

Alterskonzept Nidwalden

(Insbesondere Pflegeheimplanung)

Autoren:

Hans-Ulrich Kneubühler
Josef Estermann
Fritz Renggli

April 2007
Fassung 2018

Projektauftraggeber

Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden (GSD)

Steuerungsgruppe

Leo Odermatt, Dr. oec., Regierungsrat, Gesundheits- und Sozialdirektor NW, Vorsitz

Andreas Scheuber, Direktionssekretär GSD NW / Vorsteher Gesundheitsamt NW

Käthy Stöcklin Bider, GSD NW, interne Projektleiterin

Oscar Amstad, Finanzverwalter NW / Direktionssekretär Finanzdirektion NW

Olaf Vornholz, Präsident CURAVIVA Nidwalden

Edith Fischer, Dr. F. Renggli Managementberatung, Projektmitarbeiterin

Fritz Renggli, Dr. phil., Dr. F. Renggli Managementberatung, externer Projektleiter

Hans-Ulrich Kneubühler, Dr. rer. pol., PhD, Fachhochschule Nordwestschweiz, externer wissenschaftlicher Berater

Josef Estermann, PD Dr. phil. habil., Dr. iur., Freie Universität Berlin / Forschungskomitee Gesundheitssoziologie der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, externer wissenschaftlicher Berater

Fachexpertengruppe

Andreas Dummermuth, Direktor Ausgleichskasse Nidwalden

Bruno Zanini, Heimleiter Seniorenzentrum Zwyden, Hergiswil

Franz Wolfisberg, Geschäftsführer santésuisse Zentralschweiz

Ida Bründler, Leiterin Pflege und Betreuung, Wohnheim Nägeligasse, Stans

Jörg Püschel, Dr. med., Chefarzt Psychiatrie Obwalden/Nidwalden, Sarnen

Josef Keller, Präsident Altersstiftung Ennetbürgen

Margot Heutschi, Regionalverantwortliche SBGRL (Schweizer Berufs- und Fachverband der Geriatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege) Zentralschweiz

Rolf Müller, Geschäftsleiter Pro Senectute Nidwalden

Silvia Simoes, Geschäftsführerin Spitex Verein Nidwalden

Inhalt

1.	Einleitung.....	4
2.	Methodische Aspekte, IST-Analyse und demographische Entwicklung.....	6
2.1	Zur Datenlage.....	6
2.2	Demographische Situation.....	8
2.3	Zur Struktur der Pflegeheime im Kanton Nidwalden.....	9
2.3.1	Abdeckungsrate.....	9
2.3.2	Zur Altersstruktur der Heimbewohnerinnen.....	12
2.4	Die Pflegebedürftigkeit in den Pflegeheimen im Kanton Nidwalden.....	13
2.5	Zur Kostenstruktur der Pflegeheime im Kanton Nidwalden.....	13
2.6	Zur Personalsituation in den Heimen im Kanton Nidwalden.....	15
2.7	Zur Struktur der Spitexnachfrage im Kanton Nidwalden.....	16
2.8	Ergänzungsleistungen zur AHV und IV.....	17
3.	Szenarien.....	19
3.1	Grundsätzliches.....	19
3.2	Die einzelnen Szenarien.....	20
3.2.1	Ausgangsdaten.....	20
3.2.2	Ergebnisse.....	20
3.2.3	Entwicklung des Pflegebedarfs.....	21
3.2.4	Schlussfolgerungen.....	23
4.	Künftige Struktur der Angebote für Betagte im Kanton Nidwalden.....	24
4.1	Pflegeheime.....	24
4.2	Anbieter von ambulanten Diensten (Spitex, Pro Senectute).....	26
4.3	Neue Wohnformen.....	27
4.4	Ärztliche Betreuung.....	29
4.5	Spezialfragen.....	31
4.5.1	Psychogeriatrische Aspekte.....	31
4.5.2	Rehabilitations- und Übergangspflege.....	32
4.5.3	Sonderfälle.....	35
5.	Zur Qualität der Pflegeheime im Kanton Nidwalden.....	36
5.1	Hintergrund.....	37
5.2	Daten.....	37
5.3	Ergebnisse.....	38
5.4	Diskussion.....	39
5.4.1	Subjektive Lebensqualität, Wohlbefinden und Personalschlüssel.....	39
5.4.2	Subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden und Größe des Heimes.....	40
5.4.3	Subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden und Kostenstruktur des Heimes.....	40
5.5	Struktur- und Prozessqualität.....	41
5.6	Qualitätssicherung.....	41
5.6.1	Zur Definition der Qualität von Pflegeheimen.....	41
5.6.2	Offenes Konzept statt Produkt.....	43
5.6.3	Zur Umsetzung im Kanton Nidwalden.....	44
6.	Empfehlungen.....	46
	Anhang: Grafiken.....	49
	Anhang: Tabellenverzeichnis.....	55
	Glossar.....	56
	Literatur.....	60

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht hat seine gesetzliche Grundlage im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10). Nach Artikel 35 Absatz 1 lit. k KVG sind Pflegeheime Leistungserbringer im Rahmen des Gesetzes. In Art. 39 KVG werden die Voraussetzungen umschrieben, die erfüllt sein müssen, damit ein Pflegeheim bei seiner Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen ist. Dazu gehören die vom Kanton zu erstellende Planung und die Aufnahme auf die Pflegeheimliste, welche auf dieser Planung basiert (Pflegeheimplanung).

Diesen gesetzlichen Auftrag will der folgende Bericht erfüllen. Ansatzweise geht er allerdings über diesen Auftrag hinaus, wie das auch im Titel zum Ausdruck kommt. Er nimmt die aktuellen Forschungsergebnisse und Erkenntnisse der Alterswissenschaft (Gerontologie) auf, die den Schluss zulassen, dass Altern ein höchst individuell verlaufender Prozess ist, und aus dem Lebensalter deshalb nicht ohne weiteres auf einheitliche und homogene Lebenslagen geschlossen werden darf. Die Lebenslage „Alter“ umfasst viele Gegensätze: Gesunde und Kranke, Arme und Reiche, Einsame und Vernetzte, Leistungsfähige und Abgebaute. Diese Einsicht führt dazu, auf eine einseitige und sich ausschließlich an Defiziten orientierende Betrachtung des Alters zu verzichten. Folgt man diesem Argument, wird deutlich, dass sich damit die Komplexität der Problemstellung, wie der Staat auf Problemlagen des Alters reagieren soll, erhöht. Neben der ökonomischen Alterssicherung, die in der Schweiz mehrheitlich durch die Sozialversicherungen und durch die Leistungen aus dem BVG finanziert wird, erbringt der Staat mittel- oder unmittelbar eine Reihe von Dienstleistungen, die teilweise, mehrheitlich oder ausschließlich für Betagte bestimmt sind. Sie aufeinander so abzustimmen, dass sie zum einen den veränderten Bedürfnissen der Betagten optimal gerecht werden, zum andern finanzierbar bleiben, wird in Anbetracht der zunehmenden Komplexität nicht einfacher. Immerhin ist es zumindest nahe liegend, den Bereich der Kerndienstleistungen, also die Pflege und Betreuung von Betagten, einer Gesamtschau zu unterziehen, und deswegen die Angebote der stationären (Akutspitäler, Pflegeheime, betreutes und begleitetes Wohnen) und der ambulanten Angebote für Betagte (Spitex, Pro Senectute usw.) in einen konzeptuellen Zusammenhang zu sehen. Diesem Aspekt versucht der vorliegende Bericht auch gerecht zu werden, weshalb er den Titel „Alterskonzept Nidwalden“ trägt.

Im Kanton Nidwalden liegt die Zuständigkeit für die Unterbringung, Pflege und Betreuung pflegebedürftiger (meist betagter) Personen bei den verschiedenen Stiftungen und der Gemeinde Stans (Wohnhaus Mettenweg), während die Versorgung durch das Akutspital in der Zuständigkeit des Kantons liegt. Die Spitex wird durch die Gemeinden finanziell unterstützt. Der Kanton Nidwalden hat mit den Trägern der Heime gestützt auf das Heimbeitragsgesetz vom 29. April 1984 im Jahre 1992 Verträge abgeschlossen. Einzelne Nidwaldner Gemeinden unterstützen beziehungsweise unterstützen die Stiftungen in den Gemeinden Beckenried, Buochs, Ennetbürgen und Hergiswil mit Bau- und oder Betriebsbeiträgen. Die Gemeinde Stans engagiert sich als Träger des Wohnhauses Mettenweg. Diese Zuständigkeitsordnung und die Parallelität von öffentlichrechtlichen und privatrechtlichen Organisationen bedingt für die Umsetzung der in diesem Bericht gemachten Empfehlungen eine politische Konsensbildung. Diese wird dann möglich, wenn die Einsicht vorherrscht, dass Interventionen, Programme und Interventionen für Betagte ihre Legitimation letztlich ausschließlich durch die dadurch erreichte Lebensqualität und das Wohlbefinden der Betagten erhalten. Entscheidend kann also nicht sein, was Interventionen, Programme

und Organisationen wollen, sondern was sie tatsächlich (effektiv) und wirtschaftlich (effizient) zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität derjenigen leisten, in deren Namen und für die sie handeln.

Abschließend soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Empfehlungen vom 3. Mai 2002 der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK; heute GDK) zu Artikel 39 KVG ein wichtiges Hilfsinstrument für die Pflegeheimplanung bilden. Insbesondere hervorzuheben ist Empfehlung 13: „Für die Sicherstellung des im Rahmen der Planung ermittelten Bedarfs wird unter den potentiellen Leistungserbringern eine Evaluation durchgeführt.“ Dabei kann nach folgenden Kriterien überprüft werden:

- Wirtschaftlichkeit des Leistungserbringers, wobei auch der Grundsatz der Kostenwahrheit zu beachten ist.
- Qualität der erbrachten Leistungen.
- Geographische Lage des Leistungserbringers.
- Möglichkeit, die Dienste des Anbieters im Rahmen eines sachgerechten Versorgungskonzeptes heranziehen zu können.
- Bereitschaft des Anbieters, die mit der Berücksichtigung in der Planung verbundenen Verpflichtungen (Kapazität, Tarifschutz, Ferienbetten, Tagesplätze, usw.) zu übernehmen.

Weiter hat sich die Pflegeheimplanung gemäß diesen Empfehlungen auch am Bedarf zu orientieren (Abbau von Überkapazitäten resp. Schließung von Versorgungslücken) und private Einrichtungen angemessen zu berücksichtigen. Nicht resp. nur in Ausnahmefällen auf die Pflegeheimliste aufzunehmen sind jedoch außerkantonale Einrichtungen. Die Anzahl Betten muss den einzelnen Pflegeheimen nicht zwingend zugewiesen werden. Die Pflegeheimliste kann in Teilbereiche nach Art des Leistungsspektrums der Pflegeeinrichtungen gegliedert werden. Schließlich empfiehlt die SDK eine regelmäßige Überprüfung der Pflegeheimliste.

Die vorliegende Pflegeheimplanung soll den Zeitraum 2007 bis 2020 abdecken und so konzipiert sein, dass sie anschließend nicht von Grund auf neu erstellt werden muss. Vielmehr soll dann eine einfache Aktualisierung genügen.

Der eigentlichen Planung wird eine Ist-Analyse vorangestellt, in der die relevanten Fakten für eine bedarfs- und qualitätsgerechte Pflegeheimversorgung erhoben sind. Ausgegangen wurde von folgenden Eckwerten:

- Demographische Situation,
- Heimsituation im Kanton Nidwalden,
- Vernetzung Heime – Spitex – Spital/Psychiatrie – Rehabilitation,
- Bewohnerprofil und Bedürfnisse für die Pflege,
- Personalsituation,
- Kosten- und Finanzierungsaspekte.

2. Methodische Aspekte, IST-Analyse und demographische Entwicklung

2.1 Zur Datenlage

Soweit wie möglich stützen sich die folgenden Angaben auf die amtlichen Statistiken des Bundesamtes für Statistik (BFS) sowie des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV). Von Belang sind dabei vor allem die demographischen Statistiken des BFS und dessen aktuelle Krankenhausstatistik sowie die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED-Statistik 2005). Von den Statistiken des BSV wurden die Berichte zur Spitex und zu den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV einbezogen.

Mit diesem Vorgehen wurde beabsichtigt, die gleichen Zahlen nicht mehrmals zu erheben und so den Aufwand für die Pflegeheime und die andern im Bericht einbezogenen Institutionen im Kanton Nidwalden zu minimieren. Diese Zielsetzung war insofern bedeutungsvoll, als verhindert werden sollte, dass durch einen zu grossen Erhebungsaufwand der einzelnen Einrichtungen die Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Daten unzulässig verzerrt würden. Vor dem Hintergrund dieser Überlegung wurde in Kauf genommen, dass die Daten sich nicht in allen Fällen auf den gleichen Zeitpunkt beziehen. Dieser Nachteil wurde bewusst in Kauf genommen, da keine Argumente oder Anhaltspunkte dafür zu finden sind, dass sich Entscheidendes geändert hat. Deshalb wurde der Aspekt der unbedingten zeitlichen Vergleichbarkeit dem Aspekt der Gewinnung von möglichst verzerrungsfreien Daten untergeordnet. Bei gesamtschweizerischen Vergleichen wurde auf die Zahlen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) zurückgegriffen.

Zur *Qualität der Daten* insgesamt ist anzumerken, dass diese Daten weitgehend auf der Selbstdeklaration der Organisationen beruhen. Das gilt auch für die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, die deswegen seit längerem nicht unumstritten ist. Stichprobenweise vorgenommene Nachkontrollen ergaben allerdings keine Anhaltspunkte für systematische, gravierende Verzerrungen. Deshalb darf die Qualität der Daten als genügend bezeichnet werden, wenn auch anzunehmen ist, dass in Einzelfällen Abweichungen von der tatsächlichen Situation vorkommen mögen. Diese sind allerdings für das Gesamtbild und die darauf basierende Planung nicht bedeutungsvoll und können vernachlässigt werden.

Die *Unterscheidung zwischen Alters- und Pflegeheimen* ist bedingt durch die unterschiedlichen Bedürfnisse, die einstmals durch die entsprechenden Institutionen abgedeckt wurden. Stand beim Altersheim eine spezifische Wohnform im Vordergrund (weswegen auch die Bezeichnung „Alterswohnheim“ vorzuziehen wäre), die einen endgültigen Charakter aufwies, so kam beim Pflegeheim noch zusätzlich eine medizinische Versorgung hinzu. Altersheime deckten also eher „fürsorgerische“ Bedürfnisse ab, indem sie Behausung, Essen und Betreuung zu relativ niedrigen Preisen anboten. Sie setzten allerdings eine gewisse Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner voraus. Pflegeheime boten und bieten zusätzlich noch eine medizinische Betreuung an. Nach der in der Schweiz üblichen Aufgabenteilung zwischen Kantonen und ihren Gemeinden fiel die „Fürsorge“ in den Tätigkeitsbereich der Gemeinde, für die Gesundheitsversorgung sind hingegen die Kantone zuständig. Das wirkt sich bis heute auf die Kompetenzordnung aus, und erfährt im Krankenversicherungsgesetz (KVG) auch eine bundesrechtliche Stützung, die bewirkt, dass die

Kantone im Bereiche der stationären Einrichtungen für Betagte gewisse hoheitliche Funktionen wahrzunehmen haben.

