabelle 4: Interregionale Belegungen am 31.12.2013

		Standort der Pflegeheime (Aufnahmebezirk)								
		Broye	Glane	Greyerz	Saane	See	Sense	Vivisb.	Andre Kantone	Total
Herkunftsbezirk der Heimbewohner/innen	Broye	185		2	12	6		1	8	214
	Glane	2	161	25	20	3	2	7		220
	Greyerz	2	11	447	25	1	1	12	2	501
	Saane	11	9	39	865	15	26	8	12	985
	See	1		1	12	252	2		7	275
	Sense				6	39	312	1	10	368
	Vivisbach	1	4	11	1			115		132
	Andere Kantone	4	3	10	6	7	1	7		38
	Total	206	188	535	947	323	344	151	39	2 733

(Quelle: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED 2013)

3.2. HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE

3.2.1. Definition der Langzeitpflege für die Leistungen zu Hause

Im Kanton Freiburg werden die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause durch Dienste, die von den Gemeinden oder vom Staat beauftragt sind, durch private Dienste und von selbständig arbeitenden Pflegefachpersonen ausgeführt. Die eidgenössischen und kantonalen Daten ermöglichen keine Unterscheidung zwischen lang- und kurzzeitigen Leistungen. Daher gelten alle zu Hause erteilten Pflegeleistungen für Personen im Alter von über 65 als Langzeitpflege.

3.2.2. Gesamtheit der Leistungen und VZÄ für die beauftragten Dienste nach Bezirk

2013 waren zehn Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause im Auftrag der Gemeinden tätig. Die Leistungen der von der GSD beauftragten Vereinigung diabetes freiburg sind in den nachstehenden Tabellen nicht erfasst. Die bewilligten VZÄ stellen die Höchstdotation dar, die für die Subventionierung durch den Staat gemäss dem Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause bewilligt wird.

Tabelle 5: Gesamtleistungen und Vollzeitäquivalent 2013 für die beauftragten Dienste für die Hilfe und Pflege zu Hause

	Verwendete VZÄ	Bewilligte VZÄ	Verrechnete Stunden insgesamt	Stunden Hilfe	Stunden Pflege	Stunden Hilfe in %	Stunden Pflege in %
Broye	45.04	46.50	50 831	11 172	39 659	22.0%	78.0%
Glane	36.31	36.45	37 119	12 113	25 006	32.6%	67.4%
Greyerz	72.87	71.20	77 727	19 055	58 672	24.5%	75.5%
Saane	76.73	88.60	81 332	16 661	64 671	20.5%	79.5%
See	47.17	48.60	58 221	9 610	48 611	16.5%	83.5%
Sense	53.71	59.50	56 129	12 576	43 553	22.4%	77.6%
Vivisbach	26.71	28.40	30 168	10 617	19 551	35.2%	64.8%
TOTAL	358.54	379.25	391 527	91 804	299 723	23.4%	76.6%

(Quelle: Statistik des Amtes für Gesundheit, 2013)

Tabelle 6: Leistungen 2013 der beauftragten Dienste für Personen ab 65

	Verrechnete Stunden insgesamt	Stunden Hilfe	Stunden Pflege	Stunden Hilfe in %	Stunden Pflege in %
Broye	42 700	8 983	33 717	21.0%	79.0%
Glane	27 848	8 608	19 240	30.9%	69.1%
Greyerz	63 008	14 859	48 149	23.6%	76.4%
Saane	60 568	9 817	50 751	16.2%	83.8%
See	41 437	6 352	35 085	15.3%	84.7%
Sense	44 427	9 044	35 383	20.4%	79.6%
Vivisbach	23 899	8 059	15 840	33.7%	66.3%
TOTAL	303 887	65 722	238 165	21.6%	78.4%

(Quelle: Statistik des Amtes für Gesundheit, 2013)

Die Zahl der bei den Patientinnen und Patienten geleisteten Stunden variiert in den Bezirken. Diese Abweichungen mit dem Umfang des zusätzlichen Angebots selbständig arbeitender Pflegefachpersonen, privater Dienste und von Pro Senectute (s. Tabelle 8) sowie mit strategischen Entscheiden der Bezirke.

Tabelle 7: Anteil der von den beauftragten Diensten geleisteten Stunden für Personen ab 65

	Anteil Stunden Hilfe und Pflege	Anteil Stunden Hilfe	Anteil Stunden Pflege	Bevölkerung
Broye	84%	80%	85%	15%
Glane	75%	71%	77%	14%
Greyerz	81%	78%	82%	15%
Saane	74%	59%	78%	14%
See	71%	66%	72%	15%
Sense	79%	72%	81%	17%
Vivisbach	79%	76%	81%	13%
TOTAL	78%	72%	79%	15%

(Quelle: Statistik des Amtes für Gesundheit, 2013)

Die für Personen über 65 Jahren fakturierten Stunden machen rund 78% aller fakturierten Stunden aus, wohingegen die betroffene Bevölkerungsgruppe nur 15% ausmacht.

3.2.3. Statistik für die privaten Dienste und selbständig arbeitenden Pflegefachpersonen

Tabelle 8: Leistungen und VZÄ 2013 der privaten Dienste und selbständig arbeitenden Pflegefachpersonen

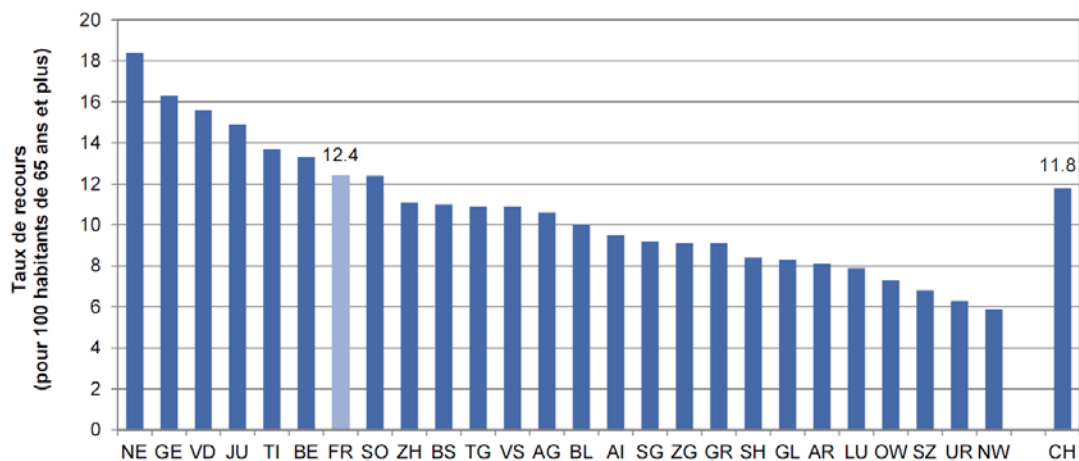
	Pflegefachpersonen ⁸	Private Dienste	Pro Senectute
	Verrechnete Stunden Pflege	Verrechnete Stunden Pflege	Verrechnete Stunden Hilfe
Broye	1 282		1 273
Glane	2 333		1 124
Greyerz	10 462		2 896
Saane	18 951	5 784	20 177
See	3 916	6 013	7 121
Sense	506		774
Vivisbach	1 877		842
TOTAL	39 327	11 797	34 207

(Quelle: Statistik des Amtes für Gesundheit, 2013)

3.2.4. Quote der Inanspruchnahme der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause

2013 versorgten in der Schweiz die Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause und selbständig arbeitende Pflegefachpersonen 225 660 Klientinnen und Klienten mit Langzeitpflegeleistungen zu Hause (ohne Akut- und Übergangspflege für die Kantone, wo diese Leistungen erbracht werden). Dies macht insgesamt nahezu 12 640 000 Pflegestunden aus. Die Quote der Inanspruchnahme von Pflege zu Hause (auf 100 Einwohnerinnen und Einwohner ab 65 Jahren) liegt zwischen 5,9% (NW) und 18,4% (NE). Mit einer Quote von 12,4% liegt der Kanton Freiburg dicht am schweizerischen Durchschnitt.

Tabelle 9: Vergleich der Quoten der Inanspruchnahme der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause



Source : Statistique de l'aide et des soins à domicile 2013 (OFS 2014)

© Obsan 2015

⁸ Die Verteilungen nach Bezirk erfolgten aufgrund von Schätzungen. Für die Pflegefachpersonen beruhen diese Schätzungen auf der mit der neuen Pflegefinanzierung verbundenen Fakturierung. Bei den privaten Diensten wurde die Verteilung entsprechend dem Tätigkeitsgebiet der Dienste vorgenommen.

3.3. PFLEGEHEIMBETTEN FÜR KURZAUFENTHALTE

3.3.1. Verteilung und Belegungsgrad nach Bezirk

Tabelle 10: Verteilung der Betten für Kurzaufenthalte nach Bezirk für das Jahr 2015

	Betten für Kurzaufenthalt	Belegungsgrad⁹
Broye	11	14.69%
Glane	5	50.30%
Greyerz	5	72.66%
Saane	14	82.11%
See	6	84.29%
Sense	16	61.03%
Vivisbach	4	93.97%
Kanton Freiburg	61	62.03%
AVAO ¹⁰	19	97.94%
TOTAL	80	70.56%

(Quelle: SVA-Statistik)

Die Aufnahme von Personen für einen Kurzaufenthalt spielt eine wichtige Rolle für den Verbleib zu Hause. Für die Pflegeheime bedeutet diese Leistung eine grosse Arbeitsbelastung und ein grösseres finanzielles Risiko als die Aufnahme für Langzeitaufenthalte. Bisher sind die Heime nicht verpflichtet, die Betten für Kurzaufenthalte (Kurzzeitbetten) frei zu halten, und nicht selten werden diese Plätze von Langzeit-Patientinnen und -Patienten belegt.

3.3.2. Spezifischer Auftrag: Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung (AVAO)

Seit 2012 sind dem Pilotprojekt AVAO 19 Kurzzeitbetten zugeteilt. Derzeit nimmt die AVAO Personen auf, die in einer Akutpflegeeinrichtung hospitalisiert sind und

- a) sich auf die Rückkehr nach Hause vorbereiten, ohne für einen Reha-Aufenthalt in Betracht zu kommen,
- b) bei denen abgeklärt werden muss, ob eine Rückkehr nach Hause möglich ist, oder
- c) die auf einen Pflegeheimplatz warten.

Dieses kantonale Pilotprojekt soll sich in den nächsten Monaten weiterentwickeln, und die AVAO wird sich künftig ausschliesslich auf die Rückkehr nach Hause sowie auf Fälle, für die noch keine endgültige Indikation vorliegt, konzentrieren. Es wird Aufgabe der sozialmedizinischen Netzwerke sein zu bestimmen, wie der Bedarf ihrer Bevölkerung gedeckt werden kann, und vor allem Betten für die Überbrückung der Wartezeit bis zur Unterbringung in ihren Pflegeheimen vorzusehen (Wartebetten). Diese Betten gelten als Langzeitbetten, sofern sie von Personen belegt werden, die endgültig ins Pflegeheim eintreten möchten oder müssen.

⁹ Berechnung des Belegungsgrad aufgrund der im Jahr 2015 fakturierten Tage

¹⁰ Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung

3.4. TAGESHEIME

Tabelle 11: Verteilung der Plätze in Tagesheimen nach Bezirk, Stand am 31.12.2015

	Tagesheimplätze
Broye	5
Glane	0
Greyerz	7
Saane	16
See	8
Sense	15
Vivisbach	10
Auf Demenz spezialisierte Tagesstätte	11
Kanton Freiburg	72

Gemäss der Statistik des SVA zählte der Kanton Freiburg am 31. Dezember 2015 acht Tagesheime mit insgesamt 72 Betreuungsplätzen. Sie waren durchschnittlich während 4.75 Tagen pro Woche geöffnet und der Belegungsgrad im Jahr 2015 lag bei rund 83%.

Die Tagesstätten sind wichtige Einrichtungen in der Politik für den Verbleib zu Hause. Dank der Betreuung durch Fachpersonen tragen diese Tagesbetreuungsplätze zum Erhalt der Autonomie geschwächter älterer Menschen bei und schützen sie vor Vereinsamung. In zahlreichen Fällen lässt sich damit der Eintritt ins Pflegeheim hinauszögern.