Durch verschiedene Faktoren beeinflusst (wie steigende Lebenserwartung, Verbesserung des Gesundheitszustandes und der sozioökonomischen Situation usw.) wurde die Unterscheidung zwischen Alters- und Pflegeheimen zunehmend obsolet. Eine besondere Wohnform im Alter lässt sich deshalb immer weniger durch das bloße Faktum des chronologischen Alters begründen. Der überwiegende Teil der Betagten lebt im eigenen Haushalt und tritt nur als „Ultima ratio“ in eine stationäre Einrichtung ein. Ein wesentlicher Grund für den Eintritt sind gesundheitliche Beeinträchtigungen. Das bedeutet aber nicht, dass diese in allen Fällen so gravierend sind, dass eine intensive Pflege notwendig ist. Vielmehr werden bestimmte Dienstleistungen mit vom Aufwand her limitierten Charakter notwendig oder entsprechen den Bedürfnissen. In der Realität hat das dann für diese Fälle zur Konsequenz, dass eine gewisse Selbständigkeit zwar gegeben aber nicht so ist, dass ohne Hilfe von Dritten ausgekommen werden könnte. Um diesen Bedürfnissen zu entsprechen, ist der überwiegende Teil der einstmaligen Alters(wohn)heime dazu übergegangen, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern auch medizinische Versorgungen anzubieten, und sie haben die entsprechenden infrastrukturellen und personellen Ressourcen dafür bereit gestellt.

Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Praxis wider, so beispielsweise im aktuellen Verständnis von Betreuung resp. Pflege. Beide Aspekte werden heute von den Professionen als komplementär empfunden und durch die gleiche Person geleistet. Abzulesen ist die Entwicklung auch in den Bezeichnungen der stationären Einrichtungen (etwa „Betagtenzentrum“). Die Einstufungssysteme und die Finanzierung durch die Versicherer (etwa BESA oder RAI/RUG) kennen je nach Intensität der Pflege Abstufungen und erfassen auch die Bewohnerinnen, die keine oder wenig Pflege beanspruchen.

Diese wenigen Beispiele sollen verdeutlichen, warum im vorliegenden Bericht nicht zwischen Alters- und Pflegeheimen unterschieden wird. Diese Auffassung wird vom „Main stream“ der Gerontologie in der Schweiz geteilt, wie das folgende Zitat verdeutlicht: „In den letzten 20 Jahren (weisen) Alters-, Pflege- und Krankenhäuser eine gewisse Konvergenz in ihrer Charakteristika (auf), sodass es heutzutage aus (sozialwissenschaftlicher) Sicht nicht mehr angebracht ist, eine Klassifikation vorzunehmen, die lediglich auf rechtliche oder historische Unterschiede zurückgreift.“ Dass rechtliche oder historisch begründete Unterschiede zwischen Pflege- und Altersheimen in der Realität kaum große Bedeutung mehr haben, können die Autoren bezüglich der Kosteneffizienz zeigen: „... grundsätzlich (wurde) kein signifikanter Unterschied in der Kosteneffizienz zwischen privaten for-profit oder non-profit bzw. öffentlichen Pflegeheimen (beobachtet), und ... (es bestehen) trotz unterschiedlichen Regulierungsformen keine systematischen Unterschiede in den erreichten Effizienzgraden der regulierten Pflegeheime.“¹

Wird die Unterscheidung zwischen Alters- und Pflegeheimen fallengelassen, beeinflusst das die Zahl der Plätze in den Heimen im Kanton Nidwalden. Die Zahl der Plätze, die von der Finanzdirektion sowie der Gesundheits- und Sozialdirektion und damit von den Versicherern als „Pflegeheimplätze“ definiert ist, beträgt aktuell **383**. Diese Definition basiert allerdings auf einer ausschließlich rechtlichen Unterscheidung, indem sie die Zahl der Plätze festlegt, die durch den Kanton mitfinanziert werden. Tatsächlich dürfte es in der Praxis so sein, dass sowohl in dieser Zahl Bewohnerinnen und Bewohner enthalten sind, die keine oder wenig Pflege in Anspruch

¹ Crivelli et al. (2002), S. 10 resp. S. 41.

nehmen, wie in der Zahl der Altersheimplätze Bewohnerinnen und Bewohner, die Pflege erhalten.² Diese subventionsorientierte Betrachtung wird hier nicht weiterverfolgt. Vielmehr wird vorgeschlagen, die BESA-Einstufungen als Basis der Kantonsbeiträge zu wählen. Damit kann der Realität der stationären Einrichtungen für Betagte besser entsprochen werden. Konsequenterweise wird im Folgenden von einer Zahl an Plätzen ausgegangen, welche der Summe der Plätze in Alters- und in Pflegeheimen im Kanton Nidwalden entspricht. Nach der jüngsten zur Verfügung stehenden „SOMED-Statistik“ sind das 450 Plätze.³

Nicht in dieser Zahl enthalten sind die Plätze (bis auf eine Ausnahme) in Institutionen des „betreuten Wohnens“. Die Abgrenzung zwischen den Heimen und dieser Wohnform ergibt sich durch die Entscheidungsfreiheit der Bewohnerinnen. In Heimen werden der Tagesrhythmus und damit die Entscheidungsfreiheit durch Vorgaben des Heimes bestimmt. In Institutionen des betreuten Wohnens entscheidet die Bewohnerin selbst und eigenständig, welche Dienstleistungen sie wann, wie häufig usw. beanspruchen will. Vorgaben gibt es *grundsätzlich* nicht, es besteht nur ein Mietvertrag. Allerdings können andere Dienstleistungen nach bestimmten Vorgaben beansprucht werden. Deshalb hängt der Tagesrhythmus der Bewohnerinnen von ihren Entscheidungen ab, deren Konsequenzen (Kosten usw.) sie dann selber zu tragen haben. Auf Grund dieses Kriteriums wird auch transparent, warum eine Einrichtung, die sich als Angebot im Bereich des „betreuten Wohnens“ definiert, nicht zu dieser Kategorie gezählt wird, sondern zur Kategorie „Heime“.

2.2 Demographische Situation

Der Altersstrukturvergleich des Kantons Nidwalden mit den Daten der Kantone Luzern und Obwalden, die zum Vergleich herangezogen werden, sowie der Schweiz zeigt Grafik 1 im Anhang. Der Kanton Nidwalden weicht in seiner Altersstruktur nicht entscheidend von der gesamtschweizerischen resp. derjenigen der Vergleichskantone ab. Obwalden hat zwar mehr Jugendliche, Nidwalden kennt einen Knick in der Alterskohorte der 19- bis 25-Jährigen, und die Kohorte der 34- bis 45-Jährigen ist übervertreten. Ebenfalls leicht übervertreten ist in Nidwalden die Kohorte der 55- bis 65-Jährigen. Diese Abweichungen sind auf Ausbildungs- und Arbeitsmigration zurückzuführen.

Die Grafik 2 im Anhang zeigt den Altersstrukturvergleich der 60-Jährigen und älteren, wiederum für den Kanton Nidwalden, die Vergleichskantone Obwalden und Luzern sowie die Schweiz. Auch hier sind im Vergleich mit der gesamtschweizerischen Struktur und denen der Vergleichskantone keine bedeutsamen Abweichungen ersichtlich. Zu beachten ist die Abweichung des Kantons Nidwalden in der Kohorte der 65- bis 90-Jährigen: Hier liegt Nidwalden unter dem schweizerischen Wert.

Die Altersstruktur der 80-Jährigen und Älteren ist in der Grafik 3 des Anhangs dargestellt und zeigt dasselbe Bild: Der Kanton Nidwalden ist demografisch relativ „jung“. Die Kohorte der über 80-Jährigen liegt unter dem Schweizer Wert, auch unter denen der Vergleichskantone. Zusätzlich zeigt die Grafik 3, dass die schon in der Einleitung problematisierte Gleichsetzung von Lebensalter und Hilfebedürftigkeit differenziert betrachtet werden muss. Längst nicht alle Hochbetagten leben in Pflegeheimen, son-

² Zu beachten wären zudem der Aspekt der Quersubventionierung sowie Aspekte des Deckungsbeitrages.

³ BFS, SOMED-Statistik 2004, Tab. D2.

dern mehrheitlich zu Hause, und das gilt für Nidwalden selbst für die 99-Jährigen und älteren: Auch von dieser Kohorte lebt der größere Teil nicht im Heim (vgl. dazu auch Grafiken 3, 4 und 6 im Anhang).

Festzuhalten bezüglich der demographischen Situation im Kanton Nidwalden ist zusammenfassend, dass die Bevölkerung im gesamtschweizerischen Vergleich relativ „jung“ ist. Ob sich dieser Befund auch zukünftig halten lässt, kann nicht entschieden werden, da er von Bedingungen abhängt, die kaum prognostizierbar sind, wie dies etwa für die wirtschaftliche Entwicklung oder für andere Attraktivitätsfaktoren wie die Bodenpreise, davon abhängig die Liegenschaftspreise und Mieten, die Verkehrerschließung, die steuerliche Belastung usw. der Fall ist. Immerhin kann darauf verwiesen werden, dass Nidwalden eine Zunahme der ständigen Wohnbevölkerung aufweist, die über dem schweizerischen Mittel liegt, und zusammen mit den Kantonen Zug und Schwyz die höchste in der Region Zentralschweiz ist. Geht man davon aus, dass sowohl die Reproduktionsrate wie die Wanderung altersabhängig sind, dürfte der Befund einer „jung“ Bevölkerungsstruktur für den Planungshorizont (2020) – wenn auch in abgeschwächter Form – weiterhin haltbar sein.

2.3 Zur Struktur der Heime⁴ im Kanton Nidwalden

2.3.1 Abdeckungsrate

Die Abdeckungsrate gibt an, wie viele Plätze in Pflegeheimen zur Verfügung stehen, und zwar wird diese entweder in Bezug gesetzt zur Gesamtbevölkerung („ständige Wohnbevölkerung“) oder zur Zahl der Betagten oder Hochbetagten.⁵

Grafik 5 im Anhang zeigt die Rate der verfügbaren Betten pro 1000 65-Jährige und ältere Einwohner in der Schweiz und in den einzelnen Kantonen (Datenquelle: Statistik der sozial-medizinischen Institutionen, 2000).

Wird die Abdeckungsrate auf die Bevölkerung bezogen, so ergibt sich folgendes Bild:

⁴ Dazu zählen alle Heime, die durch die SOMED-Statistik bis 2004 erfasst worden sind: Wohnheim Nägeligasse, Stans; Altersheim Öltrotte, Ennetbürgen; Alterswohnheim Buochs; Alterswohnheim Hungacher, Beckenried; Seniorenzentrum Zwyden, Hergiswil; Pension Rosenchalet, Hergiswil; Wohnhaus Mettenweg, Stans; Wohnheim Länderhuis, Emmetten.

⁵ Einer in der Gerontologie üblichen Einteilung folgend werden 65- bis 79-Jährige als „betagt“ bezeichnet, 80-Jährige und ältere als „hochbetagt“.

Tabelle 1: Rate der verfügbaren Betten pro 1000 Einwohner/-innen (ständige Wohnbevölkerung) in Institutionen für betagte und pflegebedürftige Menschen (Schweiz und Kantone Nidwalden, Obwalden und Luzern)

Datenquelle: SOMED-Statistik 2004

Kanton	Anzahl Betten	Rate (Bettendichte pro 1000 Einwohner/-innen)
Nidwalden	450	11,5
Obwalden	468	14,1
Luzern	4 759	13,4
SCHWEIZ	85 995	11,6

Bei diesen Betrachtungen zeigt sich, dass der Kanton Nidwalden bezüglich der Abdeckungsrate bezogen auf die Gesamtbevölkerung im schweizerischen Mittel liegt. Darin drückt sich aus, dass der Kanton Nidwalden demografisch jung ist. Zudem verfügt der Kanton Nidwalden über unterdurchschnittlich viele Betten für Behinderte, die in anderen Kantonen untergebracht sind. Bezieht man die Zahl der verfügbaren Betten auf die Wohnbevölkerung der über 80-Jährigen (Hochbetagten), zeigt sich, dass die Abdeckungsrate, wie schon bei den über 65-Jährigen (vgl. Grafik 5 im Anhang), in Nidwalden massiv über dem schweizerischen Mittel liegt.

Tabelle 2: Rate der verfügbaren Betten für 80-jährige und ältere Einwohner in Institutionen für betagte und pflegebedürftige Menschen (Schweiz und Kantone)

Datenquelle: SOMED-Statistik 2002; eigene Berechnungen.

Kanton	Anzahl Betten	Anzahl 80+	Abdeckungsrate
GL	846	1 898	44,6%
AR	1 062	2 669	39,8%
OW	461	1 289	35,8%
SZ	1 468	4 096	35,8%
SH	1 305	3 659	35,7%
NW	442	1 267	34,9%
LU	4 634	13 347	34,7%
ZG	1 004	2 928	34,3%
TG	2 920	8 678	33,6%
SG	5 878	17 774	33,1%
AG	5 410	17 823	30,4%
ZH	14 759	49 191	30,0%
FR	2 464	8 344	29,5%
GR	2 378	8 060	29,5%
UR	450	1 551	29,0%
BE	13 388	46 712	28,7%
CH Total	84 031	298 887	28,1%
NE	2 152	7 754	27,8%
TI	4 045	14 783	27,4%
BL	2 266	9 218	24,6%
VS	2 229	9 742	22,9%
SO	2 304	10 253	22,5%
BS	2 629	11 868	22,2%
GE	3 410	15 861	21,5%
JU	649	3 071	21,1%
VD	5 360	26 454	20,3%
AI	118	597	19,8%

Der Mittelwert (Median⁶) der Abdeckungsrate beträgt gesamtschweizerisch 29,5%, das untere Quartil⁷ liegt bei 22,9%, das oberste Quartil beträgt 34,7%, was ungefähr dem Wert des Kantons Nidwalden entspricht. Das heißt, der Kanton Nidwalden ist bei der Abdeckungsrate an der Grenze zum obersten Viertel der Schweiz und gehört damit in der Schweiz zu den Kantonen, die ihrer über 80-jährigen Bevölkerung am meisten Pflegeheimplätze zur Verfügung stellen. Eine gleiche oder eine höhere Abdeckung als der Kanton Nidwalden haben die Kantone Glarus, Appenzell Außer-rhoden, Obwalden, Schwyz und Schaffhausen.

2.3.2 Zur Altersstruktur der Heimbewohnerinnen⁸

Üblicherweise wird als Indikator für die Altersstruktur der Heimbewohnerinnen deren Durchschnittsalter verwendet. Der Nachteil dieser Darstellung liegt darin, dass das verwendete arithmetische Mittel insofern ein verzerrtes Bild ergibt, als der Durchschnittswert nichts aussagt über die Streuung und zudem durch Extremwerte massiv beeinflusst wird. Die Grafik 6 im Anhang zeigt deshalb die Gesamtstruktur des Alters aller Heimbewohnerinnen, d.h. den Anteil von Personen jeden Jahrgangs, die in Pflegeheimen leben (Inanspruchnahme).

Der Anstieg der Inanspruchnahme von Pflegeheimen setzt erst über 75 Jahren ein. Rund 5% der 75-Jährigen leben in einem Pflegeheim. Dieser Anteil steigt dann stetig und erreicht bei den 95-Jährigen das Maximum mit rund 44%.

Dass die Inanspruchnahme mit zunehmendem Lebensalter steigt, zeigt die Grafik 6 im Anhang. Diese Feststellung ist banal. Weniger banal dürfte allerdings sein, dass in allen Altersklassen der Anteil derjenigen, die in einem Pflege- oder Altersheim leben, weniger als 50% beträgt.

Das Durchschnittsalter aller Bewohnerinnen der Heime im Kanton Nidwalden liegt per 1.1.2006 bei rund 83 Jahren. Das Heim mit dem niedrigsten Wert weist ein Durchschnittsalter von 68 Jahren⁹ auf, das mit dem höchsten Wert ein solches von 87 Jahren.

⁶ Dieser Wert bezeichnet die Grenze, welche die unteren 50% einer Verteilung von den oberen 50% trennt.

⁷ Dieser Wert bezeichnet die Grenze, welche die untersten 25% einer Verteilung von den oberen 75% trennt.

⁸ Im Text wird in der Regel die weibliche Form verwendet, weil die Mehrzahl der in Pflegeheimen lebenden Menschen weiblich ist. Gemeint sind mit diesem Begriff immer auch die männlichen Bewohner.

⁹ Es handelt sich dabei um das Wohnhaus Mettenweg in Stans, das allerdings zusätzlich ein sozialpsychiatrisches Heim ist.

2.4 Die Pflegebedürftigkeit in den (Pflege-)Heimen im Kanton Nidwalden¹⁰

Die Pflegebedürftigkeit wird nach einem Erfassungssystem, dem so genannten BESA, durch die Heime und die Versicherer in fünf Stufen eingeteilt, wobei 0 die geringste Pflegebedürftigkeit (resp. überhaupt keine) und 4 die höchste bezeichnet. Nach der SOMED-Statistik sieht die Pflegebedürftigkeit in den Pflegeheimen im Kanton Nidwalden per 01.07.2006 folgendermaßen aus:

Tabelle 3: BESA-Einstufung in den Pflegeheimen im Kanton Nidwalden per 01.07.2006 und im Vergleich mit dem Kanton Luzern

Datenquelle: SOMED-Statistik 1.07.2006, Santésuisse

Meldungen per 01.07.2006	BESA 0	BESA 1	BESA 2	BESA 3	BESA 4	Total
Kanton Nidwalden total per 01.07.2006 in %	19	16	21	18	26	100
Kanton Luzern total per 01.07.2006 in %	6	21	24	23	26	100

Wie Tabelle 3 zeigt, sind 19% der Bewohnerinnen der Pflegeheime im Kanton Nidwalden nicht und 16% in einem geringen Ausmaß pflegebedürftig, während 44% dies in einem schweren Ausmaß sind. Es soll hier nicht darüber spekuliert werden, warum das so ist. Festzuhalten ist zweierlei: Sicher bestimmt nicht ausschließlich die Pflegebedürftigkeit den Aufenthalt in einem Pflegeheim; zusätzliche Gründe wie Verlust der Partnerin oder des Partners, Verlust der Wohnung oder allgemeiner ein defizitäres soziales Netzwerk und eine inadäquate Wohnsituation sind auch bedeutsam. Zum andern zeigt der Vergleich mit dem Kanton Luzern, dass die Zahl derjenigen Bewohnerinnen im Kanton Nidwalden, die keine oder nur geringe pflegerische Leistungen brauchen, signifikant größer ist als in einem Kanton, der bezüglich der Pflegeheime eine durchaus vergleichbare Struktur aufweist.

¹⁰ Dazu zählen alle sechs Heime, die auf der Pflegeheimliste des Kantons Nidwalden aufgeführt sind.

2.5 Zur Kostenstruktur der Heime im Kanton Nidwalden

Aus nachvollziehbaren und nahe liegenden Gründen ist ein Vergleich der Kosten pro Bewohnerin und pro Heim eine interessierende Größe, da von ihr die Beantwortung der Frage erwartet wird, ob die vorhandenen Mittel effizient eingesetzt werden. Eine ökonometrische Analyse von Crivelli et al.¹¹ aus dem Jahr 2001 für die Schweiz kommt zum Schluss, dass die optimale Betriebsgröße aller untersuchten Pflegeheime (insgesamt waren es 835 von total in der SOMED-Statistik erfassten 1299 Heimen) in der Schweiz bezüglich der Kosten und deren Finanzierung bei 70-80 Betten erreicht ist, wobei ab einer Kapazität von 50 Betten die Kostenersparnisse nicht mehr beträchtlich sind. Die von ihnen gefundene Kosteneffizienz ist unabhängig von der Rechtsform und von der Regulierungsform in den jeweiligen Kantonen. Die Autoren verweisen selber auf den zentralen Mangel ihrer Untersuchung: Sie berücksichtigt die Frage nach der Qualität nicht und will ausschließlich die Frage nach der Effizienz beantworten, aber nicht die nach der Effektivität und damit auch der Qualität. Sie stellt also die Frage „Welche Kosten bei welcher Qualität?“ nicht und kann diese gar nicht stellen, da keine verlässlichen Angaben für die Qualität vorliegen.

Mit der Qualität ist zwar ein zentraler Aspekt aller Vergleiche innerhalb eines Versorgungssystems im Gesundheitswesen und zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen angesprochen, die aktuelle Forschung zeigt aber, dass solche Vergleiche noch weitere Dimensionen berücksichtigen müssen. So wird begründet verlangt, dass die institutionellen Strukturen hinreichend genau beschrieben werden, wozu die eingesetzten Produktionsfaktoren, die Finanzierungs- und Leistungsregelungen, die Anreizsysteme, die Kontroll- und Qualitätssicherungsprogramme und die politischen Entscheidungsstrukturen gehören. Methodisch zu berücksichtigen sind ferner die Komplexität der Beziehungen zwischen der Struktur eines Gesundheitswesens, dem Prozess der Leistungserbringung und den Ergebnissen.¹² In Anbetracht der Komplexität der Problematik überrascht nicht, dass verlässliche Kostenvergleiche selten sind. Die Gesundheitsökonomie konzentriert sich zu ausschließlich auf Fragen der Ausgabenentwicklung und Finanzierung, „blendet jedoch Fragen zu Akteuren und Institutionen im Bereich der Gesundheitsversorgung systematisch aus“.¹³ Eine gut bestätigte Hypothese der Gesundheitsökonomie ist die der „angebotsinduzierten Nachfrage“, die auch in diesem Bericht ein wesentliches Element der Argumentation darstellt (vgl. dazu Kap. 3.2.4). Danach streben die Anbieter im Gesundheitswesen einen Zielertrag an und reagieren bei Bedarf mit einer Leistungsausweitung, um diesen zu erreichen. Angebots- und Nachfragefunktion sind in dieser Argumentation nicht unabhängig voneinander (wie das im traditionellen Marktmodell unterstellt wird), vielmehr beeinflussen die Anbieter durch ihr Verhalten die Nachfrage und reagieren so auf Änderungen der Anreizstruktur.

Dass ein ausschließlich ökonomisch fokussierter Ansatz nicht ausreicht, um die Komplexität des Geschehens mit genügender Sicherheit zu analysieren, lässt sich auch zur Untersuchung von Crivelli et al. festhalten. Indem sie ausschließlich die Frage nach der Kosteneffizienz zu beantworten suchen und dabei die Fragen „welche Qualität zu welchem Preis“ nicht stellen, ist die Aussagekraft ihrer Untersuchung beschränkt. Allgemein lässt sich auf Grund der Forschung formulieren, dass hohe Kosten pro Bewohnerin noch nicht zwangsläufig auch hohe Qualität der erbrachten

¹¹ L. Crivelli et al., Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz, Quaderno N. 01-06, Lugano, 2001.

¹² vgl. dazu etwa F.W. Schwartz, K. Janus, Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld, in: Wendt, C. Wolf (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit, KZfSS, Sonderheft 46/2006, S. 72-85.

¹³ C. Wendt, Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven, S. 272, in: C. Wendt, C. Wolf (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit, KZfSS, Sonderheft 46/2006, S. 270-297.

Dienstleistung und/oder hohes Wohlbefinden und hohe Lebensqualität der Bewohnerinnen bedeuten. Die vorhandenen Mittel sind vielmehr eine notwendige, aber nicht hinreichende Erklärung für die Qualität. Diese Hypothese bestätigt sich auch bezüglich der Pflegeheime im Kanton Nidwalden (vgl. dazu Kapitel 5.4). Die in der Forschung für diesen gut bestätigten Satz geltend gemachten Gründe ihrerseits sind vielfältig. In die Kostenstruktur eines Pflegeheimes fließen beispielsweise ein die Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen, seine Größe, seine Aufbau- und Ablauforganisation, die Struktur und Qualität anderer ambulanter und stationärer Einrichtungen, die Versorgungsdichte usw. Aber auch die Ablehnung „schlechter Risiken“ und die Bevorzugung „guter Risiken“ durch ein Pflegeheim und eine entsprechende Aufnahmepolitik beeinflussen die Kostenstruktur zentral. Diese Aussage soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: Hat ein Pflegeheim viele Eintritte von Menschen zu verzeichnen, die an einem Dekubitus leiden wegen ungenügender Pflege und Prophylaxe in den Strukturen, in denen sie vor dem Eintritt lebten, so bildet sich dieses Ungenügen in den Kosten des Pflegeheimes ab. Sie dem Heim zuzuschreiben, wäre somit falsch. Ein Heim hingegen, das die Aufnahme von Dekubituspatienten vermeidet, wird durch die personalintensive Pflege dieser Patienten kostenmäßig nicht belastet. Die methodische Konsequenz aus dieser Argumentation ist die, dass bei einem Kostenvergleich ein „Risk adjustment“ vorgenommen werden muss, damit nur Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Ein solches vorzunehmen, würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen.

Aus der bereits erwähnten Untersuchung von Crivelli et al. lässt sich bezüglich der Personalkosten (die in der Regel mit einem Anteil von 70 - 80% der bedeutsamste Kostenfaktor in einem Pflegeheim sind¹⁴) immerhin eine Vergleichsgröße heranziehen. Sie kommt zum Schluss, dass der Mittelwert der Personalkosten pro Vollstelle in den von ihnen untersuchten Pflegeheimen im Jahr 2001 rund Fr. 67'000.- betrug. Im Kanton Nidwalden lagen sie im Jahr 2005 bei rund Fr. 70'000.-, was kein signifikanter Unterschied darstellt. Die einzelnen Heime in Nidwalden weichen kaum von diesem Mittelwert ab.

2.6 Zur Personalsituation in den Heimen im Kanton Nidwalden

Hier sind konzeptuell vor allem zwei Fragen von Bedeutung: Zum einen interessiert der so genannte Personalschlüssel (Verhältniszahl Bewohnerinnen zu Anzahl Vollstellen in einem Pflegeheim), zum andern der Ausbildungsstand der Beschäftigten.

Der Personalschlüssel sieht per 01.01.2006 so aus, dass im Durchschnitt aller untersuchten stationären Angebote¹⁵ im Kanton Nidwalden knapp 0,7 Vollstellen auf eine Bewohnerin entfallen, wobei die untere Grenze bei 0,41 und der höchste Wert bei 0,99 liegen. Diese Werte korrelieren hoch positiv mit den BESA-Pflegestufen: Während das Heim mit dem untersten Wert keine Bewohnerinnen in den Pflegestufen 3 und 4 nennt, hat das Heime mit dem höchsten Wert auch die meisten Bewohnerinnen in den Pflegestufen 3 und 4.

¹⁴ Reidy Aebischer U., Finanzierung von Alterspflegeheimen aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht, Bern, 2000.

¹⁵ Wohnheim Nägeligasse, Stans; Altersheim Öltrotte, Ennetbürgen; Alterswohnheim Buochs; Alterswohnheim Hungacher, Beckenried; Seniorenzentrum Zwyzden, Hergiswil; Alterssiedlung Riedsunnä, Stansstad; Heimet AG, Ennetbürgen; Pension Rosenchalet, Hergiswil; Wohnhaus Mettenweg, Stans; Wohnheim Länderhuis, Emmetten.

Bezüglich des Ausbildungsstandes ergibt sich folgendes Bild: 50% der Beschäftigten in den untersuchten Heimen haben keine abgeschlossene Lehre, sie sind angelernt oder haben einen Grundkurs besucht. 40% haben eine abgeschlossene berufliche Ausbildung und 10% zusätzlich eine höhere Ausbildung im universitären oder nicht universitären Tertiärbereich. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den Heimen augenfällig. In der Mehrzahl der Heime entspricht die Aufteilung zwischen an- und ungelerten Beschäftigten und Beschäftigten mit einer abgeschlossenen Ausbildung dem kantonalen Durchschnitt von 50% zu 50%.

2.7 Zur Struktur der Spitexnachfrage im Kanton Nidwalden

Da in diesem Bericht (wie einleitend begründet) die staatlich unterstützten Angebote für Betagte unbeschadet davon konzeptualisiert werden, ob sie ambulant oder stationär organisiert sind, soll in einem nächsten Schritt das Angebot und die Nutzung der Spitex im Kanton Nidwalden in ihren zentralen Dimensionen dargestellt werden.¹⁶

Bezüglich der Altersstruktur der Nachfrager nach Spitex-Diensten ist festzuhalten, dass diese überwiegend 65-jährig und älter sind. 63,8% der Nachfrager im Kanton Nidwalden gehören zu dieser Kohorte (nach BSV-Statistik; interne Zahlen der Spitex-Nidwalden: 59,8%). Sie beanspruchen 61,3% (interne Zahlen: 62%) der von den Spitex-Organisationen im Kanton Nidwalden erbrachten Stunden.¹⁷ Beide Werte liegen unter dem schweizerischen Mittelwert. Hier liegen die Werte der Nachfrager, die 65-jährig und älter sind, bei 74,2%; sie beanspruchen 79,7% der gesamthaft geleisteten Stunden. In die Schweizer Werte fließen allerdings auch die Werte von Kantonen ein, die ihre Angebote für Betagte anders strukturiert haben als Nidwalden.

Dieser Aspekt manifestiert sich auch in der Zahl von Vollstellen der Spitex-Organisationen pro 1000 Einwohner. Auch hier liegt der Kanton Nidwalden mit 1,0 Stellen markant unter dem Schweizer Mittel von 1,5, während beispielsweise der Kanton Waadt einen Wert von 2,4 aufweist, Genf einen solchen von 2,8 und der Jura 3,2. Ein analoges Bild ergibt sich, wenn die Zahl von Vollstellen der Spitex-Organisationen auf die Zahl der 65-Jährigen und älteren bezogen wird. Dieser Wert beläuft sich in Nidwalden auf 7,6 Stellen, gesamtschweizerisch auf 9,3 und im Jura auf 19,1.

Auch bezüglich der Art der nachgefragten Dienstleistungen unterscheidet sich der Kanton Nidwalden (zusammen mit andern Kantonen) vom Schweizer Mittel. Entspricht Nidwalden bezüglich der Hauswirtschaftsquote mit 0,6 Stunden pro Einwohner und Jahr dem Schweizer Mittel, weicht er mit einer Pflegequote von 0,5 Stunden pro Einwohner und Jahr deutlich vom Schweizer Mittel von 0,9 ab. Von Bedeutung dürfte auch sein, dass Nidwalden zu den wenigen Kantonen (insgesamt sind es fünf) gehört, in denen die Hauswirtschaftsquote höher ist als die Pflegequote. In der Periodenbetrachtung (1998 – 2005) ist aber eine Anpassung der Nachfragestrukturen im Kanton Nidwalden an den gesamtschweizerischen Trend festzustellen. Insgesamt

¹⁶ Vom Spitex Verein Nidwalden werden die folgenden Zahlen bestritten. Dabei wird übersehen, dass die BSV-Statistik präzisere Definitionen verwendet als der Spitex Verein Nidwalden. Zur Vergleichbarkeit wurde hier ausschliesslich auf die Zahlen der BSV-Statistik abgestellt. Im Übrigen ist darauf zu verweisen, dass die Daten des BSV auf der Selbstdeklaration der Spitex-Organisationen beruhen. Eine Nachfrage bei den Verantwortlichen des BSV ergab, dass die in Kap. 2.7 vorgenommene Darstellung und Interpretation der Datenlage gerecht wird.

¹⁷ Die Spitex Nidwalden macht für das Jahr 2005 folgende Angaben:
Total Stunden Pflege: 19'885, davon für 65-Jährige und Ältere: 82,4%; total Stunden Hauswirtschaft: 21'256, davon für 65-Jährige und Ältere: 38,6%.

verringern sich nämlich in der Schweiz von 1998 bis 2005 die im hauswirtschaftlichen Bereich erbrachten Dienstleistungen der Spitex in Stunden um 18,7%, während die Pflegeleistungen in Stunden um 47,4% zunehmen. Analoges ist bezüglich der Spitex Nidwalden festzustellen: Während in diesem Zeitraum die im Bereich „Hauswirtschaftliche Leistungen“ um 3,2% zurückgingen, erhöhte sich der Anteil im Bereich „Pflegerische Leistungen“ um 107,2%. Dies bedeutet, dass der Kanton Nidwalden beim Verhältnis „Hauswirtschaft/Pflege“ gegenüber dem Schweizer Mittel aufholt.