3.5. FESTSTELLUNGEN ZUR SITUATION IM KANTON FREIBURG

Die Situation der Langzeitpflege ist nicht in allen Bezirken gleich. Allgemein aber ist Folgendes zu vermerken:

- > Die für Kurzaufenthalte vorgesehenen Betten werden nicht voll genutzt, vor allem wegen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Verwaltung dieser Betten und der Abklärung des Pflegebedarfs dieser Personen. Gegenüber den Prognosen im Planungsbericht 2011 – 2015 für das Jahr 2015 liegt die heutige Zahl der Kurzzeitbetten (n= 80) leicht unter der ursprünglich vorgesehenen Anzahl (n= 89). Verglichen mit der Anzahl Plätze, die 2010 verfügbar waren (n= 49), ist diese Zahl aber um 31 Betten gestiegen. Um den Belegungsgrad dieser Betten, die ein wichtiges Leistungsangebot für die Unterstützung des Verbleibs zu Hause darstellen, zu verbessern und dieses Angebot in allen Bezirken des Kantons weiter zu entwickeln, wird bei der Ausarbeitung der Anwendungsgesetzgebung zum neuen SmLG eine neue Finanzierungsart geprüft.
- > Die Zahl der Tagesheimplätze (n= 72) liegt deutlich unter den Vorhersagen im Planungsbericht 2011 – 2015 für das Jahr 2015 (n= 89). Gegenüber der Anzahl verfügbarer Plätze im Jahr 2010 (n= 43) ist die Zahl der Plätze um 29 Einheiten gestiegen. Vermerkt sei, dass nur noch der Glanebezirk über keine Tagesstätte verfügt, im Projekt TransHome ist indessen eine solche vorgesehen.
- > Gemäss den Prognosen des Planungsberichts 2011 – 2015 sollte die Dotation der beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause von 338 im Jahr 2010 auf 424 VZÄ im Jahr 2015 steigen. 2015 aber betrug die für die beauftragten Dienste bewilligte Dotation nur 396.3 VZÄ. Die Analyse der Entwicklung 2011 - 2015 zeigt, dass die von den Gemeinden beauftragten Dienste der für die Pflegeleistungen vorgesehenen Entwicklung folgen konnten. Sie erteilten

aber verhältnismässig weniger Hilfeleistungen als im Jahr 2011, Leistungen, die an andere Leistungserbringer übertragen wurden, hauptsächlich an Pro Senectute (Leistungen der Hilfe im Haushalt).

- > Auf dem Freiburger Kantonsgebiet treten auch private Spitex-Dienste auf den Plan. Zwar ist das Leistungsangebot dieser Dienste nicht einheitlich über das Kantonsgebiet verteilt, jedoch ergänzt es das Angebot der von den Gemeinden beauftragten Dienste und der selbständige arbeitenden Pflegefachpersonen. Die künftige Entwicklung dieser Dienste ist schwierig abzuschätzen, aber vermutlich werden sie einen immer bedeutenderen Platz einnehmen, insbesondere um die Pflege im Bereich Wohnen mit Dienstleistungen sicherzustellen, die von einer privaten oder öffentlichen Organisation betrieben werden. Dieser Punkt bezieht sich auf den Entscheid des Schiedsgerichts des Kantons Bern, von dem unter Punkt 5.1.2¹¹ detaillierter die Rede sein wird.
- > Der Planungsbericht 2011 - 2015 nannte einen Bedarf von 265 Betten für die Demenzabteilungen. Mangels einer Statistik entsprach diese Zahl einer ersten Einschätzung der Demenzfälle, die nicht oder nicht mehr in den Standardabteilungen der Pflegeheime betreut werden können, was 10% der Langzeitbetten ausmachte.

Die Arbeiten in Verbindung mit den Demenzabteilungen und die Analyse der anhand des Instruments RAI gelieferten Statistik haben aber gezeigt, dass die Bettenzahl für diese Abteilungen deutlich zu hoch veranschlagt wurde. Die spezifischen Verhaltensauffälligkeiten von Personen, die einer besonderen Betreuung in Demenzabteilungen bedürfen, sind im RAI kodiert, und eine Berechnung der Bettenzahl aufgrund dieses Instruments ergibt einen Anteil von eher rund 6% der Gesamtzahl der Langzeitbetten. Nachdem die Gesamtzahl der Langzeitbetten im Jahr 2015 bei 2 549 lag, hätte die Bettenzahl in Demenzabteilungen sich auf etwa 150 belaufen müssen. 2015 lag die Anzahl dieser Betten bei 68. Mit Pflegeheimrenovationen oder -umbauten entstehen derzeit neue Demenzabteilungen mit insgesamt 60 Betten.

- > Im Rahmen der Langzeitpflegeleistungen lebt eine bestimmte Anzahl Personen in einem Pflegeheim ausserhalb ihres Bezirks. Um ein der Realität entsprechendes Bild des Bedarfs an Langzeitbetten zu erhalten, müssen die nicht im Bezirk wohnhaften und ein Pflegeheimbett belegenden Personen abgezogen und diejenigen, die sich in einem Pflegeheim ausserhalb des Bezirks bzw. des Kantons aufhalten, dazugezählt werden.

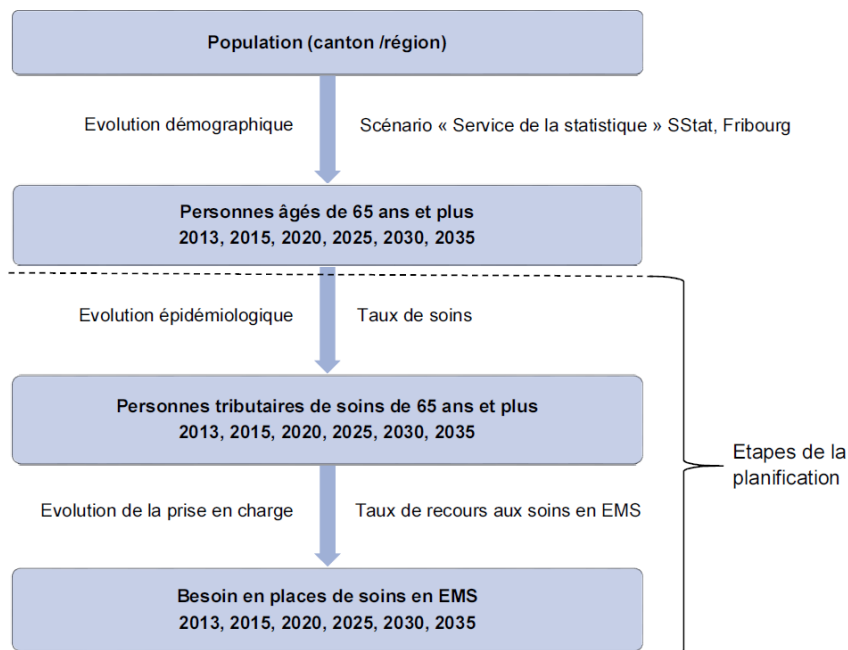
Es handelt sich hierbei um interregionale Belegungen, die zeigen, dass in bestimmten Bezirken die Zahl der in ihren PflH betreuten Personen aus anderen Regionen höher ist als die Zahl von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, die im Bezirk wohnhaft sind, aber in PflH anderer Regionen untergebracht werden (Greyerz-, See- und Vivisbachbezirk). In anderen Bezirken ist die Tendenz eher umgekehrt (Broye-, Glane-, Sense- und Saanebezirk). Die Analyse der Belegungen bezieht das Verhältnis zur Bettenzahl und zu den Pflegestufen der betreuten Personen mit ein. Es ist zum Beispiel möglich, dass ein Bezirk derzeit eher schwere Fälle aus einer anderen Region aufnimmt, hingegen die leichteren Fälle dieses Bezirks anderswo Betten belegen.

¹¹ Schiedsgericht des Kantons Bern: Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, Aktennummer 200 2014 903

4. PROJEKTION DES BEDARFS AN BETTEN FÜR LANGZEIT- UND KURZAUFENTHALTE 2015 - 2035

4.1. VOM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSOBSERVATORIUM (OBSAN) VERWENDETE METHODE

Das OBSAN wurde beauftragt, aufgrund der statistischen Daten des Kantons Freiburg den Langzeitpflegebedarf zu prognostizieren. In Abstimmung auf die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED 2013), die Analyse der heutigen Langzeitpflegestrukturen und in Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung sowie der Faktoren, die die Quote der Inanspruchnahme von Langzeitpflege beeinflussen, erarbeitete das OBSAN im Januar 2015 nach dem untenstehenden Modell die regionalen statistischen Grundlagen. Diese ermöglichen es dem Kanton Freiburg, eine erste Einschätzung der bis 2035 in den Pflegeheimen des Kantons benötigten Bettenzahl abzugeben und die Bettenzahl für den Zeitraum 2016 - 2020 sowie das Volumen der Pflegestunden, die von den ambulanten Leistungserbringern erbracht werden müssen, genauer zu planen.



4.1.1. Demografische Entwicklung

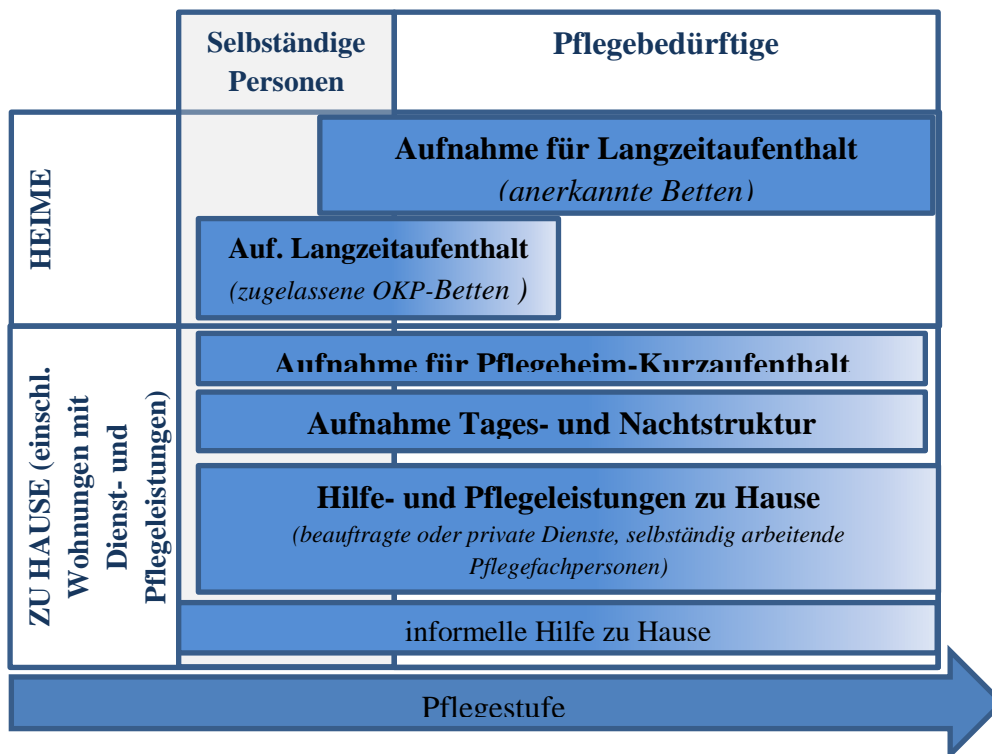
Es wird das vom Amt für Statistik des Kantons Freiburg ausgearbeitete Bevölkerungsszenario (Clément 2013) verwendet. Die Hypothesen in Verbindung mit den konjunkturellen Fruchtbarkeitsindikatoren, der Geschlechterverteilung bei der Geburt sowie der Sterblichkeitsrate stützen sich auf das mittlere Szenario des BFS. Hingegen wurden die Wanderungssalden den Merkmalen des Kantons entsprechend angepasst.

4.1.2. Pflegequote in der Bevölkerung ab 65 Jahren

Die Pflegequote, mit anderen Worten: der prozentuale Anteil pflegebedürftiger (oder pflegeabhängiger) Personen errechnet sich ausgehend von der pflegebedürftigen Bevölkerung in den Heimen für ältere Menschen und der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Bevölkerung. Für

die Berechnung der kantonalen Quote pflegebedürftiger Personen werden diese beiden Bevölkerungsgruppen durch die Gesamtbevölkerung des Kantons geteilt.