2.8 Ergänzungsleistungen zur AHV und IV

Der Kanton Nidwalden bezahlte im Jahre 2005 insgesamt 7,8 Mio. Franken an Ergänzungsleistungen (EL) aus. Als finanzstarker Kanton erhält er einen Bundesbeitrag von bloß 10%, während beispielsweise Obwalden maximale 35% erhält. Gegenüber 2004 sank der ausbezahlte Betrag in Nidwalden um 0,4%, während er im schweizerischen Mittel um 4,7% anstieg.¹⁸

Bezogen auf die gesamte im Kanton Nidwalden im Jahre 2005 ausbezahlte Rentensumme von rund 139 Mio. Franken für AHV und IV macht der EL-Anteil rund 5,6% aus. Gesamtschweizerisch beträgt dieser Anteil 9,4%. Aufgeteilt nach AHV und IV beträgt der EL-Anteil in Nidwalden 3,8% der ausbezahlten AHV-Rentensumme (Durchschnitt in der Schweiz: 6,4%) und 17,6% der ausbezahlten IV-Rentensumme (Durchschnitt in der Schweiz: 25%).

Der 2005 in Nidwalden ausbezahlte EL-Betrag je Kantonseinwohner und Jahr beträgt Fr. 199.-. Damit liegt Nidwalden unter den Schweizer Kantonen an drittletzter Stelle; niedriger liegen die Beträge nur in den Kantonen Wallis und Zug.

Aus den obgenannten Angaben lässt sich schließen, dass der in Nidwalden für EL ausbezahlte Betrag deutlich unter dem schweizerischen Durchschnitt liegt. Zudem beziehen im Kanton Nidwalden rund 10% der AHV- und IV-Rentnerinnen und -Rentner Ergänzungsleistungen, gesamtschweizerisch sind es rund 15%.

Gemäß einer Schweizerischen Studie sind folgende Faktoren mitverantwortlich für die unterschiedlichen EL-Quoten:

- Je höher der Anteil ausländischer Rentenbezüger, desto höher die EL-Quote.
- Je höher der Anteil Erwerbstätiger im Rentenalter, desto tiefer die EL-Quote.
- Ebenfalls von Bedeutung sind die Wohneigentumsquote, die Steuerbelastung niedriger Einkommen sowie das Einkommensniveau.
- Als weitere Faktoren für eine tiefere EL-Quote gelten die Zugehörigkeit zur deutschschweizer Sprachregion, ein ländlicher Charakter sowie eine eher konservative Einstellung.

Im Weiteren gilt es zu beachten, dass Rentenbezüger, die zu Hause wohnen, weniger oft EL beziehen als solche, die in einem Heim wohnen. Auch die Höhe der EL-Rente weist beachtliche Unterschiede auf: Der durchschnittlich in der Schweiz aus-

¹⁸ Bundesamt für Sozialversicherungen: Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2005, Bern 2006. Die Zahlen vom Jahr 2006 waren beim Erstellen dieses Berichts noch nicht vorhanden.

bezahlte EL-Betrag einer allein stehenden, Renten beziehenden Person, die zu Hause lebt, beträgt Fr. 828.–, für Rentenbezüger in Heimen hingegen Fr. 2'170.–.

Mit dem Inkrafttreten des NFA per 01.01.2008 wird auch die Finanzierung der EL neu geregelt.¹⁹ Danach bezahlen der Bund neu 5/8 und die Kantone 3/8 der jährlichen EL-Kosten. Die über die generelle Existenzsicherung hinausgehenden Heimkosten gehen voll zu Lasten der Kantone. Diese haben auch für Krankheitskosten aufzukommen, welche den EL-Bezügern nicht durch die Krankenkassen vergütet werden. Weiter gehen die Spitex-Kosten voll zu Lasten der Kantone bzw. der Gemeinden.

Da die EL-Beiträge des Bundes künftig fix und nicht mehr an die Finanzstärke eines Kantons gekoppelt sind, wird der Kanton Nidwalden als finanzstarker Kanton profitieren. In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich für den Kanton Nidwalden, die heutigen Direktzahlungen an Heimbewohner zu streichen und die daraus resultierenden Mehrkosten für Heimbewohner durch höhere Ergänzungsleistungsbeiträge zu kompensieren.

¹⁹ vgl. A. Dummermuth, Grossbaustelle Finanzausgleich, in: Schweizer Personalvorsorge, Heft 01/07, 2007, S. 39-41.

3. Szenarien

3.1 Grundsätzliches

Jede Planung beinhaltet immer eine Antizipation der Zukunft. Damit ist sie gezwungen, bestimmte Annahmen über diese Zukunft zu treffen. Für die Pflegeheimplanung sind für diese Annahmen vor allem bedeutsam:

- auf der *Nachfrageseite*:
 - die Zahl der Betagten (verstanden als Zahl der 65-Jährigen und älteren)
 - die Zahl der pflegebedürftigen Hochbetagten
 - sozioökonomische Faktoren wie sozialer Status und Familienstand der Betagten
- auf der *Angebotsseite*:
 - die Ressourcen und die Zahl der Plätze in Pflegeheimen
 - die Ressourcen der Spitex
 - die Struktur und Organisation der Pflege und Betreuung von Betagten in einem Gebiet (Gemeinde, Region, Kanton)

In der Öffentlichkeit ist das Bild der Zukunft einer massiven Zunahme der Hochbetagten („Überalterung“) verankert. Aus diesem unbestreitbaren Faktum wird linear auf eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen geschlossen und daraus abgeleitet, dass die Zahl der Pflegeplätze analog der Zahl der Hochbetagten zu erhöhen sei. Dieser enge Zusammenhang ist *nicht* haltbar. Zum einen kann aus dem demographischen Wandel nicht auf den Gesundheitszustand geschlossen werden (dieser wird unter anderem durch den medizinischen Fortschritt, die Prävention und die Lebensgewohnheiten zentral beeinflusst). Zum andern lässt sich zeigen, dass die Nachfrage durch eine Wechselwirkung mit dem Angebot beeinflusst wird und damit neben dem demographischen Faktor auch strukturbedingte Faktoren zu berücksichtigen sind (angebotsinduzierte Nachfrage)²⁰.

Prognosen zur Entwicklung dieser strukturbedingten Faktoren zu machen, ist praktisch unmöglich. Die Gründe liegen einmal darin, dass heute nicht gewusst werden kann, was morgen gewusst werden wird, womit zum medizinischen Fortschritt kaum oder nur banale Aussagen gemacht werden können. Dann sind die Struktur und Organisation sowie die Ressourcen entscheidend abhängig von zentralstaatlichen Entscheidungen in den Bereichen der sozialen Sicherheit (AHV, BVG, KVG). Schließlich sind die Auswirkungen der laufenden Änderungen im finanzrechtlichen Bereich (Stichworte etwa: NFA, Steuergesetzrevisionen)²¹ auf die Haushalte der Kantone und Gemeinden, aber auch auf die Binnenwanderung, kaum absehbar und dürften es für einige Zeit auch bleiben.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird nachvollziehbar, warum im folgenden Aussagen gemacht werden, die von Vorsicht geprägt sind. Sie sollen verhindern,

²⁰ Neuere Schweizer Untersuchungen kommen zum Schluss, dass die Alterung (demographischer Faktor) beim Wachstum der Gesundheitskosten insgesamt „eine schon fast vernachlässigbare Grössenordnung darstellt“ und orten die Probleme im strukturellen Bereich; vgl. dazu etwa Höpflinger und Hugentobler (2003); Steinmann und Telser (2005); Zweifel et al. (1999).

²¹ vgl. dazu etwa A. Dummermuth, Grossbaustelle Finanzausgleich, in: Schweizer Personalvorsorge, Heft 01/07, 2007, S. 39-41.

dass Strukturen so zementiert werden²², dass auf neue, überraschende und kaum vorhersehbare Situationen nicht schnell und flexibel reagiert werden kann. Sie gehen zudem davon aus, dass zur Lösung der mit dem Altern verbundenen Probleme in Gesellschaften wie der Schweiz auf keine bewährten Lösungen zurückgegriffen werden kann. Deshalb wird hier von einem lernenden System ausgegangen, das aufmerksam, klug und überlegt neue Lösungen sucht, diese permanent evaluiert und dann offen ist für Neues, wenn sich diese Lösungen nicht bewähren.

3.2 Die einzelnen Szenarien

3.2.1 Ausgangsdaten

Ausgangslage ist die auf 100 indexierte aktuelle Beanspruchung von Pflegeheimplätzen im Kanton Nidwalden. Als statistisches Material dienen die Bevölkerungsstatistik Nidwalden 2005 und die Bevölkerungsprognosen des BFS per 2015 und 2020, und zwar diejenigen Prognosen, welche die Migration und eine positive Entwicklung der Lebenserwartung berücksichtigten. Weiter wurde von der exakten Altersverteilung der sich am 01.01.2006 in Pflegeheimen im Kanton Nidwalden befindlichen Personen ausgegangen sowie von der aktuellen Inanspruchnahme von Pflegeplätzen nach Altersjahr. Dabei floss die exakte Berechnung der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Mensch eines bestimmten Jahrganges einen Pflegeplatz in Anspruch nimmt, in das Modell ein.

3.2.2 Ergebnisse

Die Berechnungen gehen von fünf Szenarien aus, die unterschiedliche Annahmen machen. Im Szenario A wird angenommen, dass die Struktur der Inanspruchnahme bis 2015 bzw. 2020 gleich bleibt wie heute, das heißt, dass keine Änderung im durchschnittlichen Gesundheitszustand, keine Änderung in der Struktur der ambulanten Pflege, keine Änderung der Anreizstruktur von Bewohnerinnen, keine Änderung der Finanzierung und kein medizinischer Fortschritt eintreten wird.

Im Szenario B wird angenommen, dass sich die Struktur der Inanspruchnahme ändert. Durch verbesserten durchschnittlichen Gesundheitszustand, medizinischen Fortschritt und verbessertem ambulanten Angebot verzögert sich der Eintritt in ein Pflegeheim um ein Jahr. Auch in Szenario C ändert sich die Struktur, und zwar wird von einer Verzögerung des Eintritts um zwei Jahre ausgegangen, während die Szenarien D und E davon ausgehen, dass sich der Eintritt im Vergleich zu heute um drei Jahre resp. vier Jahre hinausschiebt.

Die Prognosen des Bettenbedarfs nach den verschiedenen Szenarien finden sich in Tabelle 4.

²² Das ist auch wörtlich zu verstehen!

Tabelle 4: Prognose des Bettenbedarfs nach Szenarien für die Jahre 2015 und 2020

Szenario	Verzögerung des Eintritts um	Veränderung in % bis 2015	Veränderung in % bis 2020
A	0 Jahre, Status quo	35	55
B	1 Jahr	17,5	35
C	2 Jahre	5	20
D	3 Jahre	- 10	5
E	4 Jahre	- 20	- 7,5

Eine zusätzliche Berechnung ergibt, dass unter den Annahmen der Szenarien B bis E der Bedarfsgleichstand erreicht wird, wenn eine Eintrittszeitpunktverzögerung von 2,3 Jahren bis ins Jahr 2015 und von 3,4 Jahren bis ins Jahr 2020 erfolgen kann. Der Bedarfsgleichstand ist folgendermaßen definiert: Ausgehend von der Altersverteilung der aktuellen Bewohnerinnen in den Nidwaldner Heimen wird diese auf die zu erwartende demografische Situation in den Jahren 2015 und 2020 (Prognosezeitraum) projiziert und im ersten Schritt angenommen, dass die Altersverteilung der Bewohnerinnen in den prognostizierten Jahren gleich ist wie heute. Dann wird das zu erwartende Eintrittsalter in Schritten erhöht und ausgehend davon der Bettenbedarf errechnet. Bedarfsgleichstand ist erreicht, wenn die heutige Zahl der Betten den unter Berücksichtigung eines höheren Eintrittsalters zu erwartenden Bedarf deckt.

Die Frage, die demzufolge diskutiert werden muss, ist die, ob eine solche Zielsetzung, nämlich Erhöhung des durchschnittlichen Eintrittsalters um 2,3 Jahre bis 2015 beziehungsweise 3,4 Jahre bis 2020 realistisch ist. In Anbetracht der Erhöhung des Eintrittsalters in den vergangenen Jahren, welche ohne dedizierte gesundheitspolitische Maßnahmen erfolgte, dürfte dieses Ziel erreicht werden können.

3.2.3 Entwicklung des Pflegebedarfs

Wissenschaftlich ist die Entwicklung des Pflegebedarfs umstritten. Nach einer der beiden gängigen Hypothesen sei damit zu rechnen, dass die Betagten insgesamt immer gesünder werden und demzufolge der Bedarf an Betten in stationären Einrichtungen tendenziell sinken würde. Die andere Hypothese geht davon aus, dass der medizinische Fortschritt zwar den Tod aufschieben könne (was eine steigende Lebenserwartung zur Folge habe), jedoch nicht in der Lage sei, lang dauernde chronische Krankheiten zu heilen. Das hätte dann – analog der größer werdenden Gruppe von Betagten und Hochbetagten – einen steigenden Bedarf nach Plätzen in stationären Einrichtungen zur Folge.²³

²³ Die erste Hypothese wird in der Literatur als Rektangularisierungsthese diskutiert, die zweite als Medikalisierungsthese.

Aktuelle Schweizer Untersuchungen²⁴ sprechen eindeutig und deutlich für die erste Hypothese. Danach stützen die vorliegenden empirischen Daten die Vermutung, dass Frauen und Männer heute nicht nur länger, sondern auch länger behinderungsfrei leben als frühere Kohorten. Dies hat zur Konsequenz, dass sich der Pflegebedarf langsamer entwickelt als eine demographische Fortschreibung aktueller Zahlen andeutet. Allerdings vermuten die Autoren, dass zwar die Zahl der Pflegebedürftigen langsamer ansteige als dies die demographische Entwicklung nahe lege, hingegen die Ansprüche an die Pflege und Betreuung wegen des höheren Alters und der zunehmenden Multimorbidität zunehmen. Gleichzeitig verweisen sie auf eine Reihe von organisatorischen, präventiven und finanziellen Maßnahmen, die den Pflegebedarf noch weiter senken könnten.

Weitere Aspekte, die bei einer Entscheidung, welche Konsequenzen aus den Berechnungen in den einzelnen Szenarien gezogen werden, zu berücksichtigen sind, sind zum einen der Personalbedarf, zum andern der Finanzbedarf. Wie ein roter Faden zieht sich der Aspekt der Personalknappheit in der Betreuung und Pflege von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen²⁵ durch die Literatur. Dies dürfte auch für die Pflegeheime im Kanton Nidwalden zutreffen. Die Gründe für diese Situation müssen hier nicht diskutiert werden. Entscheidend für die Pflegeheimplanung ist nur, dass dieser Aspekt neben andern zentral ist, da es nichts nützt, die Schaffung und den Bau weiterer Pflegeheimplätze auf Grund der demographischen Entwicklung zu befürworten, ohne daran zu denken, dass diese Plätze auch nach entsprechend ausgebildetem Personal verlangen. Wird von der gängigen Lehrbuchmeinung²⁶ ausgegangen, dass die Pflege und Betreuung von multimorbiden Hochbetagten die anspruchsvollste pflegerische Arbeit sei, und gemäß Höpflinger und Hugentobler diese Ansprüche noch zunehmen werden, wird nachvollziehbar, warum hier dem Argument großes Gewicht beigemessen wird, dass auf die Schaffung weiterer Pflegeheimplätze gemäß einer prognostizierbaren Zunahme der Zahl der Hochbetagten dann verzichtet werden muss, wenn das Problem der Knappheit an qualifiziertem Personal nicht gelöst werden kann. Die Skepsis, dass dieses Problem (wenn überhaupt) nur unter großen Schwierigkeiten angegangen werden kann, nährt sich auch aus der Überlegung, dass der zunehmenden Zahl an Hochbetagten eine abnehmende Zahl an Auszubildenden und damit potentiellen Arbeitskräften für Pflegeheime gegenübersteht. Daran werden wohl auch die neu geschaffenen Berufsausbildungen im Gesundheitsbereich nichts Entscheidendes ändern.