Je nach dem Pflegebedarf der Person, dem Grad ihrer Selbständigkeit und den Möglichkeiten ihres Umfelds können verschiedene sozialmedizinischen Leistungen gefragt sein. Entsprechend dem Wohnort der Person und ihrem Pflegebedarf lassen sich diese Leistungen nach dem folgenden Schema unterteilen:



Personen mit Pflegebedarf im Heim

Die Zahl der älteren Menschen mit Pflegeheimbedarf basiert auf den nach KLV bestimmten Pflegestufen. In der vorliegenden Planung gelten Personen mit einer Bedarfsermittlung in den beiden untersten Pflegestufen (RAI 1 und 2, bis zu 40 Minuten Pflege pro Tag) als *nicht pflegebedürftig* (oder selbständig). Oberhalb dieser Grenze gelten die Personen als *pflegebedürftig* (oder pflegeabhängig). Diese Bezeichnung nicht pflegebedürftig bedeutet nicht, dass diese Personen gar keine Hilfe und Pflege braucht, dass jedoch der Bedarf gering ist. Für diese Personen ist eine Pflege zuhause möglich, wenn sie den untenstehenden Kriterien entspricht.

Zu Hause lebende pflegebedürftige Personen

Die Ermittlung der Anzahl älterer Pflegebedürftiger, die zu Hause leben, stützt sich auf die Daten der schweizerischen Gesundheitserhebung 2012 (BFS 2014) und berücksichtigt fünf Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL):

1. Essen
2. Zu Bett gehen, das Bett verlassen, aus einem Sessel aufstehen
3. Sich an- und auskleiden
4. Die Toilette aufsuchen
5. Baden oder duschen.

Personen gelten als *pflegebedürftig* (oder pflegeabhängig), sobald sie zumindest in einer dieser ADL grosse Schwierigkeiten aufweisen. Personen ohne grössere Schwierigkeiten gelten als *nicht pflegebedürftig* (oder selbständig).

Pflegequote in der Bevölkerung ab 65 Jahren

Nach einer Einschätzung der Anzahl pflegebedürftiger Personen in einer Bevölkerung stellt sich die Frage, ob auf dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung die Pflegebedürftigkeit in einem höheren Alter eintritt. In seinen Analysen stellt das OBSAN dazu drei Szenarien vor:

- > Das *Referenzszenario* postuliert, dass die Pflegebedürftigkeit in einem vorgerückteren Alter eintritt und die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleich bleibt, so dass die gewonnenen Lebensjahre gesunde Lebensjahre wären (relative Kompression der Morbidität).
- > Das *optimistische Szenario* geht davon aus, dass das durchschnittliche Alter bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben wird und dass der Aufschub grösser ist als der Zuwachs an Lebenserwartung. Damit würde die Zeit der Pflegebedürftigkeit verkürzt (absolute Kompression der Morbidität). Dieses Szenario zeigt eine untere Grenze der Anzahl Pflegebedürftigkeit auf.
- > Das *pessimistische Szenario* geht davon aus, dass die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt im gleichen Alter eintritt wie heute, und die Dauer der Pflegebedürftigkeit nimmt entsprechend der steigenden Lebenserwartung zu (Expansion der Morbidität).

4.1.3. Quote der Inanspruchnahme von Pflege im Heim

Das Verhältnis zwischen in PflH gepflegten und zu Hause versorgten Personen wird anhand der SOMED-Statistik 2013 eingeschätzt. Die Quote der Inanspruchnahme von Pflege in PflH entspricht dem Verhältnis zwischen der Anzahl pflegebedürftiger Personen in Heimen und der Gesamtzahl älterer Pflegebedürftiger.

Die Quote der Inanspruchnahme von Pflege in PflH kann nach drei Varianten berechnet werden:

- > Die *Variante 1* geht davon aus, dass die im Jahr 2013 gemessene Quote der Inanspruchnahme von Pflege im Heim unverändert bleiben wird.
- > Die *Variante 2* postuliert, dass sich das Angebot der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause weiterentwickeln und zu einem rückläufigen Bettenbedarf in den Pflegeheimen führen wird (Rückgang des Anteils der im Heim betreuten Personen um 10%).
- > Die *Variante 3* geht davon aus, dass der Anteil der in Pflegeheimen betreuten Pflegebedürftigen zunehmen wird (Anstieg des Anteils der im Heim versorgten Personen um 10%).

4.2. PROJEKTIONEN DES OBSAN FÜR DIE JAHRE 2020 - 2035

4.2.1. Wahl des Szenarios und der Variante

In den nachstehenden Projektionen basiert die **Pflegequote** auf dem **Referenzszenario** (relative Kompression der Morbidität) (s. Punkt 4.1.2) Wie gesagt, geht das Referenzszenario davon aus, dass die Pflegebedürftigkeit in einem vorgerückteren Alter eintritt und die Dauer der Pflegebedürftigkeit gleich bleibt, so dass die gewonnenen Lebensjahre gesunde Lebensjahre wären (relative Kompression der Morbidität).

Die **Quote der Inanspruchnahme von Heimpflege** wird nach der **Variante 2** festgesetzt (s. Punkt 4.1.3), das heisst:

- > Von 2016 - 2020 wird die Quote der Inanspruchnahme stationärer Pflege unverändert bleiben. Das Verhältnis zwischen den in Pflegeheimen und den zu Hause betreuten Personen wird ausgehend von den kantonalen Beobachtungen 2013 (SOMED 2013) veranschlagt.

- > Ab 2021 wird sich das Angebot der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause weiterentwickeln; dies führt zu einem Rückgang des Bettenbedarfs in den Pflegeheimen (Rückgang des Anteils der in Pflegeheimen gepflegten Personen um 10%).

Bei der letzten Planung war die Wahl der Variante und des Szenarios gleich.

4.2.2. Demografische Prognosen

Die demografischen Vorhersagen des kantonalen Amtes für Statistik (StatA) zeigen die Bevölkerungsentwicklung nach Bezirk und für den Kanton bis zum Jahr 2035 auf. Nach diesen Prognosen wird die Kantonsbevölkerung von 297 600 Personen im Jahr 2013 auf 372 500¹² im Jahr 2035 ansteigen (+25%).

Die Zahl der über 65-Jährigen in der Freiburger Bevölkerung wird sich von 43 482 im Jahr 2013 auf 85 965 im Jahr 2035 erhöhen; dies bedeutet einen Zuwachs um mehr als 97%. Zu beobachten ist auch eine Zunahme des Anteils der über 80-Jährigen im Kanton Freiburg, von 25.4 auf 29.0% im Jahr 2035.

Tabelle 12: Entwicklung der Anzahl Personen ab 65

		2013	2020	2025	2030	2035
Broye	65-79	3 247	4 127	4 715	5 377	6 263
	80+	1 000	1 264	1 699	2 196	2 515
	65+	4 247	5 391	6 414	7 573	8 778
Glane	65-79	2 234	2 868	3 337	3 917	4 481
	80+	803	964	1 194	1 497	1 767
	65+	3 037	3 832	4 531	5 414	6 248
Greyerz	65-79	5 459	6 672	7 518	8 705	9 845
	80+	1 967	2 349	2 920	3 579	4 056
	65+	7 426	9 021	10 438	12 284	13 901
Saane	65-79	10 695	12 890	14 541	17 195	19 616
	80+	3 731	4 566	5 743	6 972	8 074
	65+	14 426	17 456	20 284	24 167	27 690
See	65-79	3 753	4 841	5 727	6 785	7 689
	80+	1 373	1 611	2 002	2 537	3 042
	65+	5 126	6 452	7 729	9 322	10 731
Sense	65-79	5 426	6 751	7 552	8 487	9 222
	80+	1 605	2 155	2 881	3 573	4 194
	65+	7 031	8 906	10 433	12 060	13 416
Vivisbach	65-79	1 622	2 127	2 596	3 194	3 891
	80+	567	686	850	1 080	1 310
	65+	2 189	2 813	3 446	4 274	5 201
Kanton Freiburg	65-79	32 436	40 276	45 986	53 660	61 007
	80+	11 046	13 595	17 289	21 434	24 958
	65+	43 482	53 871	63 275	75 094	85 965

(Quelle: OBSAN (2015) Statistische Grundlagen 2013 - 2035 für die Planung des Bettenbedarfs in Pflegeheimen. Tabelle 1)

¹² Nach den letzten, am 24. März 2017 veröffentlichten Prognosen des StatA dürfte die Kantonsbevölkerung im Jahr 2035 die Zahl von 353 000 nicht überschreiten (http://appl.fr.ch/friactu_inter/handler.ashx?fid=15360; abgerufen am 7. April 2017).

4.2.3. Prognosen in Bezug auf die pflegebedürftigen Personen

Der Anteil pflegebedürftiger Personen in der Freiburger Bevölkerung wird für jedes Jahr und jeden Bezirk in Anwendung der Pflegequoten nach Geschlecht und Alter berechnet.

2035 wird die pflegebedürftige Bevölkerung Freiburgs über 65 Jahre um mehr als 82% zugenommen haben. Die Entwicklung nach Bezirk ist aber nicht einheitlich (+70% im Greyerz- und +104% im Sensebezirk), was die Entwicklung der benötigten Anzahl Pflegeheimbetten in jedem Bezirk beeinflussen wird.

Tabelle 13: Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen ab 65

		2013	2020	2025	2030	2035
Broye	65-79	96	118	127	122	143
	80+	219	243	308	400	480
	65+	315	361	435	522	623
Glane	65-79	71	79	87	88	103
	80+	174	190	230	280	327
	65+	245	269	317	368	430
Greyerz	65-79	171	190	201	196	228
	80+	424	468	568	685	784
	65+	595	658	769	881	1012
Saane	65-79	335	368	386	389	452
	80+	824	915	1 112	1 346	1 576
	65+	1 159	1 283	1 498	1 735	2 028
See	65-79	117	135	148	154	182
	80+	297	326	388	471	567
	65+	414	461	536	625	749
Sense	65-79	168	194	201	201	225
	80+	333	413	532	673	799
	65+	501	607	733	874	1 024
Vivisbach	65-79	50	59	67	71	87
	80+	122	139	166	204	244
	65+	172	198	233	275	331
Kanton Freiburg	65-79	1 008	1 143	1 217	1 221	1 420
	80+	2 393	2 694	3 304	4 059	4 777
	65+	3 401	3 837	4 521	5 280	6 197

(Quelle: OBSAN (2015) Statistische Grundlagen 2013-2035 für die Planung des Bettenbedarfs in Pflegeheimen. Tabelle 3)

Diese Zahlen spiegeln den wachsenden Langzeitpflegebedarf in den zwei nächsten Jahrzehnten. In der Tat müssen alle pflegebedürftigen Personen ein Angebot zur Verfügung haben, das ihren Bedürfnissen entspricht.

Die Entwicklung der Morbidität in der Bevölkerung wird die Aufteilung zwischen den verschiedenen Leistungen (informelle Unterstützung zu Hause, Hilfe und Pflege zu Hause, Tages- und Nachtstätte, Kurz- und Langzeitaufenthalt im Pflegeheim) erheblich beeinflussen. Sie wird auch von den Entscheidungen des Staates abhängen, namentlich jener in Verbindung mit der Finanzierung dieser verschiedenen Leistungen und der Umsetzung der Massnahmen zur Förderung des Verbleibs zu Hause gemäss dem Projekt Senior+.

Das Angebot an Pflegeleistungen wird aber auch von den Gemeinden abhängen, die zum einen Infrastrukturen, Dienstleistungen und eine soziale Begleitung anbieten müssen, die die Bedürfnisse älterer Menschen berücksichtigen. Darüber hinaus und gemäss der kantonalen Planung wird es an den Gemeinden liegen, als Mitglieder des sozialmedizinischen Netzwerks über die Bereitstellung und Finanzierung der bezirksinternen Infrastrukturen für die Langzeitpflege zu entscheiden.