Das BSV schätzt in einer Studie²⁷ aus dem Jahr 2003, dass die Pflegekosten insgesamt (also die Kosten der Pflege zu Hause und der Pflege in Pflegeheimen) bis ins Jahr 2020 um 11,1 Mrd. Fr. (zu Preisen von 2002) oder um 83% resp. jährlich um rund 3% zunehmen werden. Dabei entfällt auf die demographische Entwicklung ein Anteil von 31% (oder einer jährlichen Zunahme um 1,4%) und auf die nicht-demographiebedingte Entwicklung (Veränderungen der Pflegebedürftigkeit, medizinischer Fortschritt, Lohn-/Preisänderungen usw.) 53%. Allerdings wurde bei diesen statistischen Schätzungen der Trend der Jahre 1995-2000 fortgeschrieben und nicht berücksichtigt, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit ändern kann

²⁴ F. Höpflinger und V. Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern, 2003; S. Pellegrini et al., Kosten der Pflegeheime und Spitex-Dienste, Prognosen für 2030, Arbeitsdokument 18, OBSAN, Neuenburg, 2006.

²⁵ vgl. dazu z.B. G. M. Backes und W. Clemens, Lebensphase Alter, Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, Weinheim und München, 2003.

²⁶ z.B. L. Juchli, Pflege – Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, Stuttgart, 1997; E. Grond, Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege, Hannover, 2000.

²⁷ B. Fuhrer et al., Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. In: Soziale Sicherheit, Heft 5/2003, S. 292-295.

(wie das Höpflinger und Hugentobler annehmen und hier in den Szenarien B bis E berücksichtigt wird). Selbst wenn dieser Faktor und seine Auswirkungen berücksichtigt würden, ist insgesamt mit einem Anstieg der Kosten zu rechnen, wobei zur Zeit offen ist, wie der zu erwartende zusätzliche Pflegebedarf finanziert werden soll. Erinnert werden soll allerdings daran, dass die Investitionen in einen neuen Pflegeheimplatz vorsichtig und konservativ geschätzt bei einem Betrag zwischen etwa 250'000 und 350'000 Franken liegen. In der laufenden Rechnung wäre wiederum vorsichtig und konservativ geschätzt mit jährlich wiederkehrenden Kosten pro Platz von 90'000 Franken (ohne kalkulatorische Raumkosten) zu rechnen.

3.2.4 Schlussfolgerungen

Entscheidend für die Argumentation in diesem Bericht sind nicht ausschließlich die bis jetzt erwähnten Aspekte (Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betagten, Mangel an qualifiziertem Personal, Fragen der Finanzierung), sondern auch die Struktur und damit die Organisation der Altersbetreuung und -pflege im Kanton Nidwalden. Es spricht vieles dafür und wird durch die Daten und Fakten des Kapitels 2 gestützt, dass im Kanton Nidwalden bezüglich der Pflege und Betreuung von Betagten ein Überhang im stationären Bereich und eine Unternutzung im ambulanten Bereich konstatiert werden muss. Dies bedeutet, dass es im Kanton Nidwalden zurzeit eine angebotsinduzierte Nachfrage nach Plätzen in Pflegeheimen gibt. Dafür spricht nicht nur die überdurchschnittliche Abdeckungsrate an Plätzen in Pflegeheimen, sondern auch die relativ unterdurchschnittliche Nutzung der Spitex durch Betagte und dort wiederum für die Pflege sowie der relativ große Anteil von Bewohnerinnen von Pflegeheimen, die keine oder nur geringe Pflege benötigen. Dafür spricht auch die Beobachtung von Höpflinger und Hugentobler, die einen Zusammenhang zwischen einem überdurchschnittlich hohen Anteil Betagter in Alters- und Pflegeheimen – was im Kanton Nidwalden der Fall ist – und einer Überversorgung feststellen²⁸. Eine veränderte Struktur und Organisation des Angebotes im Kanton Nidwalden drängt sich deshalb auf. Damit wird plausibel, warum die Erreichung des Zieles – eine Verzögerung des Eintrittszeitpunktes von 2,3 Jahren bis 2015 und von 3,4 Jahren bis 2020 – für erreichbar gehalten wird. In Anbetracht des unausgeschöpften Potenzials an ambulanten Maßnahmen (Spitex usw.) und an Gesundheitsförderung im Alter ist dieses Ziel realistisch. Sollte dieser Einschätzung gefolgt werden, liegt konsequenterweise die Empfehlung nahe, in den nächsten Jahren keine zusätzlichen Pflegeplätze zu errichten.

²⁸ F. Höpflinger, V. Hugentobler, *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter, Perspektiven für die Schweiz*, Bern, 2005.

4. Künftige Struktur der Angebote für Betagte im Kanton Nidwalden

4.1 Pflegeheime

Mit dem postulierten Verzicht auf den quantitativen Ausbau des stationären Angebotes im Kanton Nidwalden ist die Frage nicht beantwortet, wie das Vorhandene besser genutzt werden kann. Bezüglich ihrer Grösse (Anzahl Betten) erfüllen mehrere Heime im Kanton Nidwalden das Kriterium von Crivelli et al. (50 bis 80 Betten) zwar nicht, doch decken die kleineren Heime einen spezifischen Bedarf ab, der nicht bloß Pflege von älteren Personen umfasst, weshalb sie diesem Kriterium nicht unterworfen sind. Die SLQA-Werte (Subjektive Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen, vgl. Kap. 5) sind jedoch am höchsten bei Heimen mit weniger als 50 Betten. Bezüglich der Größe einen Verbesserungsvorschlag zu machen, hieße also Eulen nach Athen zu tragen. Hingegen ist anzunehmen, dass bezüglich einzelner Dienstleistungen, die erbracht werden, Suboptimalität zu erwarten ist. Ferienbetten oder Entlastungsbetten, eine Rehabilitations- und Übergangspflege mit dem Ziel, den betagten Menschen wieder nach Hause zu entlassen oder die spezialisierte Pflege und Betreuung von dementiell erkrankten Menschen beispielsweise können nicht alle Heime gleich intensiv und in gleicher Qualität leisten. Zudem sind kurzfristig auftretende Schwankungen in der Nachfrage nach Pflegeheimplätzen zu erwarten, die einen erheblichen politischen Druck auf die Verantwortlichen zur Folge haben können. Weiter wird mit dieser Empfehlung in Kauf genommen, dass nicht für alle Nachfrager ein Pflegeheimplatz in der Wohngemeinde zur Verfügung steht, was auch heute schon nicht der Fall ist.

Zunächst ist darauf aufmerksam zu machen, dass schon jetzt nicht alle Bewohnerinnen eines Pflegeheimes einen Platz in ihrer Wohngemeinde gefunden haben, da es nicht in allen Gemeinden ein Heim gibt. Bei der im Kanton Nidwalden gegebenen kleinräumigen Angebotsstruktur kann dieser im Einzelfall schmerzliche Wechsel in eine andere Gemeinde auch deswegen in Kauf genommen werden, weil Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise in Deutschland die kritische Distanz für die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit Angehörigen und Freunden bei 20 Minuten Fahrweg liegt. Bei der gegebenen verkehrsmäßigen Erschließung im Kanton Nidwalden sollte im überwiegenden Teil der Platzierungen in einer andern Gemeinde dieser gut bestätigten Hypothese entsprochen werden können. Allerdings sind kulturell und tief in der Tradition verwurzelte Verbindungen mit einem Ort und die daraus resultierende Ablehnung anderer nicht zu bestreiten. Sie in ihren Auswirkungen zumindest zu lindern, wenn auch nicht zu überwinden, liegt in der professionellen Kompetenz und Verantwortung der in den Heimen Beschäftigten.

Wenn kurzfristige Schwankungen in der Nachfragestruktur auftreten und entsprechender Druck auf die Verantwortlichen entsteht, könnten diese durch die Schaffung und Bewilligung von zeitlich befristeten Pflegewohngruppen im Umfeld von Heimen aufgefangen werden. Ihre optimale Größe liegt nach den vorliegenden Erfahrungen in der Schweiz bei sechs bis zehn Betten. Damit diese Pflegewohngruppen bezüglich ihrer Kosten nicht suboptimal werden, sind sie nur dann zu bewilligen, wenn sie die administrativen und teilweise auch hauswirtschaftlichen Aufgaben durch eine bereits bestehende Organisation in ihrem Einzugsgebiet ausrichten lassen und diese entsprechend entschädigen. Postuliert wird also ein Outsourcing etwa an ein Heim, eine Gemeindeverwaltung oder an einen bewährten andern Dienstleistungsbetrieb. Die Betriebsbewilligung für solche Pflegewohngruppen soll zeitlich beschränkt werden,

damit das Hauptziel der vorliegenden Pflegeheimplanung – der Verzicht auf einen weiteren quantitativen Ausbau der Pflegeheimplätze im Kanton Nidwalden – nicht durch die Schaffung einer Reihe von Pflegewohngruppen unterlaufen werden kann. Deshalb wird ausdrücklich eine restriktive Bewilligungspraxis verlangt.

Was das Problem der Suboptimalität bei einzelnen Dienstleistungen betrifft, ist die Lösung in einer vermehrten Zusammenarbeit der Heime zu suchen. Postuliert wird also, dass nicht mehr jedes Heim alle Dienstleistungen anbietet, sondern dass die Heime sich grundsätzlich auf ihre Grundfunktion beschränken, die in einem Leistungsauftrag durch eine zu schaffende Organisation umschrieben wird. Die zusätzlichen Dienstleistungen werden nur noch in einem oder allenfalls zwei Heimen angeboten, die sich auf die Erbringung dieser Dienstleistung spezialisieren und in diesem Sinne ein Kompetenzzentrum bilden. Gedacht ist dabei an folgende Dienstleistungen:

- Ferien- und Kurzzeitbetten;
- Tagesheime, Tagesplätze, Nachtplätze;
- Rehabilitations- und Übergangspflege;
- Pflege und Betreuung von Menschen mit einer schwereren dementiellen Erkrankung.

Die Erbringung dieser Dienstleistungen ist effektiv und effizient, denn es lässt sich zeigen, dass sie den Eintritt in ein Pflegeheim hinauszögern resp. einen Beitrag zur Qualität leisten können.

Entscheidend für die erfolgreiche Realisierung dieser konzeptuellen Vorstellung ist, dass sie von den Heimen nicht nur akzeptiert, sondern mitgetragen und vor allem mitgestaltet wird. Es wird deshalb vorgeschlagen, dass die Heime dieses Konzept selber entwickeln und umsetzen. Das organisatorische Modell bestünde darin, dass sich die Heime im Kanton Nidwalden in einer selbst gewählten Rechtsform formell zusammenschließen, an welche die oben genannten Aufgaben und Funktionen delegiert würden. Diese zu schaffende und von den Heimen getragene Organisation hätte dann in einem ersten Schritt die Aufgaben genau zu definieren, einen entsprechenden Leistungsauftrag zu formulieren und die Finanzierung sicherzustellen. Darauf gestützt würde anschließend die Ausschreibung, das Einholen der Angebote und die Bestimmung der Anbieter erfolgen. Im Leistungsauftrag müsste neben den üblichen quantitativen Belangen und der geforderten Qualität unbedingt enthalten sein, dass die mit der Leistung beauftragten Heime die Beschäftigten zu schulen haben, dass sie gegenüber dem Auftraggeber eine Informationspflicht tragen und die Effektivität und Effizienz anhand vorgegebener Kriterien evaluiert wird. Da sie für die zu erbringende Dienstleistung ein Kompetenzzentrum sein sollen, hätten sie auch die Verpflichtung, das Personal anderer Heime zu schulen und ihm Informationen zur Verfügung zu stellen. Der Kanton Nidwalden wäre dann zum einen als Mitfinanzierer und zum andern als hoheitlicher Wahrer der Evaluationen im Sinne der skizzierten Bedingungen gefordert.

Die konzeptuelle Leitidee hinter diesem Vorschlag ist, dass sich die „Heime im Kanton Nidwalden“ als Einheit verstehen lernen. Auffallend ist bei den Pflegeheimen im Kanton Nidwalden nämlich, dass sie relativ selbstreferentiell handeln und denken. Jedes Heim bemüht sich darum, praktisch alles anzubieten, was heute in der Pflegeheimlandschaft üblich ist, und kümmert sich zu wenig um eine Zusammenarbeit mit andern Heimen. Strategien werden im Alleingang entwickelt und sind in der Regel eine Reaktion auf die Situation im je eigenen Heim. Suboptimale Ergebnisse sind

dann beinahe zwangsläufig. Es ist schwer einzusehen, warum in einem Kanton von der Größe und Bevölkerungszahl Nidwaldens jedes Heim ein quasi singuläres Dasein fristet. Das mag auf einer Insel angehen, auf Dauer wird diese Singularität aller Voraussicht nach den Herausforderungen der Zukunft und dem schnellen Wandel der Verhältnisse kaum zu entsprechen vermögen.

Naheliegenderweise könnten dieser neu zu schaffenden Organisation auch Informationsaufgaben übertragen werden. Im Kanton Nidwalden müssen die Betagten oder ihre Angehörigen zurzeit Informationen an verschiedenen Stellen einholen. Für allgemeine Altersfragen ist die Pro Senectute zuständig, für Fragen bei Behinderten die Pro Infirmis. Die Spitex informiert über ihre Dienstleistungen. Bei einem Heimeintritt werden Gemeindebehörden angefragt, und bei einem Übertritt vom Kantonsspital ins Heim wird der Sozialdienst des Kantonsspitals eingebunden. Zurzeit ist es für viele schwierig, sich zurechtzufinden. Dies verlangt von den Betagten oder Angehörigen einen großen Zeitaufwand. Gleichzeitig ist die Vernetzung unter den verschiedenen Informationsstellen nicht gewährleistet, was bedeutet, dass sehr viele Fragen bilateral gelöst werden und nicht alle Informationsstellen auf dem gleichen Stand sind. Die Probleme werden immer nur punktuell zwischen zwei Partnern gelöst. Ein stetiger Informationsfluss und die damit verbundene Vernetzung finden nicht statt. Damit gehen Synergien verloren. Ob diese Organisation in letzter Konsequenz auch die freien Plätze in einem Pflegeheim zentral erfassen, verwalten und zuteilen soll, kann hier vorläufig offen bleiben. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist es klüger, die einzufordernde Zusammenarbeit zwischen den Heimen im Kanton Nidwalden und die zu verstärkende Zusammenarbeit mit der Spitex und den Pro-Werken an minder emotionalisierten Bereichen einzuüben. Deswegen kann auch vorläufig offen bleiben, wie stark sich hier der Kanton engagieren soll.

4.2 Anbieter von ambulanten Diensten (Spitex, Pro Senectute)

Es liegt in der Logik der bisherigen Argumentation, dass den Anbietern von ambulanten Diensten, und hier vor allem der Spitex, in Zukunft eine noch wichtigere Funktion zukommen muss. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zu vermuten, dass sich die unterdurchschnittliche Nutzung der Spitex (vgl. dazu Abs. 2.7) damit erklären lässt, dass pflegende und/oder betreuende Angehörige die Tätigkeit der Spitex als Einbruch in ihre Privatsphäre betrachten oder als Abwertung ihres Engagements und dass eine zu ausgeprägte Sachorientierung der professionellen Pflege als Schwächung der familialen Autonomie wahrgenommen wird. Sollte diese Hypothese zutreffen, wird dann eher ein Heimeintritt realisiert als eine Beanspruchung der Spitex. Höpflinger und Hugentobler (2005), die ebenfalls diese Hypothese vertreten, sind allerdings davon überzeugt, dass informelle und professionelle Pflege einander ergänzen. Sie betonen, dass diese ergänzenden Funktionen nicht nur von den familialen Pflegearrangements abhängig sind, sondern auch von der Sach- und Beziehungsorientierung der professionellen Pflegepersonen. Soll die Tätigkeit der Spitex im Kanton Nidwalden gestärkt werden, hat sie diese Aspekte vermehrt in ihre Tätigkeit einzubeziehen. Primär geht es also zunächst nicht um mehr Personal und mehr finanzielle Mittel, sondern um einen Abbau von vermuteten kulturellen Barrieren durch entsprechende Schulung des Personals, darauf basierenden „Tatbeweisen“ sowie durch Öffentlichkeitsarbeit. Das kann durch eine entsprechende Überarbeitung und Ergänzung der Leistungsaufträge an die lokalen Spitexorganisationen geschehen, die zudem bezüglich Prävention und Rehabilitation anzupassen sind. Der Leistungsauftrag der Spitex muss genau umschrieben und für alle Spitex-Anbieter

verbindlich erklärt werden. Zu prüfen ist zudem ein Ausbau in Richtung Nachtangebote. Das entsprechende Angebot der Spitex in anderen Kantonen wirkt sich positiv auf den Zeitpunkt des Heimeintritts aus, der in der Regel später erfolgt. Organisatorisch wäre zur erfolgreichen Realisierung des in Abs. 4.1 skizzierten Konzeptes ein Einbezug der Spitex selbstverständlich nötig. Schließlich sollen im Einzelfall bestehende Doppelspurigkeiten im hauswirtschaftlichen Angebot der Spitex abgebaut werden, welche unter Umständen die überproportionale Beanspruchung von Angeboten im hauswirtschaftlichen Bereich im Vergleich zur Pflege erklären.