4.2.4. Projektion des Bedarf an Langzeit- und Kurzzeitbetten, 2020 - 2035

Die nachstehende Tabelle zeigt die OBSAN-Prognosen für den Bedarf an anerkannten Langzeit- und Kurzzeitbetten und zugelassenen OKP-Betten. Die zugelassenen OKP-Betten sind für nicht oder nur eingeschränkt pflegebedürftige Personen bestimmt, die weitgehend selbständig sind. Entsprechend den berücksichtigten Hypothesen bezüglich Pflegequote und Quote der Inanspruchnahme von Heimen wird der Bedarf wie folgt eingeschätzt:

Tabelle 14: Projektion des Bedarfs an anerkannten Langzeit- und Kurzzeitbetten und zugelassenen OKP-Betten

		Projektion ¹³ 2020	Projektion 2025	Projektion 2030	Projektion 2035
Total	Anerkannte Betten	2 388	2 550	3 032	3 580
	Zugelassene OKP-Betten	592	629	749	886
Total	Alle Betten	2 980	3 179	3 781	4 466
Broye	Anerkannte Betten	222	242	298	360
	Zugelassene OKP-Betten	55	60	74	88
Total Broyebezirk		277	302	372	448
Glane	Anerkannte Betten	168	178	211	248
	Zugelassene OKP-Betten	41	44	52	61
Total Glanebezirk		209	222	263	309
Greyerz	Anerkannte Betten	410	436	508	586
	Zugelassene OKP-Betten	102	107	126	146
Total Greyerzbezirk		512	543	634	732
Saane	Anerkannte Betten	803	849	1000	1174
	Zugelassene OKP-Betten	199	210	247	291
Total Saanebezirk		1 002	1 059	1 247	1 465
See	Anerkannte Betten	288	302	357	430
	Zugelassene OKP-Betten	72	75	88	106
Total Seebezirk		360	377	445	536
Sense	Anerkannte Betten	374	412	502	593
	Zugelassene OKP-Betten	92	101	124	147
Total Sensebezirk		466	513	626	740

¹³ Die Hochrechnungen basieren auf den nicht kalibrierten Zahlen (Informationen zur Kalibrierung finden sich im Kapitel 4.3). Die Kalibrierung des RAI eine Erhöhung von 10% zur Folge.

		Projektion 2020	Projektion 2025	Projektion 2030	Projektion 2035
Vivisbach	Anerkannte Betten	123	131	156	189
	Zugelassene OKP-Betten	31	32	38	47
Total Vivisbachbezirk		154	163	194	236

(Quelle: OBSAN (2015) Statistische Grundlagen 2013-2035 für die Planung des Bettenbedarfs in Pflegeheimen. Tabelle 9)

4.3. ERWÄGUNGEN ZU DEN OBSAN-PROJEKTIONEN

Das OBSAN-Dokument enthält die statistischen Grundlagen 2013 - 2035 für die Planung des Bettenbedarfs in den Pflegeheimen. Hierfür bezieht es sich weit gehend auf die SOMED-Statistik 2013.

Bei der Analyse dieses Dokuments traten aber mehrere Ungenauigkeiten oder Inkohärenzen in der SOMED-Statistik oder ihrer Interpretation durch das OBSAN zu Tage. Diese Inkohärenzen können auf die Freiburger Besonderheiten (gemischte Heime, keine RAI-Bedarfsermittlung in den Altersheimen), die SOMED nicht abbilden kann, zurückgeführt werden oder durch Fehler oder Ungenauigkeiten der Erfassung in den Pflegeheimen (Anzahl Tage, Bettenzahl) verursacht sein. Sie sind auch auf die Berücksichtigung der Kurzzeitbetten in der Berechnungsgrundlage zurückzuführen. Da diese Betten ein wichtiges Instrument für den Verbleib zu Hause sind, müssen sie getrennt behandelt und nicht in die Prognosen für die Langzeitbetten integriert werden.

Um die Gefahr einer falschen Einschätzung der Anzahl Pflegeheimbetten aufgrund der erwähnten Inkohärenzen auf ein Mindestmass zu reduzieren, wurde die vom OBSAN berücksichtigte Ausgangssituation (2013) mit der beim SVA verfügbaren Rechnungsstatistik 2013 verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Zahl der 2013 vom OBSAN berücksichtigten Betten (2 108 anerkannte Betten für Kurz- und Langzeitaufenthalte) dicht an der Realität der Langzeitbetten liegt (2 105 Langzeitbetten für Pflegebedürftige nach den Daten 2013 des SVA). So entspricht zwar die OBSAN-Projektion der Gesamtbettenzahl der Realität, die Verteilung dieser Betten zwischen den Bezirken ist jedoch nicht richtig.

Ausserdem wird die Quote der Inanspruchnahme von Pflege im Heim vom OBSAN vermutlich leicht unterschätzt, denn nach SOMED gelten in Altersheimen betreute Personen als nicht pflegebedürftig. Die praktische Erfahrung zeigt aber, dass mindestens 30%, der in solchen Heimen lebenden Personen, nicht selbständig sind. Diese Unterschätzung der Quote der Inanspruchnahme von Pflege beeinflusst nicht die Gesamtzahl der Betten (2 980 im Jahr 2020), jedoch die Verteilung zwischen zugelassenen OKP-Betten und anerkannten Betten. Ausserdem ist die Zahl der als nicht pflegebedürftigen geltenden Personen im PflH zwischen 2013 und 2015 stark zurückgegangen, dies wegen einer Änderung der Politik der Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern, einer genaueren Kodierung bestimmter Leistungen und der neuen Zeiteinteilung für die Pflege (Kalibrierung des Instruments für die Pflegebedarfsermittlung RAI).

Aufgrund dieser beiden Faktoren lässt sich behaupten, dass die Verteilung zwischen zugelassenen OKP-Betten und anerkannten Betten revidiert werden muss. Die Anpassungen der OBSAN-Projektionen werden in Kapitel 5.3 vorgestellt, und die Planung 2016 - 2020 wird dem entsprechend erstellt.

Zuletzt sei erwähnt, dass gemäss den neuen, vom StatA im März 2017 veröffentlichten Daten (s. Fussnote zu 4.4.2) die Entwicklung der Anzahl älterer Menschen im Kanton Freiburg bis 2035 leicht nach unten korrigiert oder die Rate der Personen über 65 Jahre im Verhältnis zur Bevölkerung modifiziert werden könnte.

5. PLANUNG 2016 - 2020

5.1. BEEINFLUSSENDE FAKTOREN FÜR DIE PLANUNG DER LANGZEITPFLEGE

5.1.1. Auswirkungen des Projekts Senior+

Unter den von Senior+ vorgesehenen Interventionsbereichen der öffentlichen Hand kommt der Pflege und sozialen Begleitung geschwächter Personen eine zentrale Bedeutung zu. Die Massnahmen des Projekts Senior+ für eine bessere Koordination der sozialmedizinischen Leistungen sowie der Verstärkung der Unterstützung zu Hause und der Leistungen sozialer Begleitung auf Gemeindeebene werden die Entwicklung der sozialmedizinischen Leistungen zu Hause beeinflussen. Mangels statistischer Daten geht dieser Bericht von der Annahme aus, dass sich die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich, die sich seit 2010 abgezeichnet hat, vor der Errichtung der sozialmedizinischen Netzwerke (2018) und der Umsetzung der Massnahmen Senior+ 2016 - 2020 nicht spürbar akzentuieren dürfte.

Die Planung der Langzeitpflege 2016 – 2020 muss neu auch die im SmLG eingeführte Unterscheidung zwischen zugelassenen OKP-Betten in Pflegeheimen und anerkannten PflH-Betten berücksichtigen, die auf Grund der Pflegestufe der Personen (Pflegestufe RAI) erfolgt. So gelten Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner als «nicht pflegebedürftig», wenn ihr Pflegebedarf aufgrund der Bedarfsermittlung auf Pflegestufe RAI 1 und 2 festgesetzt wurde. Diese Personen leiden nicht unter kognitiven Beeinträchtigungen und sind so weit selbständig, dass sie unabhängig leben können, ohne Leistungen der individuellen Betreuung beanspruchen zu müssen, die von Fachpersonen erbracht wird. Sofern ihr Pflegebedarf 40 Minuten am Tag nicht überschreitet, könnten diese Personen zu Hause, in einer Wohnung mit Dienstleistungen oder einer Einrichtung mit zugelassenen OKP-Betten leben. Für diese Art von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ist eine Einrichtung mit anerkannten Pflegeheimbetten deshalb nicht nötig. Ab 2018 werden die sozialmedizinischen Netzwerke entscheiden müssen, welche Leistungen sie entwickeln werden, um den Bedürfnissen solcher Personen bestmöglich gerecht zu werden (Pflege zu Hause, Abteilungen mit zugelassenen OKP-Betten in anerkannten Pflegeheimen, Wohnungen mit Dienstleistungen und von Spitex-Diensten erbrachten Pflegeleistungen).

Wir gehen davon aus, dass das Verhältnis zwischen den Personen, die Langzeitpflegeleistungen in einem PflH und jenen, die Pflege zu Hause in Anspruch nehmen, bis zum Jahr 2020 unverändert bleiben wird. Ab 2021 jedoch sollte eine Verschiebung der stationären Pflege in den ambulanten Bereich festzustellen sein.

5.1.2. Auswirkungen der Finanzierung der ambulanten In-House-Leistungen

Gemäss dem Administrativvertrag vom 1. Februar 2016 zwischen dem Spitex Verband Schweiz und der Association Spitex Privée Suisse einerseits und den von tarifsuisse vertretenen Krankenversicherern andererseits, werden die ambulanten Pflegeleistungen, die in Wohnungen mit Dienstleistungen vom Personal eines Pflegeheims oder von einem Ad-Hoc-Dienst für Hilfe und Pflege zu Hause erteilt werden, grundsätzlich nach den für die Pflegeheime geltenden Normen finanziert¹⁴. Weil diese Art der Abgeltung ambulanter In-House-Leistungen aber in verschiedenen Kantonen vielfach angefochten wurde, haben die Krankenversicherer zum grossen Teil eingewilligt, diese Leistungen nach den für die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause festgesetzten Tarifen abzugelten.

¹⁴ Administrativvertrag vom 1. Februar 2016, Art. 3 Abs. 5 Bst. b

Mangels einer einheitlichen Praxis für die Finanzierung der Pflegeleistungen zum Zeitpunkt der Ausarbeitung des Projekts Senior+ und in Erwartung eines Urteils des Schiedsgerichts des Kantons Bern¹⁵ in einem die Finanzierung von In-House-Leistungen betreffenden Dossier wurde im neuen SmLG vorgesehen, die in Pflegeheimen erteilten Pflegeleistungen und jene, die vom Personal eines Pflegeheims in Wohnungen mit Dienstleistungen erteilt werden (In-House-Leistungen) gleich zu behandeln.

So sieht der *Artikel 8 Abs. 3 SmLG* Folgendes vor:

³ *Die Bestimmungen über die Pflegekosten in den Pflegeheimen gelten sinngemäss für die Pflegekosten in Gemeinschaftshäusern, die:*

- a) aus mehreren bedarfsgerechten und gesicherten Wohnungen bestehen;*
- b) Beherbergungsleistungen anbieten;*
- c) dank dem Personal eines Pflegeheims die Übernahme der Pflege rund um die Uhr sicherstellen, und*
- d) den Anforderungen von Artikel 9 an die Pflegeheime entsprechen.*

Das Urteil des Schiedsgerichts des Kantons Bern fiel am 20. November 2015 und wurde nicht angefochten. Gemäss diesem Urteil kann eine Organisation, die gleichzeitig ein Pflegeheim betreibt und Wohnungen in der Nähe des Pflegeheims vermietet, in denen - mit einer Bewilligung zum Betrieb eines Spitex-Dienstes - Pflegeleistungen erteilt werden, diese Leistungen nach Artikel 7 a) Abs. 1 KLV in Rechnung stellen, selbst wenn diese Leistungen von Personen erbracht werden, die auch im Pflegeheim arbeiten. Infolge dieses Urteils mündeten die Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern in eine Einigung über die Finanzierung der ambulanten In-House-Leistungen. Diese Einigung sollte mit Wirkung auf den 1. Januar 2017 formalisiert werden¹⁶. Somit werden die Pflegeleistungen, die vom Personal eines Pflegeheims in Wohnungen mit Dienstleistungen erteilt werden, künftig in gleicher Weise finanziert wie die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause¹⁷.

Wir stellen demzufolge die Hypothese auf, dass in den von einem Pflegeheim bewirtschafteten Wohnungen mit Dienstleistungen und in den Altersheimen die Pflege künftig mehrheitlich durch beauftragte oder private Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause erbracht wird. Die Wahl dieses Versorgungstyps wird die Anzahl zugelassener OKP-Betten, die nach dem Pflegeheimtarif finanziert werden (Art. 7 a) Abs. 3 KLV), reduzieren.

5.1.3. Auswirkungen der Spitalfinanzierung

Der Verkürzung der durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer und die im Spitalbereich stattfindende Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich scheinen schon Auswirkungen auf die Leistungen der Spitex-Dienste zu haben¹⁸. Konkret hat der zunehmende Schweregrad der zu Hause versorgten Fälle einen Anstieg der Anzahl Stunden je Patientin oder Patient bewirkt. Eine Analyse, der von den beauftragten Diensten für Hilfe und Pflege zu Hause

¹⁵ Urteil des Schiedsgerichts des Kantons Bern: Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, Aktennummer 200 2014 903

¹⁶ Diese Einigung sollte grundsätzlich im neuen Administrativvertrag zwischen dem Spitex Verband Schweiz und der Association Spitex Privée Suisse einerseits und tarifsuisse andererseits abgesegnet werden.

¹⁷ Mit dieser Vereinbarung werden die Leistungserbringer und die Freiburger öffentliche Hand kein Interesse an der Anwendung von Art. 8 Abs. 3 SmLG haben.

¹⁸ OBSAN Bulletin (04.2016) Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen

verrechneten Stunden, ergibt, dass die durchschnittliche Anzahl Pflegestunden pro Person zwischen 2013 und 2015 um 11% gestiegen ist.

Wir gehen deshalb davon aus, dass das zusätzliche Stundenvolumen der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause auf Grund der kürzeren Spitalaufenthaltsdauer und dem Transfer in den ambulanten Bereich weiterhin hauptsächlich von den beauftragten Spitex-Diensten aufgefangen wird.

5.2. IN DIE PLANUNG ZU INTEGRIERENDE SPEZIFISCHE BEDÜRFNISSE

Die heute im Kanton Freiburg verfügbaren Leistungen müssen den neuen Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst werden und vor allem den kulturellen Besonderheiten Rechnung tragen. Zusätzlich zu diesen fortlaufenden Anpassungen in Verbindung mit der Bevölkerungsentwicklung werden weitere Faktoren die Art der angebotenen Leistungen stark beeinflussen.

Warten auf einen Pflegeheimplatz

Die Spitäler melden eine grosse Zahl unangemessener Pflgetage¹⁹, die auf die Wartezeit bis zum Eintritt ins Pflegeheim zurückzuführen sind. Patientinnen und Patienten mit dieser Indikation sollten sich nicht unnötig im Akutpflegebereich aufhalten. Abgesehen von der Finanzlast, die daraus resultiert, wirken sich diese Wartefristen oft negativ auf den Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten aus (Verlust an Selbständigkeit, Infektionsgefahr, Isolierung usw.).

In Verbindung mit der Umsetzung von Senior+ müssen die sozialmedizinischen Netzwerke künftig die Langzeitpflegeversorgung in ihrem Bezirk organisieren. Dies bedeutet ihren direkten Einbezug in die Suche nach Lösungen für ältere Personen, die sich im Spital befinden, weil sie auf einen Pflegeheimplatz warten.

Bis zur Einführung von Wartebetten in den Bezirken entspricht das Pilotprojekt AVAO (s. 3.3.2) teilweise diesem Bedarf nach einer Überbrückung der Wartefrist bis zum Eintritt ins Pflegeheim. 2015 wurden mehr als 3 500 Wartetage, die hauptsächlich dem Bedarf von Personen aus dem Saanebezirk entsprachen, in der AVAO verzeichnet.

Alterspsychiatrie

Dank dem Bedarfsermittlungsinstrument RAI ist eine ziemlich genaue Abbildung der Freiburger Pflegeheimpopulation und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglich. In diesem Rahmen zeigte sich, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil dieser Bevölkerungsgruppe an psychiatrischen Störungen leidet. Diese Personen halten sich derzeit im Pflegeheim Les Camélias, in Marsens, in herkömmlichen Pflegeheimabteilungen und in Demenzabteilungen auf.

Menschen mit Behinderung

Heute haben Sondereinrichtungen keine Möglichkeit Pflegeverrichtungen im Rahmen des KVG-abzurechnen. Mehrere Einrichtungen bieten aber schon nach KLV anerkannte und von Pflegepersonal erbrachte Leistungen an. Die Schaffung von Pflegeabteilungen in den Sondereinrichtungen wird es ermöglichen, den spezifischen Bedürfnissen dieser alternden Bevölkerungsgruppe gerecht zu werden, indem sie die Finanzierung der Pflegeleistungen sicherstellt.

¹⁹ Als unangemessen gelten Tage, die im Spital verbracht werden, obwohl der Spitalaufenthalt medizinisch nicht mehr gerechtfertigt ist, oder Tage, für die keine Gutsprache mehr von Seiten der Versicherer besteht.

Nachtstätte

Der Kanton Freiburg bietet keine Plätze ausschliesslich für die Aufnahme in der Nacht an. Das Ziel solcher Aufnahmen besteht darin, die Angehörigen zu entlasten und so einen Verbleib älterer Patientinnen und Patienten zu Hause zu ermöglichen. Häufig lässt sich dadurch ein Pflegeheimenritt hinauszögern. Seit 2015 bietet die Tagesstätte «Die Familie im Garten» eine Aufnahme während dem Wochenende an (Freitag- bis Sonntagabend). Das Ziel dieser Leistung ist es, den Angehörigen von an Demenz erkrankten Menschen vor allem nachtsüber Erholung zu verschaffen. Derzeit wird diese Leistung wie ein Kurzaufenthalt im Pflegeheim finanziert.

5.3. ANPASSUNG DER OBSAN-PROJEKTIONEN

Die Planung der Langzeitpflege 2016 - 2020 stützt sich insgesamt auf die OBSAN-Projektionen. Aus Gründen, die unter Punkt 4.3 erläutert wurden, wurden diese Projektionen jedoch angepasst, um den folgenden Faktoren Rechnung zu tragen:

- > Anzahl pflegebedürftiger Personen (von OBSAN zu tief eingeschätzt) und Berücksichtigung der Entwicklung des Pflegeaufwands zwischen 2013 und 2015;
- > Anzahl pflegebedürftiger Personen, die als Personen mit stationärem Pflegebedarf (PflH) gelten und deren Zahl ab 1. Januar 2017 wegen der Neukalibrierung des Instruments RAI steigt²⁰;
- > heutige Zahl der schon anerkannten Pflegeheimbetten und Nicht-Pflegebetten in den verschiedenen Bezirken (vorgestellt unter «Realität 2015» in den folgenden Tabellen);
- > Anzahl der für 2015²¹ und 2020 projektierten Pflegeheimbetten im Planungsbericht 2011 – 2015, insofern als sie den einen oder anderen Bezirk zu Bauvorhaben motivieren konnte, die derzeit umgesetzt werden;
- > Inkrafttreten des SmLG, das die Unterscheidung zwischen «anerkannten Betten» und «zugelassenen OKP-Betten» einführt und eine Zeit der Anpassung in den Bezirken erfordert;
- > den religiösen Kongregationen vorbehaltenen Betten, die ab 2018 zugelassene OKP-Betten werden, ohne finanzielle Auswirkung für diese Kongregationen, denn sie verfügen schon heute nur über eine Subventionierung für den Teil «Pflege» ihrer Dotation;
- > Aufnahme von Betten (ausserhalb der Kontingente der Bezirke), die den besonderen Bedürfnissen für Personen mit psychiatrischen Störungen des vorgerückten Alters vorbehalten sind, sowie von zugelassenen OKP-Betten, um den Bedürfnissen der Personen mit Behinderung zu entsprechen.

²⁰ Die vom Staatsrat am 28. November 2016 angenommene Neukalibrierung des Bedarfsermittlungsinstrumentes RAI beeinflusst die Planung insofern, als sie die Anzahl pflegebedürftiger Personen modifiziert. In seinen Projektionen erachtet das OBSAN die Personen in Pflegeheimen mit Pflegestufen über 2 als «pflegeabhängig». Durch die Neukalibrierung wird eine bestimmte Anzahl Personen, die sich derzeit auf Pflegestufe RAI 2 befinden, neu in die Pflegestufe RAI 3 eingereiht. Demzufolge muss die Verteilung zwischen zugelassenen OKP-Betten und anerkannten Betten revidiert werden.

²¹ Im Rahmen der Langzeitpflegeplanung 2011 - 2015 wurde die Pflegequote schon in Berücksichtigung einer relativen Kompression der Morbidität berechnet. Für die Quote der Inanspruchnahme stationärer Pflege ging sie davon aus, dass nur die Personen mit einem Pflegebedarf Stufe C und D (gemäss Freiburger Einteilung) in Pflegeheimen versorgt würden. Diese entsprechen den Pflegebedürftigen in der vorliegenden Planung.

5.4. LANGZEITAUFENTHALT – ANERKANNTE LANGZEITBETTEN UND ZUGELASSENE OKP-BETTEN

Die Tabelle unter Punkt 5.4.2. stellt die Planung der anerkannten Langzeitbetten und der zugelassenen OKP-Betten für das Jahr 2020 vor. Diese Zahlen beruhen auf den OBSAN-Projektionen sowie auf den dem Staatsrat vorgeschlagenen Anpassungen. Für jeden Bezirk erfolgt eine Erläuterung der Differenzen zwischen der Planung und den Projektionen 2020.

5.4.1. Anerkannte Betten und zugelassene OKP-Betten: Erinnerung

Sämtliche Langzeitbetten sind effektiv «Betten, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind» und entsprechen der in der Bundesgesetzgebung (KVG) vorgesehenen Pflegeheimdefinition.

Bestimmte Betten sind aber für die Aufnahme von Personen mit einer Pflegestufe höher als RAI 2 vorgesehen. Über die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) hinaus erhalten diese Betten **eine Anerkennung** durch den Staat. Dies sind **anerkannte Betten**. Der Zugang zu einem anerkannten Bett eröffnet Heimbewohnerinnen und -bewohnern den Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand an die Betreuungskosten, wenn sie über keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Deckung dieser Kosten verfügen.

Betten, die diese Anerkennung nicht erhalten, werden **zugelassene OKP-Betten** genannt. Diese zugelassenen OKP-Betten sind ab 2018 für die Aufnahme von Personen bestimmt, die weitgehend selbständig sind und einen eher geringen Pflegebedarf aufweisen.

Was die zugelassenen OKP-Betten angeht, so wird es Sache der künftigen sozialmedizinischen Netze sein zu entscheiden, welcher Einrichtungstyp dem Bedarf ihrer Bevölkerung am besten entspricht. Diese Betten können in spezifischen Pflegeheimabteilungen, in Wohnhäusern mit Wohnungen, die mit Dienstleistungen verbunden sind und PflH-Pflegeleistungen anbieten, zusammengefasst werden. Im letzteren Fall und je nach der unter Punkt 5.1.2 dargestellten Entwicklung wird aber der diese Wohnungen mit Dienstleistungen führende Rechtsträger alles Interesse daran haben, eher die Bewilligung zum Betrieb eines Dienstes für Hilfe und Pflege zu Hause zu beantragen als OKP-Pflegeheimbetten zu bewirtschaften.

Es wird auch Sache der sozialmedizinischen Netzwerke sein zu entscheiden, in welcher Weise sie die Leistungen der Hilfe und Pflege zu Hause im Bezirk entwickeln wollen und ob ihnen für die Betreuung von Personen, die nur wenig Pflege brauchen, aber nicht allein in einer Wohnung leben könnten, eine Einrichtung mit zugelassenen OKP-Betten nötig erscheint. Entsprechend dieser Wahl muss die im folgenden Kapitel vorgestellte Dotation der Pflege zu Hause angepasst werden.

5.4.2. Planung 2016 - 2020 nach Bezirk

Die nachstehende Tabelle präsentiert die Situation 2015 und gibt den Prozentsatz von Personen auf Pflegestufe RAI 1 und 2 an (weniger als 40 Pflegeminuten pro Tag). Gegenüber der OBSAN-Projektion (s. Punkt 4.2.4) integrieren die Spalten «Planung 2020» und «Kalibrierte Projektionen 2020 und 2025» auch die mit der Kalibrierung des Instruments RAI verbundenen Korrekturen.