Was im Kanton Nidwalden bis heute fehlt, sind die „präventiven Hausbesuche“. Diese haben sich, wie mehrere Studien zeigen, als Mittel zur Prävention, aber auch als Mittel zur rechtzeitigen und richtigen Erfassung einer Pflegebedürftigkeit bewährt. Das zurzeit in der Schweiz laufende Projekt „EIGER“ zeigt schon heute, dass die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt in ein Pflegeheim damit zeitlich verringert werden kann. Offenbar sind mittelfristig erhebliche Kostenersparnisse möglich. Voraussetzung sind ein geriatrisches Assessment und entsprechend ausgebildete Fachkräfte. Hier könnte sich der Pro Senectute Nidwalden ein breites, zukunftsgerichtetes Tätigkeitsfeld eröffnen. Diese Organisation sollte durch ihre bisherige Tätigkeit und ihre Angebote über ein solides Wissen über die ältere Bevölkerung im Kanton Nidwalden und deren Eigenheiten verfügen, was sie zur Übernahme dieser Aufgabe prädestiniert. Wird diese Tätigkeit realisiert, sind neben der entsprechenden Schulung des Personals auch die erwähnten kulturellen Barrieren in einem Teil der älteren Bevölkerung zu beachten. Hier kann die Pro Senectute ohne Zweifel auf die Erfahrung von Organisationen ihrer Schwesterorganisationen in andern Kantonen zurückgreifen, welche diese Tätigkeit seit einiger Zeit ausüben. Eine Realisierung präventiver Hausbesuche wäre eine zwingende Voraussetzung für den Einbezug der Pro Senectute in die in Abs. 4.1 skizzierte Organisation und ist in ihren Leistungsauftrag aufzunehmen.

Problematisch wäre es allerdings zu meinen, höhere Investitionen in die Spitex und andere ambulante Angebote hätten zwangsläufig und linear eine Verhinderung der Spital-Sterberate von Betagten oder eine Verhinderung der Pflegeheimplatzierung zur Folge. Beide hängen vielmehr vom Angebot an Spital- und Pflegeheimbetten ab. Deshalb ist eine Optimierung des gesamten Angebotes im Kanton Nidwalden bedeutsam, womit Auswirkungen der „angebotsinduzierten Nachfrage“ abgeschwächt werden können.

4.3 Neue bzw. alternative Wohnformen

Die Lebenslage „Alter“ ist nicht nur vielfältig, sie wandelt sich auch schnell. Das lässt sich auch an den Bedürfnissen der Betagten ablesen, wie sie in entsprechenden Befragungen zum Ausdruck kommen, so etwa in der von Höpflinger²⁹, die deutlich zeigt, dass Heime vom überwiegenden Teil der Betagten als Wohnform betrachtet wird, die im Notfall akzeptiert werden muss. Diese Aussage muss vorsichtig und in einem kulturellen Kontext interpretiert werden. Die jetzigen Generationen, die hochbetagt sind, dürften durch andere biographische Ereignisse geprägt sein als die künftigen. Diese Aussage gilt es in einem Kanton wie Nidwalden besonders zu beachten, hat sich doch dessen sozioökonomische Struktur in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg massiv gewandelt. Nidwalden entwickelte sich seit dieser Zeit von einem rückständigen Agrarkanton zu einem hochmodernen, wohlhabenden und zukunftsorientierten Kan-

²⁹ F. Höpflinger, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Zürich, 2004.

ton. Übertragen auf die prägenden biographischen Fakten bedeutet dies, dass die Bedürfnisse der zur Zeit in den Heimen lebenden Menschen stark durch eine rurale Orientierung geprägt sind, während die künftigen eher durch urbane Erfahrungen beeinflusst sein werden. Diese Aussage bedeutet allerdings nicht, dass die absehbaren Bedürfnisse ausschließlich durch „moderne“ Erfahrungen geprägt sein werden. Vielmehr ist damit zu rechnen, dass verschiedene Bedürfnisstrukturen wirksam werden und deshalb mit der „Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“ zu rechnen ist.

Die Alternative, vor der Betagte und Hochbetagte bezüglich der Wohnform in Zukunft noch vermehrt stehen werden, wird also immer weniger „Heim oder Zuhause“ heißen, sondern es ist damit zu rechnen, dass der Bedarf nach anderen Wohnformen zunehmen wird. Das bestätigen auch die Erfahrungen in andern Regionen der Schweiz. Diese Wohnformen werden mit dem Begriff „betreutes oder begleitetes Wohnen“ umrissen, wobei unter diesen Begriff ganz verschiedene Ausprägungen dessen fallen, was konkret gemeint ist. Sie reichen von „betreutem Wohnen light“ (worunter eine altersgerechte Wohnung mit wenig Betreuung, in der Regel durch die Spitex erbracht, zu verstehen ist), bis zu Pflegewohngruppen (vgl. dazu Abs. 4.1). Die beiden tragenden Säulen dieser Wohnform sind aber immer identisch: Zum einen soll das Leben durch das „Normalisierungsprinzip“ geprägt sein, d.h. die Bewohnerinnen leben so normal wie vorher und bestimmen das Ausmaß der Hilfe durch andere selber. Zum andern sollen Privatheit und Autonomie möglichst erhalten bleiben, und das sogar dann, wenn Betreuung und Pflege notwendig werden. Deshalb sind die Angebote an Hilfe, Betreuung und Pflege modularisiert. Die Zufriedenheit der Bewohnerinnen ist hoch. Der Augsburger Gerontologe Winfried Saup³⁰ konstatiert (3 resp. 5 Jahre nach Eintritt) eine „hohe Zufriedenheit von 80%“, sofern eine altersgerechte Architektur, soziale Alltagsbegleitung sowie qualitativ gute Betreuungs- und Pflegedienstleistungen gegeben sind. Bedeutsam ist auch, dass die Bewohnerin zwei Rechtsverhältnisse einget: Zum einen schließt sie einen Mietvertrag ab, in dem die Modalitäten der Raumkosten geregelt werden, zum andern kann sie Hilfe, Betreuung und Pflege in Anspruch nehmen, die aber nicht durch die Raumkosten gedeckt sind, sondern nach dem Ausmaß der Inanspruchnahme bezahlt werden müssen.

Im Kanton Nidwalden werden einer Selbstdeklaration der Institutionen zufolge aktuell rund 100 Plätze angeboten, die unter den Begriff des betreuten Wohnens fallen. Es spricht vieles dafür, dass die Nachfrage nach dieser Wohnform zunehmen wird. Sie entspricht wie bereits erwähnt zunehmend mehr den Bedürfnissen. Allerdings konzentrieren sich die Angebote auf den westlichen Kantonsteil, während die Region im östlichen Kantonsteil kein solches aufweist.

Als ideal ist es anzusehen, wenn die Dienstleistungen in ein Heim integriert sind und von diesem bezogen werden können. Damit wird nicht nur eine kostenoptimale Lösung möglich, sondern Heime erfahren auch eine bedeutsame Öffnung. Diese Lösung kennen zwei Heime im Kanton. Das zahlenmäßig größte Angebot (mit 60 Plätzen) ist räumlich nicht mit einem Heim vernetzt. Dieser Zustand kann nicht geändert werden. Umso bedeutsamer ist es, dass die Bewohnerinnen dieser Institution darum wissen, dass sie nicht länger dort leben können, wenn ihre Pflegebedürftigkeit ein bestimmtes Ausmaß überschreitet, sondern in ein Pflegeheim übertreten müssen. Deshalb sind sie ausdrücklich auf dieses Faktum aufmerksam zu machen. Ohne diese Restriktion ist damit zu rechnen, dass sich aus dem „betreuten Wohnen“ schleichend und ohne die Wahrnehmung hoheitlicher Funktionen durch den Kanton ein

³⁰ W. Saup, Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Augsburg, 2003.

Pflegeheim entwickelt, was weder den Zielsetzungen des KVG noch dem hier verfolgten Ziel einer Optimierung der bestehenden Struktur entspricht.

Um diese nicht optimale Situation, die für die Bewohnerinnen beim Übertritt belastend ist, zu vermeiden, wird empfohlen, im östlichen Kantonsteil „betreutes Wohnen“ ebenfalls anzubieten. Das Angebot wäre in geeigneter Form an ein bestehendes Heim anzubinden. Die Investitionen in die Errichtung von Alterswohnungen sowie Institutionen mit „betreutem Wohnen“ sollen nach Möglichkeit Privaten überlassen werden, die sich erfahrungsgemäß für diesen Bereich ohne Probleme finden lassen. Zudem darf das zu schaffende Angebot im östlichen Kantonsteil nicht zu groß geplant werden (20-24 Plätze sollten für den Beginn genügen); es ist fortlaufend zu evaluieren, und es hat Landreserven auszuweisen.

4.4 Ärztliche Betreuung

Ärztinnen und Ärzten kommt beim Eintritt in ein Heim eine entscheidende Funktion zu. Zum einen besteht sie darin, somatische bzw. neuropsychiatrische Krankheitsbilder zu diagnostizieren, welche das Leben eines Menschen im Alltag so massiv beeinträchtigen, dass ein Eintritt in ein Heim notwendig ist. Die ursächliche Diagnose dieser Krankheitsbilder liegt in der Verantwortung des Arztes. Sie sollte umfassend und nach den „Regeln der Kunst“ vorgenommen werden, damit eindeutig nach heilbaren und behandelbaren Syndromen unterschieden werden kann. Zum andern haben sie eine „Gate keeper“-Funktion, indem sie Fehlplatzierungen nach Möglichkeit vermeiden sollen.

Je nach Größe, Struktur und Standort eines Heimes können die Bewohnerinnen von einem vom Heim angestellten Arzt, vom Hausarzt, welchen sie schon vor dem Heimeintritt hatten, oder von einem neuen Hausarzt betreut werden, welcher ebenfalls in einem Heim tätig ist. Alle Lösungen haben ihre Vor- und Nachteile. Grundsätzlich ist aber zu verlangen, dass Ärztinnen und Ärzte, die in einem (Pflege-) Heim tätig sind, gute Kenntnisse der Alterspsychiatrie und Palliativmedizin sowie der anderen häufig vorhandenen Morbiditäten der älteren Bevölkerung wie Inkontinenz und Immobilität haben. Zudem müssen sie in das Pflorgeteam des Heimes integriert sein und die Fähigkeit haben, den Erfahrungen und Einschätzungen der Bewohnersituation des Pflorgeteams Rechnung zu tragen. Dabei stellen sich regelmäßig Fragen über die Berechtigung und Wirtschaftlichkeit bestimmter Abklärungen und Therapien, welche in einem früheren Lebensabschnitt sicher adäquat wären, in der Situation des alten Menschen jedoch möglicherweise nicht mehr berechtigt sind. Solche Situationen sind konfliktrichtig und bedingen, dass Raum und Zeit vorhanden sind, um sie in Gesprächen anzugehen und nach Möglichkeit zu lösen, zu denen auch Angehörige einzubeziehen sind. Dass eine Lösung in ethischen Grenzsituationen nur dann möglich ist, wenn das Gesprächsklima von Vertrauen und gegenseitigem Respekt getragen ist, scheint selbstverständlich. Das Klima muss aber auch von der Einsicht geprägt sein, dass die gesundheitlich-medizinischen Belange für die Bewohnerinnen durchaus nicht den wichtigsten Aspekt ihres Lebens darstellen.

Eine längere mündliche Befragung der Kader dieser Heime durch eine Expertengruppe (cf. auch Kap. 5) im Frühsommer 2006 ergab im Großen und Ganzen ein befriedigendes Bild über die Zusammenarbeit mit den in den Heimen im Kanton Nidwalden tätigen Ärztinnen und Ärzten. Bemängelt wurden Einzelfälle oder einzelne Vorfälle. Gewünscht wurden vermehrte Fachberatung sowie mehr Zeit und Raum für

Gespräche, die nach Möglichkeit institutionalisiert werden sollten. Einzelne Heime haben entsprechende Maßnahmen getroffen und schätzen die Resultate als positiv ein.

Eher überraschend, aber im Einklang mit auch international bewährten Befunden, ist die große Zahl von Bewohnerinnen, die regelmäßig Psychopharmaka erhalten. Eine aktuelle Untersuchung zeigt, dass sechs von zehn Bewohnerinnen in Pflegeheimen Psychopharmaka erhalten, obwohl dies nach medizinischen Regeln nicht indiziert ist, während nur zwei von zehn Bewohnerinnen keine Psychopharmaka erhalten, obwohl dies indiziert wäre.³¹ In der Schweiz erhalten durchschnittlich 43% der untersuchten Pflegeheimbewohnerinnen antipsychotische Medikamente, in Kanada sind es 25%.³² Je nach Heim beträgt diese Quote in Nidwalden nach Schätzung der Pflegedienstleitungen oder nach exakter Durchsicht der Verordnungen 50% bis 70%. Dies bedeutet eine erhebliche Übermedikalisierung mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit der Bewohnerinnen und die Gesundheitskosten. Die angegebene Quote im Kanton Nidwalden ausschließlich als Folge der Institutionalisierung zu interpretieren, ist nicht haltbar, steht aber in einem Zusammenhang mit der Größe des Heimes, der personellen Ausstattung und der Qualifikation und Belastung des Pflegepersonals. Wie Feldstudien zeigen, ist der starke Gebrauch von Psychopharmaka mit einer Reihe von Nebenwirkungen verbunden. Neben Wechselwirkungen mit andern Medikamenten wird in der Literatur vor allem die Erhöhung der Sturzgefahr hervorgehoben. Ein möglicher Grund für diesen Missstand im Kanton Nidwalden liegt in da und dort auftretenden Konfliktsituationen zwischen Heimärzten und vorbehandelnden Ärzten. Um hier Abhilfe zu schaffen, wäre eine verstärkte Einbindung des kantonsärztlichen Dienstes angezeigt, der auch über die nötigen Ressourcen verfügen müsste.

Insgesamt liegt in der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten sicher ein Verbesserungspotential. Wie dieses aussieht und was organisatorisch zur Einleitung von Verbesserungen vorzukehren ist, soll hier bewusst offen bleiben, da erfahrungsgemäß Verbesserungen nur im Konsens und über längere Zeit hinweg realisiert werden können und der Situation in einem Heim angepasst sein müssen. Um es konkret auszusprechen: Zwischen dem Recht auf freie Arztwahl und dem legitimen Wunsch nach hoch stehender medizinischer, altersgerechter Betreuung kann durchaus ein Widerspruch bestehen, der nicht von oben, sondern nur gemeinsam angegangen werden kann.