Tabelle 15: Planung des Bedarfs an anerkannten Langzeitbetten und zugelassenen OKP-Betten 2016 - 2020

	Betten- zahl 2015	Pflege- stufen RAI 1-2	Betten- zahl 2017	Planung 2020	davon WB ²²	davon USD ²³	Kal. OBSAN- Projektionen 2020 2025	
Total für den Kanton								
Anerkannte Betten	2 549	10.89%	2 604	2 603 ²⁴	53	164	2 682	2863
Zugel. OKP-Betten				260			298	316
Altersheimbetten	114			114				
Total	2 663			2 663	2 863			2 980
Broye								
Anerkannte Betten	194	9.21%	194	209	4	15	249	272
Zugel. OKP-Betten				15			28	30
Altersheimbetten	0		0					
Total Broye	194		194	224			277	302
Glane								
Anerkannte Betten	206	1.97%	206	206	4	24	188	200
Zugel. OKP-Betten				7			21	22
Altersheimbetten	0		0					
Total Glane	206		206	213			209	222
Greyerz								
Anerkannte Betten	475	8.17%	475	475	10	26	461	489
Zugel. OKP-Betten				42			51	54
Altersheimbetten	42		42					
Total Greyerz	517		517	517			512	543
Saane								
Anerkannte Betten	826	12.92%	881	902	18	50	902	954
Zugel. OKP-Betten				40			100	105
Altersheimbetten	17		17					
Total Saane	843		898	942			1002	1059
See								
Anerkannte Betten	259	12.83%	259	272	6	15	324	339
Zugel. OKP-Betten				36			36	38
Altersheimbetten	55		55					
Total See	314		314	308			360	377
Sense								
Anerkannte Betten	375	19.32%	375	375	8	24	420	462
Zugel. OKP-Betten				33			46	51
Altersheimbetten	0		0					
Total Sense	375		375	408			466	513

²² WB = Wartebetten für die Überbrückung der Zeit bis zur Heimunterbringung / USD = Betten in Demenzabteilungen

²³ USD = Betten in Demenzabteilungen

²⁴ 55 neue Betten wurden schon für 2017 anerkannt.

	Betten- zahl 2015	davon RAI 1-2	Betten- zahl 2017	Planung	davon WB	davon USD	Kalibrierte OBSAN- Projektionen	
				2020			2020	2025
Vivisbach								
Anerkannte Betten	149	6.73%	149	149	3	10	138	147
Zugel. OKP-Betten				7			16	16
Altersheimbetten			0					
Total Vivisbach	149		149	156			154	163
Ausserhalb Kontingent der Bezirke								
Anerkannte Betten	65		65	15				
Zugel. OKP-Betten				80				

5.4.4. Anerkannte Langzeitbetten mit spezifischen Leistungen

Wartebetten für die Überbrückung der Zeit bis zum Heimeintritt (WB)

Um für Personen, für die eine Langzeitunterbringung angezeigt ist, unangemessene Spitalaufenthalte zu vermeiden, müssen von den sozialmedizinischen Netzwerken Wartebetten für die Überbrückung der Zeit bis zum Heimeintritt zur Verfügung gestellt werden. Diese Wartebetten werden für jeden Bezirk in das Kontingent anerkannter Langzeitbetten integriert. Sie müssen es ermöglichen, Personen nach ihrem Spitalaufenthalt rasch aufzunehmen. Zwar hängt der Bedarf stark von der Qualität der Koordination ab, die in jedem Bezirk eingeführt wird, jedoch wird veranschlagt, dass rund 2% der anerkannten Langzeitbetten für Fälle reserviert werden müssen, die auf eine Platzierung warten²⁵.

Anerkannte Langzeitbetten – Demenzabteilungen und alterspsychiatrische Abteilungen

Aus der RAI-Statistik und den Erfahrungen in der Praxis geht hervor, dass 5 bis 6% der anerkannten Langzeitbetten Demenzabteilungen sein sollten. Dies gilt unter der Voraussetzung, dass die Bettenzahl pro Abteilung der Mindestzahl gemäss den Richtlinien für Demenzabteilungen entspricht.

Die 15 Plätze des Pflegeheims Les Camélias in Marsens wurden geschaffen, um dem Bedarf von Personen zu entsprechen, deren Gesundheitszustand und psychiatrische Probleme keine Unterbringung in einer herkömmlichen Pflegeheimabteilung erlauben. Aus den Informationen des RAI lässt sich die Zahl von Personen mit psychiatrischen Problemen in unseren Pflegeheimen ermitteln, und es muss definiert werden, welcher Art von Abteilung und Leistung für diese Personen geeignet ist.

5.4.5. Erläuterung nach Bezirk

Broyebezirk

Gemäss den OBSAN-Projektionen, die nicht zwischen Langzeit- und Kurzzeitbetten unterscheiden, könnte der Broyebezirk 249 anerkannte Betten und 28 zugelassene OKP-Betten erhalten (Projektion mit neuer RAI-Kalibrierung). Ausser der Tatsache aber, dass der Bezirk über 11 Kurzzeitbetten verfügt, befinden sich mehrere Pflegeheime dieses Bezirks derzeit oder demnächst in Renovation, und ein Neubau, mit dem sich die Bettenkapazität des Bezirks signifikant erhöhen würde, dürfte im Broyebezirk erst nach 2020 verwirklicht werden. Zudem müssen für eine Präzisierung des Bedarfs

²⁵ Künftig ermöglichen die von den Spitalern übermittelten Statistiken jährlich eine genaue Präzisierung des Bedarfs

noch die Auswirkungen des Pilotprojekts der Freizügigkeit zwischen den Kantonen Waadt und Freiburg für die Bevölkerung der Broyeregion evaluiert werden. Demzufolge müsste der Vorschlag, 209 anerkannte Langzeitbetten und 15 zugelassene OKP-Betten bis zum Jahr 2020 vorzusehen, dem Bedarf der Bevölkerung des Bezirks entsprechen.

Greyerz- und Vivisbachbezirk

Diese beiden Bezirke weisen eine vergleichbare Situation auf. Gemäss den OBSAN-Projektionen überschreiten sie schon jetzt die Einschätzungen des Bedarfs nach anerkannten Betten für 2020 (n= 461 für den Greyerzbezirk und n= 138 für den Vivisbachbezirk). Auch zeigt sich, dass diese Bezirke einen positiven Saldo in den interregionalen Belegungen haben, d.h. sie «importieren mehr Heimbewohnerinnen und Heimbewohner» als sie «exportieren». 2013 nahm der Greyerzbezirk verglichen mit seinem realen Bedarf 34 Personen mehr auf (501 Greyerzerinnen und Greyerzer lebten im Pflegeheim, die Pflegeheime nahmen aber 535 Personen auf). Der Vivisbachbezirk nahm 19 Personen mehr auf, als er ausserhalb des Bezirks unterbrachte.

In Berücksichtigung dessen, dass die Bettenzahl im Jahr 2015 zum einen den Zahlen der Planung 2011 - 2015 und zum anderen der Zahl der bis 2025 anzuerkennenden Betten (n= 489 für den Greyerzbezirk und n= 147 für den Vivisbachbezirk) entspricht, ist für diese beiden Bezirke vorgesehen, die heutige Anzahl anerkannter Betten beizubehalten.

Glanebezirk

Bezüglich der Anzahl anerkannter Betten (n= 206) überschreitet der Glanebezirk heute die OBSAN-Projektionen für 2020 (n= 188). Die Bettenzahl 2015 entspricht aber derjenigen, die gemäss der Planung 2011 – 2015 vorgesehenen ist.

Der Glanebezirk weist im Vergleich mit den übrigen Kantonen eine sehr niedrige Quote nicht pflegebedürftiger Personen aus. Diese Feststellung muss aber nuanciert werden. Zwar nehmen die Pflegeheime des Glanebezirks nur 1.97% der nicht pflegebedürftigen Bezirkseinwohnerinnen und -einwohner auf (= RAI < 3), jedoch versorgen andere Bezirke Einwohnerinnen und Einwohner des Glanebezirks mit einer niedrigen Pflegestufe. Gemäss der Beitragsabrechnung der Pflegeheime 2015 entspricht der wirkliche Anteil der im Pflegeheim lebenden Personen, die aus dem Glanebezirk stammen, 96.1% pflegebedürftigen und 3.9% nicht pflegebedürftigen Personen. In Wahrung eines gleichen Verhältnisses lässt sich daher für 2020 die Beibehaltung von 206 anerkannten Betten und die Schaffung von 7 zugelassenen OKP-Betten rechtfertigen. Zudem wird - in Anbetracht des fortgeschrittenen Bauprojekts des Pflegeheims in Vuisternens – die Anzahl der Betten in einer Demenzabteilung im Glanebezirk auf 24 erhöht.

Saanebezirk

Gemäss den OBSAN-Projektionen müsste der Saanebezirk bis 2020 sein Angebot anerkannter Betten (n= 902) sowie zugelassener OKP-Betten (n= 100) ausbauen. Die Analyse der interregionalen Belegungen untermauert diese Feststellung, wird doch eine grosse Zahl von Heimbewohnerinnen und -bewohnern aus diesem Bezirk in Pflegeheimen aufgenommen, die sich in einer anderen Region befinden (40 Personen im Jahr 2013).

Am 1. Januar 2017 wurden im Saanebezirk 55 neue Betten anerkannt, so dass die Gesamtzahl anerkannter Betten jetzt 881 beträgt. Bis 2020 kann die Erhöhung der Bettenzahl durch die Anerkennung von Betten erfolgen, die heute nicht als Pflegeheimbetten gelten (n= 17), oder durch die dem Bedarf der Bevölkerung entsprechende Anerkennung von Betten in anderen Einrichtungen (z. B. ISRF).

Sensebezirk

Gemäss OBSAN könnte auch der Sensebezirk bis 2020 sein Angebot ausbauen (im Jahr 2013 weilten 24 im Sensebezirk wohnhafte Personen in Pflegeheimen anderer Bezirke). Die OBSAN-Projektionen mit der Neukalibrierung sehen 420 anerkannte Betten und 46 zugelassene OKP-Betten vor.

Die letzten Statistikdaten zur Pflegestufe (Situation von Januar bis März 2017 von Bewohnerinnen und Bewohnern in den Pflegeheimen des Sensebezirks weisen einen erheblichen Anteil von Personen der Pflegestufe RAI 1 und 2 aus, nämlich 12.66 %. In bestimmten Pflegeheimen liegt die mittlere Pflegestufe deutlich unter dem kantonalen Durchschnitt. In Berücksichtigung dieser Indikatoren scheint es verfrüht, bis 2020 den Bau eines neuen Pflegeheims im Sensebezirk vorzusehen. Deshalb wird die Anerkennung neuer Betten auf die nächste Planungsperiode verschoben.

Seebezirk

Die Analyse der gemäss der Kalibrierung des Instruments RAI berichtigten OBSAN-Daten zeigt, dass es angebracht wäre, bis 2020 weitere 65 Betten im Seebezirk anzuerkennen (n= 324).

Der Seebezirk verfügt heute über 259 anerkannte Betten, aber auch über eine im Verhältnis zu seiner Bevölkerung hohen Zahl an Nicht-Pflegebetten (n= 55). Mit dem Vorschlag der Anerkennung von 13 Betten zusätzlich (n= 272) bis 2020 könnten alle Nicht-Pflegebetten in Pflegeheimen, über die der Bezirk heute verfügt, anerkannt werden.

5.5. HILFE UND PFLEGE ZU HAUSE

Die Bestimmung der für 2020 erwarteten Stunden für die Hilfe und Pflege zu Hause beruht auf den Situationen von 2013 und 2015 und bezieht die Entwicklung der Freiburger Bevölkerung mit ein. Sie berücksichtigt auch die zwischen 2013 und 2015 festgestellte Erhöhung der durchschnittlichen Einsatzzeit, die sich bis 2020²⁶ weiter erhöhen dürfte. Zum anderen geht die nachstehende Berechnung davon aus, dass bis 2020 die Quote der Inanspruchnahme von Pflege zu Hause (auf 100 Einwohnerinnen und Einwohner) gleich bleiben und die Verteilung dieser Pflegeleistungen zwischen beauftragten Diensten und privaten Leistungserbringern nicht variieren wird.

5.5.1. Entwicklung der Gesamtanzahl Pflegestunden

Die nachstehende Tabelle zeigt die erwartete Entwicklung der Gesamtanzahl der verrechneten Pflegestunden für den Kanton Freiburg, dargestellt nach Bezirk und der Gesamtbevölkerung entsprechend. Präzisiert wird die Gesamtanzahl der Stunden für Personen über 65 Jahre. Die Tabelle gibt auch Auskunft über den Pflegeanteil der von den beauftragten Diensten erbracht wird.

Die von privaten Diensten erteilten Hilfeleistungen werden nicht projiziert. Denn es gibt keine Statistik, die diese Dienstleistungen erfasst.