4.5 Spezialfragen

4.5.1 Psychogeriatrische Aspekte

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen (also die Gesamtzahl aller Krankheitsfälle, die zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum bei einer bestimmten Population auftreten) steigt bis zur Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen an, geht in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen leicht zurück und steigt dann bei den 75-Jährigen und älteren deutlich an. Dieser Anstieg ist vor allem bedingt durch

³¹ C. Arditì, Patterns and behavioural outcomes of antipsychotic user among nursing homes residents: a Canadian and Swiss comparison, Ontario 2006: Der Vergleich zeigt übrigens, dass der Gebrauch von Psychopharmaka in Kanada signifikant und massiv niedriger ist. Abstract derselben Autorin in: European Journal of Public Health, 2006, Vol. 16 Suppl. 1, S. 78.

³² C. Arditì, a.a.O. (Ontario 2006), S. 18 und 19.

dementielle Erkrankungen. Insgesamt wird geschätzt, dass rund 25% der Betagten, also etwa jede vierte Person, an psychischen Erkrankungen leiden.

Die Inzidenz (verstanden als Häufigkeit, mit der Krankheiten innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, beispielsweise eines Jahres, neu auftreten) sowie die Prävalenz von dementiellen Erkrankungen steigen mit zunehmendem Alter überproportional. Bei der gegenwärtigen Lebenserwartung muss damit gerechnet werden, dass rund 30% der Menschen, die das 65. Lebensjahr erreichen, im weiteren Lebensverlauf an einer Demenz erkranken werden, wobei das Erkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter immer größer wird.

Obwohl also Betagte etwa gleich häufig an psychischen Erkrankungen leiden wie Erwachsene jüngerer und mittleren Alters, besteht bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung ein unterschiedliches Verteilungsmuster. Dementielle Erkrankungen sind altersabhängig. Das heißt aber nicht, dass alle anderen psychischen Erkrankungen nicht auch auftreten, beispielsweise Depressionen. Zudem liegt das Depressionsrisiko bei Menschen höher, die im Pflegeheim leben. Diese Gleichzeitigkeit von dementiellen mit andern psychischen oder organischen Erkrankungen bildet eine zentrale Herausforderung für Diagnose, Hilfe und Pflege.

Diese gesicherten Befunde dürften wohl auch auf die Situation im Kanton Nidwalden zutreffen. Ebenso dürfte zutreffen, dass in einer Mehrzahl der Fälle von dementiellen Erkrankungen das soziale Nahfeld Hilfe, Betreuung und Pflege leistet. Das bedeutet für die pflegenden Angehörigen eine große psychische und physische Belastung. Sie brauchen demzufolge Unterstützung durch Fachleute.

Will eine Strategie beiden skizzierten Aspekten gerecht werden, kommt dem Hausarzt eine zentrale Rolle zu. Das Alzheimer-Forum Schweiz benennt sie als „Demenzmanagement durch den Hausarzt“ und umreisst deren leitenden Grundsätze wie folgt:

- „Regelmäßige ärztliche Kontrolle zur Überwachung des Patienten und dessen Gesundheit.
- Eine enge Zusammenarbeit mit der Familie und den Krankenpflege-Anbietern ist unabdingbar.
- Die Grenzen der Belastbarkeit der betreuenden Personen sind zu beachten.
- Den Stimmungs- und Verhaltensstörungen sind besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Die Betreuer sind zu ermuntern, das Umfeld und den Umgang den Bedürfnissen des Demenzkranken anzupassen.
- Die Familien und Betreuer (sind) im Umgang mit Gefahren zu beraten.
- Medizinisch-ethische Kompetenz (ist) zu zeigen am Endes des Lebens des Demenzkranken.“³³

Das Hauptziel der pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Strategien in der Behandlung von dementiell erkrankten Menschen definiert das Alzheimer Forum als „Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und seines Umfeldes“ und umreißt dann die Pharmakotherapie der kognitiven Störungen und die Therapie der nicht-kognitiven Störungen (u.a. depressiver Syndrome) sowie die nicht-pharmakologische Therapie. Insgesamt plausibilisiert sich so das Bild, dass die Behandlung de-

³³ Alzheimer Forum Schweiz, Diagnostik und Therapie der Alzheimer Krankheit, Basel, 2006, S 12.

mentierlicher Erkrankungen „ähnlich wie die von AIDS oder Krebs zu einer anspruchsvollen interdisziplinären Aufgabe geworden ist“³⁴.

Weil diesem Befund vorbehaltlos zugestimmt werden kann, ist es zwangsläufig, dass er auch Auswirkungen für die hier verfolgte Optimierung des Angebotes im Kanton Nidwalden hat. Dabei kann es nicht allein um die Rolle des Hausarztes als „Case-manager“ gehen und um einen Beizug von Spezialisten, Tageskliniken oder anderen Institutionen. Vielmehr gilt es, die Leitideen des Alzheimer Forums situationsgerecht organisatorisch umzusetzen. Dazu werden folgende organisatorische Maßnahmen vorgeschlagen:

- Die Schaffung eines Kompetenzzentrums für dementiell erkrankte Menschen in einem dafür geeigneten Heim im Kanton Nidwalden im Rahmen der organisatorischen Struktur, wie sie in Abs. 4.1 vorgeschlagen wird.
- Die Schaffung einer (Teilzeit-)Stelle eines (Psycho-)Geriaters in diesem Heim mit einem klar umschriebenen Leistungsauftrag für die anderen Heime im Kanton Nidwalden resp. das Kantonsspital. Zum Leistungsauftrag gehören auch konsiliarische Funktionen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Eine verstärkte Einbindung der Institution „Kantonsarzt“ mit entsprechenden Ressourcen ist geboten.
- Die vertiefte und verbesserte Weiterbildung des Personals in diesem Kompetenzzentrum mit einem klar umschriebenen Leistungsauftrag für die anderen Heime im Kanton Nidwalden. Dazu gehören Schulungs- und Ausbildungsfunktionen in anderen Heimen als „Bringschuld“.
- Pilotstudien (beispielsweise in der Stadt Zürich) zeigen, dass die Schulung von pflegenden Angehörigen von dementiell erkrankten Menschen positive Effekte auf ihr Wohlbefinden und ihre subjektiv wahrgenommene Lebensqualität hat und zur Stabilität der Pflegesituation beiträgt. Diese Schulung ist im Leistungsauftrag der Pro Senectute Nidwalden festzuschreiben.

4.5.2 Rehabilitations- und Übergangspflege

Der Leiter des stadtärztlichen Dienstes Zürich (Albert Wettstein) schätzte schon 1999, dass „mit bis zu einem Viertel weniger Pflegeheimplatzierungen und mit entsprechend geringeren Gesundheitskosten gerechnet werden (darf), wenn multimorbide geriatrische Akutpatienten auf Geriatrieabteilungen betreut und rehabilitiert werden“³⁵. Diese Zahl hat sich in der Zwischenzeit zumindest in Zürich bestätigt. Allein dieses Faktum belegt die Bedeutung der Rehabilitations- und Übergangspflege. Zusätzlich hat sich die Situation in der Akutmedizin noch verschärft. Der medizinische Status von Betagten, die in ein Akutspital eingeliefert werden, wird in der Regel immer kürzerer Zeit kontrollierbar, d.h. sie werden subakut und benötigen die Betreuung, Pflege usw. eines Akutspitales nicht mehr. Da die Versicherer nach Art. 39 Abs. 1 KVG nur dazu verpflichtet sind, das akute Krankheitsgeschehen zu finanzieren, tendieren Akutspitäler dazu, subakute Patientinnen und Patienten in andern Institutionen zu verlegen. Diese Tendenz wird in Zukunft wegen der sich abzeichnenden Entwicklungen (etwa Fallkostenpauschalen, Bürokratisierung usw.) noch zunehmen.

³⁴ Alzheimer Forum Schweiz, Diagnostik und Therapie der Alzheimer Krankheit, Basel, 2006, S 11.

³⁵ A. Wettstein, Am liebsten Zuhause, in: Unimagazin der Universität Zürich, Nr. 1/99.

Naheliegenderweise sind damit auch die Pflegeheime in diese Entwicklung involviert. Für die Situation im Kanton Nidwalden kann das nur bedeuten, dass im Rahmen des organisatorischen Konzeptes, das in Abs. 4.1 vorgeschlagen wird, ein Pflegeheim zur Übernahme dieser Funktion bezeichnet wird. Dieses Heim strebt an, dass eine beachtliche Gruppe von „temporären“ Bewohnerinnen und Bewohnern die Institution nach etwa acht bis zwölf Wochen wieder verlassen kann, um für längere Zeit oder sogar den Rest des Lebens in die ursprüngliche Umgebung zurückzukehren. Offensichtlich muss das Betriebskonzept für diese Gruppe verändert werden. Es kann nicht mehr darum gehen, ein gutes Leben und Sterben im Heim zu ermöglichen, sondern das Ziel hat für manche (aber nicht alle) der Austritt zu sein.

Voraussetzung für die Zielerreichung ist damit auch eine substanzielle Stärkung des Elementes der geriatrischen Rehabilitation und damit verbunden auch der Einsatz spezifischen geriatrischen Wissens und Könnens. Das heißt nicht, dass heute in den Heimen im Kanton Nidwalden keine Anstrengungen unternommen werden, um Beeinträchtigungen in der Funktionsfähigkeit nicht nur nicht fortschreiten zu lassen, sondern für längere Zeit auch teilweise aufzuheben: Manche Bewohnerinnen, welche von zu Hause oder auch aus einem Spital immobil ins Heim kommen, gewinnen ein beträchtliches Ausmaß an Mobilität wieder. Aber die geriatrische Rehabilitation, welche in der nahen Zukunft für das zu bestimmende Heim zur festen Aufgabe wird, verlangt mehr. Im Vordergrund stehen die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Dabei geht es primär um einfache Alltagsverrichtungen (Essen, Trinken, sich Ankleiden, Toilettenbesuch usw.). Darüber hinaus muss ein konzeptueller Rahmen für die Anstrengungen existieren. Die Erkenntnis und die Überzeugung müssen präsent sein, dass Verluste physischer Funktionen durch psychische und soziale Verluste beschleunigt und durch zwischenmenschliche Beziehungen und das Erfüllen sozialer Rollen teilweise kompensiert werden können.

Der Spitaleintritt bedeutet für manche Betagte und für viele Hochbetagte eine sehr belastende Umstellung, welche zu einer körperlichen und psychischen Verschlechterung (Dekompensation) führen kann. Daraus entstehen vielfältige Folgeprobleme: Nicht selten resultiert temporäre oder länger andauernde Verwirrtheit; demenzielle Prozesse werden beschleunigt; es ist nachgewiesen, dass Inkontinenz nach Spitalaufenthalt sehr substanziell zunimmt; Herzinsuffizienzen müssen medikamentös neu angegangen werden; mit Bezug auf Akutgeschehen resultiert eine überdurchschnittliche Zahl von Thrombosen und – dies ist in den Heimen leider schon heute manifest – ein Teil der Patientinnen und Patienten weist Dekubiti auf, einmal abgesehen davon, dass während des Spitalaufenthaltes eine ungenügende Mobilisierung erfolgte. Aus der gesamten durch das Geschehen und den Spitalaufenthalt bedingten Regression ist auch öfters ein geistiger Abbau wegen fehlender aktivierender Therapie zu konstatieren. Deshalb hat in der Übergangspflege über das Ganze hin eine konzeptuell befriedigende geriatrische Rehabilitation stattzufinden. Mit Bezug auf einzelne Krankheitszustände geht es im Einzelnen um eine gewisse neurologische Rehabilitation (insbesondere beim Schlaganfall), um die Rehabilitation bei Stoffwechselkrankheiten, um periphere Durchblutungsstörungen, um die Mobilisation nach orthopädischen Problemen usw.

In der Pflege muss in diesem Heim über die schon heute verbreitete aktivierende Pflege hinaus ein rehabilitatives Setting geschaffen werden, welches sich unter anderem in stärkeren Anstrengungen zum Wiedererreichen von Mobilität (öfters Gehtraining), einem gezielten Krafttraining, einem Gewöhnen daran, das Essen eigenständig anzurichten, einem Gewinnen eines eigenständigen Lebensrhythmus usw. manifestieren muss. Zudem hat sich das Heim, das sich zu dieser Aufgabe ver-

pflichtet, einzeln oder in geographischer Nähe den geriatrischen Sachverstand zu suchen. Dadurch sollte auch ein zwingend notwendiges geriatrisches Assessment sichergestellt werden, das im Akutspital häufig aus zeitlichen Gründen nicht oder nicht umfassend vorgenommen werden kann.

Im Zusammenhang mit der Rehabilitations- und Übergangspflege wäre es nicht ganz ohne Belang, im Kanton Nidwalden zusätzlich noch zwei weitere Aspekte zu thematisieren. Beide sind beeinflusst durch die Erfahrungen in der Stadt Zürich. In Zürich wurde zum einen immer wieder beobachtet, dass die (unbestrittene) Effektivität der Rehabilitations- und Übergangspflege dadurch unterlaufen wurde, dass die Angehörigen während des Spitalaufenthaltes den Haushalt der Erkrankten auflösten und deswegen eine Rückkehr in die angestammte Umgebung nicht mehr möglich war. Die Konsequenz, die der stadtärztliche Dienst in Zürich daraus zog, ist die, dass der Eintritt in ein Pflegeheim für eine bestimmte Zeit provisorisch ist. Der definitive Eintritt erfolgt erst nach Ablauf dieser Zeit, und während dieser Phase steht die Rückkehr in die angestammte Umgebung im Fokus. Es wäre sinnvoll zu evaluieren, ob ähnliche Erfahrungen auch im Kanton Nidwalden in einem Ausmaß vorliegen, die eine Übernahme der Zürcher Regelungen zumindest als prüfbar erscheinen lassen. Der andere Aspekt ist darin zu suchen, dass Wettstein belegen kann, dass Hilfebedürftigkeit im Alter weit mehr von Alter, Geschlecht und sozialen Faktoren (Finanzen, Bildung, Umfeld) abhängen als von Krankheit. Diese, wenn man so will, „weichen“ Faktoren erklären 51% der Varianz, während Krankheit nur mit 34% zur erklärten Varianz beiträgt. „Die geklärte Varianz der körperlichen Krankheiten Betagter ihrerseits wird zu zwei Dritteln durch Fehlmedikation oder Nebenwirkung von Medikamenten bestimmt und nur zu einem Siebtel durch die klassischen Risikofaktoren für Kreislauferkrankungen. Die hohe Bedeutung der Medikationsfehler und Nebenwirkungen erstaunt nicht....“³⁶. Zürich hat daraus den Schluss gezogen, dass alle nicht überlebensnotwendigen Medikamente der neu eintretenden Bewohnerinnen für eine gewisse Zeit sanft abgesetzt werden, und erst dann die genauen Abklärungen getroffen werden. Auch diese Praxis wäre für die Einführung in den Heimen im Kanton Nidwalden zu prüfen. Um Missverständnissen vorzubeugen, soll in diesem Zusammenhang betont werden, dass mit dem geschilderten Faktum keine Schuldzuschreibung verknüpft ist. Was ursächlich für die Medikationsfehler ist, bleibt auch bei Wettstein ungeklärt. Zu vermuten sind beispielsweise die Einnahme von nicht rezeptpflichtigen Medikamenten oder nicht bekannte Interaktionen zwischen bewährten Medikamenten.

Die Finanzierung der Rehabilitations- und Übergangspflege ist zurzeit nicht gesichert. Da nicht klar ist, wann eine entsprechende Revision des KVG andere Verhältnisse schafft, sollte sich der Kanton Nidwalden verpflichten, ab 2008 bis zur Übernahme der Kosten durch die Versicherer (aber höchstens für fünf Jahre) einen Tagesbeitrag für jede Bewohnerin und jeden Bewohner in der Übergangspflege während einer Zeitdauer von höchstens zwölf Wochen zu leisten. Diese Aufwendungen fallen mit Sicherheit weniger hoch aus als die scheinbar einfachere Etablierung von geriatrischer Medizin im Kantonsspital.

4.5.3 Sonderfälle

Unter diesem Titel soll die Situation von nicht betagten Pflegebedürftigen thematisiert werden. Für Menschen mit invalidisierenden somatischen Beschwerden (Parkinson,

³⁶ A. Wettstein, Am liebsten Zuhause, in: Unimagazin der Universität Zürich, Nr. 1/99.