²⁶ Dies bedeutet eine Erhöhung um 23% der Anzahl Stunden pro Klient zwischen 2013 und 2020

Tabelle 16: Entwicklung der Gesamtnazahl Pflegestunden 2013 - 2020

		Situation 2013	Anteil der beauftragten Dienste	Projek- tion 2020
Kanton	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	347 436	86.27%	513 698
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	268 280	88.78%	413 083
Broye	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	40 941	96.87%	63 129
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	34 455	97.86%	54 239
Glane	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	27 339	91.47%	41 089
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	20 584	93.47%	32 239
Greyerz	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	69 134	84.87%	101 290
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	54 176	88.88%	81 785
Saane	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	86 677	74.61%	124 609
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	63 371	80.09%	94 948
See	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	57 858	84.02%	85 062
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	43 098	81.41%	67 226
Sense	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	44 059	98.85%	65 333
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	35 675	99.18%	55 507
Vivisbach	Fakturierte Pflegestunden insgesamt	21 428	91.24%	33 186
	Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	16 921	93.61%	27 139

5.5.2. Entwicklung der Anzahl Stunden für die Hilfe und Pflege der beauftragten Dienste

Die folgende Tabelle konzentriert sich auf die Entwicklung der Stunden für die beauftragten Dienste und zwar sowohl für die Pflege- als auch für die Hilfeleistungen. Die Projektion geht davon aus, dass der Anteil der von den beauftragten Diensten übernommenen Pflegestunden gegenüber jenen der privaten Leistungserbringer zwischen 2013 und 2020 gleich bleiben wird.

Tabelle 17: Entwicklung der Stunden Hilfe und Pflege 2013 - 2020 für die beauftragten Dienste

	Situation 2013	Situation 2015	Planung 2020
Total für den Kanton			
Stunden Pflege	299 723	345 953	443 998
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	238 165	281 522	367 124
Stunden Hilfe	91 804	82 311	94 073
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	65 722	61 485	70 259
Total für den Kanton	391 527	428 264	538 071

	Situation 2013	Situation 2015	Planung 2020
Broye			
Stunden Pflege	39 659	46 663	61 152
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	33 717	40 138	53 077
Stunden Hilfe	11 172	9 386	11 919
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	8 983	7 853	9 772
Total für Broyebezirk	50 831	56 049	73 071
Glane			
Stunden Pflege	25 006	28 419	37 582
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	19 240	21 371	30 134
Stunden Hilfe	12 113	10 230	12 602
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	8 608	7 305	9 317
Total für Glanebezirk	37 119	38 649	50 184
Greyerz			
Stunden Pflege	58 672	69 719	85 962
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	48 149	58 778	72 687
Stunden Hilfe	19 055	18 849	19 416
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	14 859	14 820	15 501
Total für Greyerzbezirk	77 727	88 568	105 378
Saane			
Stunden Pflege	64 671	72 736	92 973
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	50 751	59 583	76 040
Stunden Hilfe	16 661	15 403	16 397
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	9 817	8 669	10 165
Total für Saanebezirk	81 332	88 139	109 370
See			
Stunden Pflege	48 611	57 585	71 467
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	35 085	43 275	54 728
Stunden Hilfe	9 610	7 922	9 664
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	6 352	5 772	6 847
Total für Seebezirk	58 221	65 507	81 131
Sense			
Stunden Pflege	43 553	47 766	64 582
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	35 383	40 086	55 053
Stunden Hilfe	12 576	11 882	12 686
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	9 044	8 468	9 724
Total für Sensebezirk	56 129	59 648	77 268

	Situation 2013	Situation 2015	Planung 2020
Vivisbach			
Stunden Pflege	19 551	23 065	30 280
Davon Pflegestunden für über 65-Jährige	15 840	18 291	25 405
Stunden Hilfe	10 617	8 639	11 388
Davon Stunden der Hilfe für über 65-Jährige	8 059	7 065	8 932
Total für Vivisbachbezirk	30 168	31 704	41 668

5.5.3. Entwicklung der Gesamtanzahl VZÄ in den beauftragten Diensten

Die folgende Tabelle präsentiert eine Planung der Anzahl bewilligter VZÄ für die beauftragten Dienste. Sie beruht für jeden Bezirk auf der realen Produktivität der beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause. Die Planung konzentriert sich nicht auf die älteren Menschen, sondern betrifft die ganze Bevölkerung des Bezirks.

Tabelle 18: Planung der Anzahl VZÄ in den beauftragten Diensten nach Bezirk

Kanton	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	Situation 2013	Situation 2015	Situation 2017	Planung 2020
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	379.25	396.30	426.30	490.76
Broye	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	50 831	56 049		73 071
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	46.50	50.70		64.75
Glane	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	37 119	38 649		50 185
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	36.45	40.30		48.84
Greyerz	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	77 727	88 568		105 378
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	71.20	81.50		98.31
Saane	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	81 332	88 139		109 370
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	88.60	82.60		102.67
See	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	58 221	65 507		81 131
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	48.60	52.20		65.73
Sense	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	56 129	59 648		77 268
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	59.50	57.40		73.57
Vivisbach	Fakturierte Stunden Hilfe und Pflege	30 168	31 704		41 668
	Anzahl (bewilligter) VZÄ	28.40	31.60		36.89

5.6. BETTEN FÜR KURZAUFENTHALTE

Für die Kurzzeitbetten ist eine volle Auslastung erwünscht. Vorschläge, die eine bessere Bewirtschaftung ermöglichen und Anreize für die Pflegeheime schaffen, wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe «Neudefinition des Auftrags der Kurzzeitbetten» erarbeitet. Sie betreffen die Organisation der Aufnahmen und die Finanzierung für Kurzaufenthalte. Diese Elemente werden bei der Ausarbeitung der Anwendungsgesetzgebung des neuen SmLG geprüft. Bei den heute verfügbaren Plätzen besteht ein erhebliches Potenzial für eine Erhöhung der Belegungstage. Aus

diesem Grund und in Erwartung einer besseren Auslastung dieser Betten wird keine neue Anerkennung vorgeschlagen.

Tabelle 19: Planung der Kurzzeitbetten 2016 – 2020

	Situation 2015 (2017 identisch)	Differenz	Planung 2020
Broye	11	0	11
Glane	5	0	5
Greyerz	5	0	5
Saane	14	0	14
See	6	0	6
Sense	16	0	16
Vivisbach	4	0	4
Subtotal	61	0	61
AVAO	19	0	19
Total	80	0	80

5.6.1. Spezifischer Auftrag: Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung (AVAO)

Die Tätigkeit 2014 - 2015 der AVAO zeigt eine sehr starke Zunahme der Vorbereitungen auf die Rückkehr nach Hause; diese gelten für ältere Menschen, für die kein Reha-Aufenthalt in Betracht gekommen wäre. Bei diesen Fällen handelt es sich um Personen mit leichtem Pflegebedarf (Pflegestufe RAI 1 und 2), für die ein anerkanntes Pflegeheimbett keine geeignete Lösung ist.

In Verbindung mit der Schaffung von Wartebetten in den Bezirken (s. Kap. 5.4.3) wird eine Anpassung der AVAO-Zielgruppe vorgeschlagen. So wird die AVAO vorrangig Spitalpatientinnen und -patienten aufnehmen, *die für keine Reha-Sparte in Betracht kommt*, sowie von zu Hause kommende Personen, bei denen aufgrund einer Bedarfsabklärung ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann. Somit handelt es sich um:

- > Personen, bei denen klar die Rückkehr nach Hause angezeigt ist, für deren Spitalaustritt es aber Vorbereitungen braucht (Organisation bedarfsgerechter Leistungen, Verbesserung der Wohnsituation).
- > Personen, bei denen keine endgültige Indikation besteht (für die Rückkehr nach Hause oder eine Platzierung) und bei denen eine Abklärung der Kompetenzen, Bedürfnisse und verfügbaren Leistungen im Hinblick auf eine Rückkehr nach Hause oder die Unterbringung in einem zugelassenen OKP-Bett oder anerkannten PflhH-Bett nötig ist.

5.7. TAGES- UND NACHTSTRUKTUREN

5.7.1. Tagesstätten

Seit den ersten Eröffnungen im Jahr 2004 entwickeln sich die Tagesstätten des Kantons Freiburg stetig weiter. Diese Leistung ist ein wesentlicher Bestandteil für den Verbleib zu Hause und muss noch ausgebaut werden. In Berücksichtigung der Entwicklung der zu Hause lebenden Bevölkerung über 65 Jahre, der besonderen Bedürfnisse für Menschen mit Demenzerkrankungen und einer

Mindestanzahl Plätze je Tagesstätte wird vorgeschlagen, 1 Platz auf 500 Personen über 65 Jahre sicherzustellen.

Tabelle 20: Planung der Tagesbetreuungsplätze 2016 – 2020

	Situation 2015 (2017 identisch)	Erhöhung	Planung 2020
Broye	5	3	8
Glane	0	8	8
Greyerz	7	9	16
Saane	16	4	20
See	8	0	8
Sense	15	0	15
Vivisbach	10	0	10
Subtotal	61	24	85
Auf Demenz spez. Tagesheim	11	8	19
Total	72	32	104

5.7.2. Aufnahme über Nacht

Die Betreuung nachtsüber ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialmedizinischen Versorgung und fördert den Verbleib zu Hause. Die Planung 2016 - 2020 ermöglicht die Entwicklung dieses Leistungsangebots. Die unten aufgeführte Anzahl Plätze bezieht sich auf eine ganzjährige Nutzung des Platzes, somit auf ein Potenzial von 4 380 Nachtaufnahmen.

Tabelle 21: Planung der Plätze für Nachtaufnahmen

	Situation 2015	Erhöhung	Planung 2020
Broye	0	1	1
Glane	0	1	1
Greyerz	0	2	2
Saane	0	3	3
See	0	1	1
Sense	0	2	2
Vivisbach	0	1	1
Auf Demenz spez.	0	1	1
Total	0	12	12

6. FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER PLANUNG 2016 - 2020

Dieses Kapitel präsentiert die finanziellen Auswirkungen dieser Planung.

Erhöhung der Anzahl :	2015-2020	bis 2017	2018-2020	2021 (FP)
- anerkannte Langzeitbetten	54	55	-1	20
- zugelassene OKP-Langzeitbetten	260	-	260	30
- VZÄ beauftragte Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause	94.46	30.00	64.46	21.00
- Kurzzeitbetten	-	-	-	-
- Plätze in Tagesstätten	32	-	32	-
- Plätze für Nachtaufnahme	12	-	12	-

- Tage anerkannte Langzeitbetten	33 370	8 343	25 027	4'272
- Tage zugelassene OKP-Langzeitbetten	92 053		92'053	10'622
- Tage Kurzaufenthalt	5 676	1'296	4'380	0
- Tage Betreuung in Tagesstätten	6 422	1'072	5'350	2'000
- Nachtaufnahme	3 066		3'066	434

Erhöhung der Kosten (in Tausend) für die öffentliche Hand in Verbindung mit:	2015-2020	Anteil Kanton	in %	Anteil Gemeinden	in %
- anerkannten Langzeitbetten	11 435	5 146	45%	6 289	55%
- zugelassenen OKP-Langzeitbetten	2 003	902	45%	1 101	55%
- VZÄ beauftragte Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause	7 643	2 293	30%	5 350	70%
- Kurzzeitbetten	565	254	45%	311	55%
- Plätze in Tagesstätten	732	329	45%	403	55%
- Plätze für Nachtaufnahme	223	100	45%	123	55%
Total für die Jahre 2016 - 2020	22 601	9 024		13 577	

Erhöhung der Kosten (in Tausend) für die öffentliche Hand in Verbindung mit	2018-2020	Anteil Kanton	in %	Anteil Gemeinden	in %
- anerkannten Langzeitbetten	8 087	3 639	45%	4 448	55%
- zugelassenen OKP-Langzeitbetten	2 004	902	45%	1 102	55%
- VZÄ beauftragte Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause	3 544	1 063	30%	2 481	70%
- Kurzzeitbetten	492	222	45%	270	55%
- Plätze in Tagesstätten	544	245	45%	299	55%
- Plätze für Nachtaufnahme	223	100	45%	123	55%
Total für die Jahre 2016 - 2020	14 894	6 171		8 723	

Die Einzelheiten der Kosten werden im Anhang vorgestellt.

7. SCHLUSSFOLGERUNG UND PLANUNG 2021 - 2025

Der Kontext für die Langzeitpflegeplanung 2016 – 2020 ist etwas aussergewöhnlich. In der Tat machten verschiedene Faktoren die Projektionen des Bedarfs bis 2020 vielschichtiger, insbesondere:

- > das Inkrafttreten des SmLG am 1. Januar 2018, mit dem neuen Status der zugelassenen OKP-Betten, dank dem die heutigen Altersheime und die heute als « Nicht-Pflegebetten » geltenden Betten in die Liste der Pflegeheime des Kantons Freiburg aufgenommen werden können;
- > die Position der Krankenversicherer in Bezug auf die Finanzierung der ambulanten In- House-Leistungen, die vermutlich zum Rückgang der Anzahl zugelassener OKP-Betten in den Bezirken zugunsten ambulanter Pflegeleistungen beitragen wird;
- > die am 1. Januar 2017 in Kraft getretene Neukalibrierung des Instruments RAI in den Pflegeheimen, durch die sich der Anteil der anerkannten Betten gegenüber den zugelassenen OKP-Betten erhöht;
- > die heutigen Arbeiten in Verbindung mit dem Projekt DETTEC, die in eine Neuverteilung der Lasten zwischen Staat und Gemeinden münden und die künftigen sozialmedizinischen Netzwerke in ihrem Entscheid, bestimmte Leistungen eher als andere zu entwickeln, beeinflussen dürften.

Obwohl die Planung 2016 – 2020 in diesem etwas ungewissen Kontext zu stehen scheint, entsprechen die Projektionen für die Entwicklung der Langzeitpflege den grossen Zügen des Projekts Senior+:

- > Verstärkung der ambulanten Leistungen und Entwicklung von Leistungen im Pflegeheim, die den Verbleib zu Hause unterstützen (Plätze für die Aufnahme tags- und nachtsüber);
- > Stabilisierung der Anzahl anerkannter PflH-Betten ab 2018, ab diesem Zeitpunkt Erhöhung um 41 Betten hauptsächlich wegen der Neukalibrierung des Instruments RAI in den Pflegeheimen und der veränderten Politik für die Aufnahme der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner;
- > Gewährleistung der Pflegequalität durch die Zulassung zur Tätigkeit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für Einrichtungen, die ältere Menschen aufnehmen und/oder Langzeitpflege erteilen (Altersheime, PflH-Abteilungen mit Nicht-Pflegebetten) und die Möglichkeit neue Strukturen zu entwickeln mit der Zulassung zur Tätigkeit der OKP (zugelassene OKP-Betten) für die Betreuung selbständiger Personen, die nur wenig Pflege brauchen.

Wegen der tief greifenden Änderungen, die in der Organisation der Langzeitpflege-Versorgung schon stattgefunden haben oder derzeit stattfinden, mangelt es den in diesem Bericht vorgestellten mittel- und langfristigen Projektionen an Genauigkeit. Sie verschaffen aber einen Gesamtüberblick über die in unserem Kanton gebotenen Langzeitpflegeleistungen und ermöglichen eine Voraussage, ihrer kurzfristigen Entwicklung entsprechend der neuen, vom SmLG vorgeschriebenen Organisation. In Bezug auf die stationären Leistungen im PflH erlaubt es dieser Bericht, die in den verschiedenen Bezirken für die nächsten drei Jahre vorgesehenen Optionen zu bestätigen.

Damit die künftigen sozialmedizinischen Netzwerke über die nötigen Elemente für die Entwicklung ihrer sozialmedizinischen Infrastrukturen über das Jahr 2020 hinaus verfügen können, werden die zuständigen Dienststellen schon heute beauftragt, die ersten Arbeiten im Hinblick auf die Planung 2021 – 2025 in Angriff zu nehmen. Diese Arbeiten werden Anfang Januar 2018 beginnen, damit Anfang 2019 eine Vernehmlassung stattfinden kann.

8. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

AVAO:	Abteilung zur vorübergehenden Aufnahme und Orientierung
BFS:	Bundesamt für Statistik
GesA:	Amt für Gesundheit
GesG :	Gesundheitsgesetz
GSD:	Direktion für Gesundheit und Soziales
KLV:	Verordnung über Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
KVG:	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OBSAN:	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP:	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PfIH:	Pflegeheim
PfIHG:	Gesetz über Pflegeheime für Betagte
SenG:	Gesetz über die Seniorinnen und Senioren
SmLG:	Gesetz über die sozialmedizinischen Leistungen
SOMED :	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
StatA:	Amt für Statistik
USD:	Demenzabteilung
SVA:	Sozialvorsorgeamt
VZÄ:	Vollzeitäquivalent
WB:	Wartebetten für die Überbrückung der Zeit bis zum Heimeintritt

9. QUELLEN UND BIBLIOGRAFIE

Kanton Freiburg. Direktion für Gesundheit und Soziales (2014), *Bedarfsanalyse zur Spitalplanung 2015*

Kanton Freiburg. Direktion für Gesundheit und Soziales (2011). *Planung der Langzeitpflege 2011 - 2015*

Kanton de Fribourg. Amt für Statistik (2014). *Bevölkerungsperspektiven 2013-2035 Kanton Freiburg und seine Bezirke*

Kanton Bern (2015). Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten des Kantons Bern, *Urteil vom 20. November 2015 betreffend Klage vom 14. August 2012, Dossier Nr.200 2014 903*

Kanton Wallis (2015). *Langzeitpflegeplanung 2016 - 2020*

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011), *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Höpflinger, F. et Hugentobler, V. (2015). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Kohler D. (2015). Bases statistiques 2013 - 2035 en vue de la planification du besoin en lits en EMS. Canton de Fribourg et ses districts. OBSAN²⁷

BFS (2015) Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2013 - Standardtabellen- Endgültige Ergebnisse, Bundesamt für Statistik

BFS (2014) Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause. Ergebnisse 2013

Pro Senectute, Medienmitteilung vom 30. September 2016

<http://www.prosenectute.ch/fr/medias.html>, abgerufen am 15. Oktober 2016

Spitex, Spitex privée und tarifsuisse AG (2016). *Spitex-Administrativvertrag vom 1. Februar 2016*

Widmer, M. Kohler, D. (2016), Der Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität der stationären Leistungen, OBSAN Bulletin 4/2016

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-04_d.pdf

²⁷ Auf Verlangen kann dieses Dokument beim SVA eingesehen werden (nur französisch)

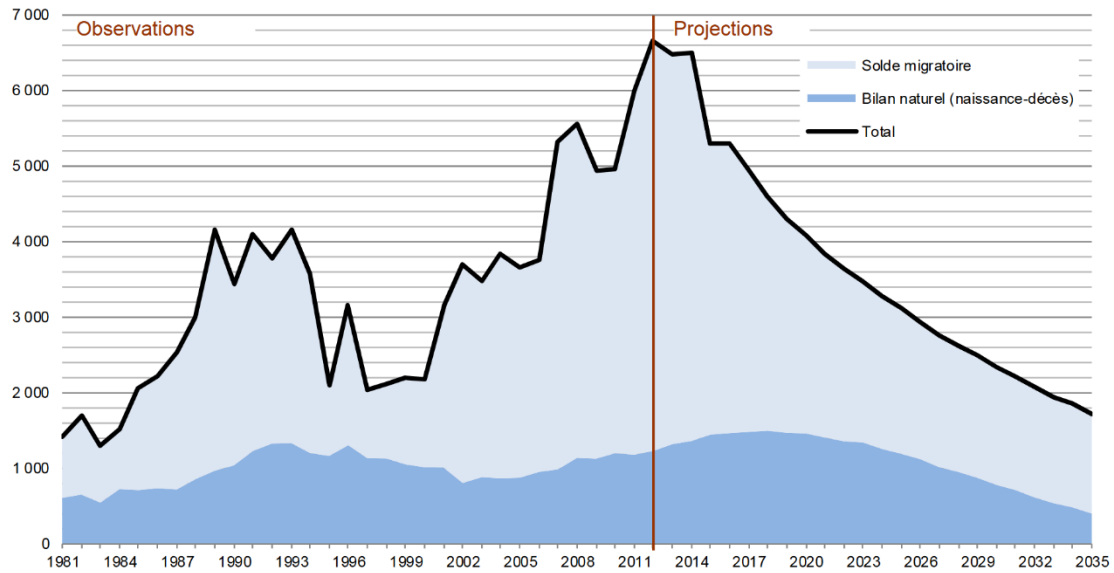
10. VERZEICHNIS DER ILLUSTRATIONEN: TABELLEN

Tabelle 1: Entwicklung des Spitalpflegebedarfs zwischen 2010, 2012 und 2020.....	8
Tabelle 2: Verteilung der Langzeitbetten nach Bezirk am 31.12.2015.....	10
Tabelle 3: Quote 2013 der Inanspruchnahme von PflH und anderen Einrichtungen für ältere Menschen	11
Tabelle 4: Interregionale Belegungen am 31.12.2013	12
Tabelle 5: Gesamtleistungen und Vollzeitäquivalent 2013 für die beauftragten Dienste für die Hilfe und Pflege zu Hause	12
Tabelle 6: Leistungen 2013 der beauftragten Dienste für Personen ab 65.....	13
Tabelle 7: Anteil der von den beauftragten Diensten geleisteten Stunden für Personen ab 65	13
Tabelle 8: Leistungen und VZÄ 2013 der privaten Dienste und selbständig arbeitenden Pflegefachpersonen	14
Tabelle 9: Vergleich der Quoten der Inanspruchnahme der Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause	14
Tabelle 10: Verteilung der Betten für Kurzaufenthalte nach Bezirk für das Jahr 2015.....	15
Tabelle 11: Verteilung der Plätze in Tagesheimen nach Bezirk, Stand am 31.12.2015	16
Tabelle 12: Entwicklung der Anzahl Personen ab 65	21
Tabelle 13: Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen ab 65	22
Tabelle 14: Projektion des Bedarfs an anerkannten Langzeit- und Kurzzeitbetten und zugelassenen OKP-Betten	23
Tabelle 15: Planung des Bedarfs an anerkannten Langzeitbetten und zugelassenen OKP-Betten 2016 - 2020.....	30
<i>Tabelle 16: Entwicklung der Gesamtnazahl Pflegestunden 2013 - 2020</i>	<i>34</i>
Tabelle 17: Entwicklung der Stunden Hilfe und Pflege 2013 - 2020 für die beauftragten Dienste...	34
Tabelle 18: Planung der Anzahl VZÄ in den beauftragten Diensten nach Bezirk	36
Tabelle 19: Planung der Kurzzeitbetten 2016 – 2020	37
Tabelle 20: Planung der Tagesbetreuungsplätze 2016 – 2020.....	38
Tabelle 21: Planung der Plätze für Nachtaufnahmen.....	38

11. ANHÄNGE

11.1. AUSZÜGE AUS DEN BEVÖLKERUNGSPERSPEKTIVEN 2013-2035 DES STATA

Bevölkerungswachstum nach Komponenten von 1981 bis 2035



11.2. ANHANG: DETAILS DER FINANZPLANING

Erhöhung der Kosten für die öffentliche Hand	2016	2017	2018	2019	2020	Kumulierung 5 Jahre
- Erhöhung der Kosten für die anerkannten Langzeitbetten und zugelassenen OKP-Langzeitbetten	2 626 060	721 461	4 075 870	2 424 054	3 590 862	13 438 306
Erhöhung der Lohnsumme	4 206 237	1 782 896	7 750 029	4 780 966	6 407 923	
Erhöhung des Anteils der Versicherer	-1 172 955	-3 643 947	-2 307 535	-1 211 961	-1 091 671	
Erhöhung des Anteils der Heimbewohner/innen	-407 223	2 582 512	-1 366 624	-1 144 '951	-1 725 390	
- Erhöhung der Kosten für die VZÄ der beauftragten Dienste für Hilfe und Pflege zu Hause	2 994 670	1 104 113	558 746	1 359 801	1 625 304	7 642 634
Erhöhung der Lohnsumme	3 430 248	2 512 472	2 337 537	2 475 526	2 741 569	
Erhöhung der Einnahmen KVG	- 435 578	-1 408 359	-1 778 792	-1 115 725	-1 116 265	
- Erhöhung der Kosten für Kurzzeitbetten	144 387	- 71 895	164 144	153 684	175 135	565 455
Erhöhung der Lohnsumme	255 006	86 398	323 578	313 632	343 843	
Erhöhung des Anteils der Versicherer	- 60 909	- 183 303	- 80 811	- 80 811	- 80 811	
Erhöhung des Anteils der Heimbewohner/innen	- 49 710	25 010	- 78 623	- 79 137	- 87 897	
- Erhöhung der Kosten für die Plätze in Tagesstätten	117 980	70 075	185 925	154 000	204 000	731 980
Durchschnittlicher Beitrag	950	95.50	96.00	96.50	97.00	
Erwartete Anzahl Aufnahmen	16 000	16 650	18 500	20 000	22 000	
- Erhöhung der Kosten für die Nachtaufnahme-Plätze		-	52'560	74'241	96'251	223 052
Erwartete Anzahl Aufnahmen	-	-	730	1'022	1'314	
Total für die Jahre 2016 - 2020	5 883 097	1 823 753	5 037 244	4 165 781	5 691 551	22 601 426