Multiple Sklerose, Aphasiker, Unfallopfer u.a.) gibt es im Kanton Nidwalden kein spezialisiertes Angebot, sodass der Grossteil der Menschen mit diesen Beschwerden in Pflegeheimen und teilweise in psychiatrischen Kliniken untergebracht ist. Gespräche mit den Verantwortlichen zeigen, dass Pflegeheime bereit sind, solche Menschen aufzunehmen, sofern die zusätzlichen Kosten finanziert werden. Analoges gilt für die Situation schwer psycho-organisch beeinträchtigter Menschen (z.B. infolge Verkehrsunfall, übermäßigem Alkoholgenuss, Tumor) oder Menschen mit AIDS. Die Besuche aller Heime im Kanton durch eine Expertengruppe zeigten, dass hier individualisierte, auf die jeweiligen Probleme zugeschnittene, effektive und kostengünstige Lösungen im Einzelfall möglich sind und entsprechende Angebote im Kanton Nidwalden gemacht werden.

Sofern diese Menschen also nicht zu Hause leben, sind sie in einer Institution untergebracht. Zwei Probleme scheinen für die Situation dieser Menschen gravierend zu sein: Zum einen ist die Finanzierungsfrage häufig nur dann zu lösen, wenn zusätzlich wirtschaftlich Sozialhilfe beantragt und bewilligt wird, zum andern ist die Betreuungssituation nicht in allen Fällen optimal. Für das erste ist die Gemeinde zuständig. Damit diese nicht unvermutet in Schwierigkeiten gerät, ist es haltbar, wenn im Einzelfall eine Lösung in Zusammenarbeit und im Gespräch mit dem Kanton gesucht wird. Für die Unterstützung durch den Kanton in solchen Fällen ist die gesetzliche Basis zu schaffen. Was die Qualität der Pflege dieser Menschen betrifft, so sind vermehrt Anstrengungen zu unternehmen, ihrer spezifischen Situation gerecht zu werden. Dies wird hier im Zusammenhang mit der Diskussion der Qualität erörtert (vgl. dazu Kap. 5).

5. Zur Qualität der Pflegeheime im Kanton Nidwalden

Organisationen des Sozial- und Gesundheitsbereichs und damit auch Alters- und Pflegeheime geraten in der Öffentlichkeit unter zunehmenden Legitimationsdruck. Ihre künftige Ausgestaltung und Funktion sind umstritten. Hintergrund dabei ist ein ökonomisierter, polarisierter und damit konflikträchtiger Diskurs³⁷ über die Zukunft des Gesundheits- und Sozialwesens. In diesem Diskurs sind drei „Issues“ zentral: Kostenaspekt, Sparaspekt und Personalaspekt. Es lässt sich zeigen, dass dieser Diskurs zurzeit als „Entweder-oder-Konflikt“ inszeniert wird und nicht als „Mehr-oder-weniger-Konflikt“. Das erschwert rationale Lösungen.

Umstritten ist zusätzlich, was denn die Qualität von Organisationen von Pflegeheimen ausmacht, und welche Maßnahmen geeignet sind, um diese Qualität herzustellen. Trotzdem sind Qualitätsbeurteilungen in sozialen Organisationen aus zumindest drei Gründen unverzichtbar:

- Zum einen rechtfertigen sich aus ethisch-moralischer Sicht Pflegeheime – wie auch soziale Programme und soziale Interventionen – nur dann, wenn sie belegen können, dass sich durch sie das Wohlbefinden resp. die Lebensqualität der Betroffenen im Vergleich zu Nichtinterventionen, Nichtprogrammen und Nichtorganisationen zumindest nicht verschlechtern.
- Versteht man unter Qualität die Differenz zwischen IST und SOLL, dann ist die Erfüllung der Erwartungen der Bewohnerinnen zentral. Denn im SOLL werden Aspekte dieser Erwartungen thematisiert und sind daher bedeutsam. Allerdings sind diese Erwartungen biographisch geprägt und somit höchst unterschiedlich, was eine komplexe Erfassung der Erwartungen bedingt.
- Soziale Organisationen sind für Menschen da, nicht Menschen für die sozialen Organisationen. Betriebswirtschaftlich und ökonomisiert gesprochen: Die Menschen sind die Kunden. Wird dieser Aspekt im „Exit-Voice-Modell“ nach Albert O. Hirschmann konzeptualisiert, ist eine Qualitätsbeurteilung zwingend.

Wollen Pflegeheime unter Berücksichtigung dieser Überlegungen mehr sein als ein „Ort des Sterbens“ oder bloß der „bürokratischen Entsorgung von Schicksalen“ (Gröning, 1998, Koch-Straube, 2001) dienen, so sind sie verpflichtet zu zeigen, dass das Wohlbefinden und die Lebensqualität ihrer Bewohnerinnen mindestens gleich groß ist wie in andern Lebensformen. Das ist nur dann möglich, wenn Qualitätssicherung nicht einfach als bürokratisches Ritual verstanden wird, sondern als ernsthafter Versuch, auf eine komplexe Herausforderung optimal zu reagieren.

Im Folgenden werden die theoretischen Überlegungen und die daraus resultierende Umsetzung in empirische Forschung sowie deren Resultate und hieraus möglichen Befunde für die Heime im Kanton Nidwalden dargestellt. Die Bewohnerinnen sämtlicher Pflegeheime und zusätzlich auch jene von Wohnheimen wurden mit einer Skala zur Messung ihres Wohlbefindens und ihrer subjektiven Lebensqualität mündlich „Face to face“ befragt.

³⁷ S. Görres, Qualitätssicherung in Pflege und Medizin, Bern und Göttingen, 1999.

5.1 Hintergrund

Das Befragungsinstrument SLQA misst die subjektive Lebensqualität der Bewohnerinnen als die zentrale Qualitätsdimension eines Heimes, da dies letztlich die Unterbringung in einem Heim und damit das Heim selber legitimiert. Ohne zu wissen, wie die Bewohnerinnen ihre Lebensqualität subjektiv beurteilen, hat das Heim keine Informationen darüber, welche Wirkungen es im Erleben und dem daraus resultierenden Handeln der Bewohnerinnen auslöst. Dabei ist allerdings einschränkend anzumerken, dass dieses Wohlbefinden auch von andern Faktoren wie dem Gesundheitszustand abhängt. Über diese Informationen verfügt das Heim via Einstufungssysteme (etwa BESA oder RAI).

Der Anspruch der SLQA-Skala geht über den einer Zufriedenheitsbefragung weit hinaus. Sie will umfassend in fünf zentralen Qualitätsdimensionen, die theoretisch abgestützt sind (cf. Abschnitt 5.3), und in den für ein Heim wichtigen Lebensbereichen (Pflege und Betreuung einerseits, Essen und Umgebung andererseits) ein gültiges (valides) und zuverlässiges (reliables) Bild über das Wohlbefinden und die Lebensqualität möglichst aller Bewohnerinnen geben. Dabei steht im Vordergrund, dass die Urteile der Bewohnerinnen nicht eine Reaktion auf das Heim, seine Struktur und das Personal darstellen. Zudem ist die Anlage der Untersuchung so gestaltet, dass möglichst alle Bewohnerinnen mündlich und durch Dritte befragt werden.

5.2 Daten

Die hier vorliegende SLQA-Untersuchung ist eine Vollerhebung der Bewohnerinnen der Alters- und Pflegeheime im Kanton Nidwalden. Einzig die Bewohnerinnen von zwei sehr kleinen Institutionen, die keine Pflege anbieten, wurden nicht befragt.

Übersicht über die Befragten

- Durch die Heime an die Projektgruppe gemeldete Bewohnerinnen per Ende 2005: 503;
- Durch die Heime an die SOMED-Statistik gemeldete Bewohnerinnen per Ende 2005: 509;
- Vollständig durchgeführte Interviews: 265;
- Interviews teilweise durchgeführt (abgebrochen wegen Müdigkeit, Unwillen, mangelnden kognitiven Fähigkeiten) oder aus psychischen oder physiologischen Gründen von vornherein nicht durchführbar: 149 (davon 8 SLQA-Werte trotzdem erreichbar);
- Interviews von Bewohnerinnen verweigert: 49;
- Angegebene Personen bereits verstorben, weggezogen, Institution nicht befragt, also „neutrale Ausfälle“: 40;
- Dauer der Befragung: 3 Monate.

Die Interviewerinnen rekrutierten sich aus Studierenden der Höheren Fachschule für Sozialpädagogik Luzern, die speziell geschult wurden, in Gesprächsführung ausgebildet waren und einen Unterrichtsblock (Modul) zum Bereich „Alter“ besucht hatten sowie um lokal verankerte Personen im Umfeld der Pro Senectute.

5.3 Ergebnisse

Das Instrument SLQA hat sich zur Messung der subjektiven Lebensqualität bewährt.³⁸ Die fünf Dimensionen Empathie, Autonomie, Privatheit, Sicherheit und Akzeptanz, jeweils unterteilt in die Bereiche Umgebung/Essen und Pflege/Betreuung lassen sich unabhängig und zuverlässig messen und bilden zusammen eine umfassende Beschreibung der subjektiven Lebensqualität. Die gemessene subjektive Lebensqualität ist weitgehend unabhängig von den externen Variablen Alter, Aufenthaltsdauer und kognitive Fähigkeiten. Einzig das Geschlecht macht einen kleinen Unterschied, vor allem im Bereich Privatheit, wo die Frauen eine geringere subjektiv empfundene Lebensqualität haben als Männer. Hingegen hat die Pflegebedürftigkeit einen signifikanten direkten negativen Einfluss auf die Lebensqualität, so dass Pflegeheime mit bloßen Wohnheimen nicht direkt verglichen werden können. Um die direkte Vergleichbarkeit herzustellen, bedarf es einer rechnerischen (statistischen) Korrektur der Pflegebedürftigkeit. Das SLQA-Instrument ist in der Lage, die Lebensqualität auch bei Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten zuverlässig zu messen und versagt nur bei schwer dementen Personen ohne jegliche örtliche, zeitliche und personelle Orientierung, eine Gruppe, bei der jede Befragung scheitern muss und nur eine gerontopsychiatrische Untersuchung valide Ergebnisse liefern könnte.

Die Punktwerte der Gesamtskala entsprechen folgenden Urteilen:

0-25	schlecht
>25-35	durchaus mangelhaft
>35-40	befriedigend, aber interventionsbedürftig
>40-48	gut
>48-50	sehr gut

Die durchschnittliche subjektive Lebensqualität im Alters- und Pflegeheim in den Pflegeheimen im Kanton Nidwalden erreicht einen Wert von 39,9 Punkten und befindet sich damit im Bereich „befriedigend, aber interventionsbedürftig“.

- Die Dimension Essen und Umgebung erreicht 15,8 Punkte (von maximal 22)
- Die Dimension Pflege und Betreuung erreicht 24,2 Punkte (von maximal 28)
- Die Dimension Empathie erreicht 8,7 (von maximal 10)
- Die Dimension Autonomie erreicht 8,3 (von maximal 10)
- Die Dimension Privatheit erreicht 8,9 (von maximal 10)
- Die Dimension Sicherheit erreicht 8,1 (von maximal 10)
- Die Dimension Akzeptanz erreicht 6,2 (von maximal 10)

Die Mängel finden sich weniger im Bereich Pflege und Betreuung als im Bereich Essen und Umgebung. Während sich in den Dimensionen Empathie und Privatheit ein durchaus gutes Ergebnis zeigt, ist in den Dimensionen Autonomie, Sicherheit und vor allem Akzeptanz einiger Handlungsbedarf auszumachen.

Positiv ist hervorzuheben, dass der allergrößte Teil des Personals ein starkes Engagement und Empathie zeigt. Die zeitliche Präsenz der Pflege und Betreuung wird im Großen und Ganzen als ausreichend wahrgenommen.

³⁸ J. Estermann und H.U. Kneubühler, How to measure quality of life in nursing homes, in: European Journal of Public Health, 2006, Vol. 16 Suppl. 1, 2006, S.39-40.

5.4 Diskussion

5.4.1 Subjektive Lebensqualität, Wohlbefinden und Personalschlüssel

Die Daten der SLQA-Skala belegen, dass nicht die Anzahl der Stellen über die Lebensqualität entscheidet. Es wird deutlich, dass die Anzahl der Stellenprozent pro Bewohnerin keinen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hat, der Ausbildungsstand des Personals jedoch sehr wohl. Hohe Stellenprozent korrelieren mit schlechtem Ausbildungsstand und schlechter Lebensqualität.

In Nidwalden hat über 50% des Personals (gemessen in Stellenprozenten) überhaupt keine Ausbildung, und nur 10% der Personals verfügt über eine höhere Ausbildung, während die Stellenprozent pro Bewohnerin mit knapp 70% nicht niedrig erscheinen.

Es steht wissenschaftlich fest, dass eine zu kleine Zahl von diplomierten Pflegenden zu substantiellen Qualitätseinbussen führt. Mindestens eine Studie konnte nachweisen³⁹, dass die Dauer des Überlebens in einem Pflegeheim direkt mit der Zahl der verfügbaren Minuten von Pflegenden pro Tag und Bewohnerin in Beziehung steht.

Bezüglich Akutabteilungen und Akutspitäler gibt es ein gesichertes Wissen über das Verhältnis von *Personal und Qualität*. Wo mehr Personal verfügbar ist, gibt es qualitativ bessere Ergebnisse, weil beispielsweise weniger Fehler passieren. Dabei wird in diesen Studien der Schweregrad der Pflege, der so genannte *Case-Mix*, mitberücksichtigt.

Im Bereich der Langzeitpflege liegen zu diesem Zusammenhang weniger Studien vor. Aber auch diese wenigen Studien belegen, dass mehr diplomiertes Personal befriedigendere Leistungen erbringt. So gelingt es beispielsweise eher, schwere Depressionen als solche zu erkennen, die Zahl der höchst unerwünschten negativen Ergebnisse (Harnwegsinfekte, Stürze, Dekubiti usw.) zu reduzieren und - was besonders wichtig ist - das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner – (auch der Dementen) zu fördern.

Eines ist selbstverständlich festzuhalten: Ein höherer finanzieller Aufwand hat nicht in jedem Fall auch eine höhere Qualität zur Folge. Das geht ebenfalls aus mehreren Studien hervor. Und es leuchtet auch ein, denn aus Erfahrung weiß man, dass finanzielle Mittel auch unwirtschaftlich eingesetzt werden können und auch vom diplomierten Personal in der Langzeitpflege wirtschaftliches Handeln gefordert ist. Ein Beispiel: Was nützt eine zusätzliche Diplomierte, wenn die Zahl der Rapporte unverhältnismässig zunimmt?

Damit ist aufgezeigt, dass es nicht nur um die Zahl der Diplomierten geht. Ebenso ist bei jeder Beurteilung das wirtschaftliche Handeln in *allen* Bereichen des Heims mit einzubeziehen. Damit liegt die Schlussfolgerung auf der Hand: Eine genügende Zahl von Diplomierten ist eine notwendige, aber für sich allein keine ausreichende Voraussetzung für die Qualität in einem Heim!

Bei jeder Diskussion darüber, was eine „ausreichende Zahl von Diplomierten“ ist, ist die Gegenfrage zu stellen: Welche Anzahl ist *nicht* ausreichend? Um eine intelligente

³⁹ M.M. Bliesmer et al., The Relationship Between Nursing Staffing and Nursing Home Outcome, in Journal of Aging and Health, vol. 10, 1998, S. 351-371.

Diskussion zu führen, helfen nur Untersuchungen über die personelle Situation und die qualitativen Ausprägungen eines Heimes weiter. Über die Qualität der Heime sind keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse vorhanden, weil in völliger Unkenntnis der Konzepte zur Qualitätsbeurteilung in den Heimen während Jahren Produkte angewendet wurden, die keine wissenschaftliche Basis besitzen. Damit ist auch niemand in der Lage, Vergleiche zwischen den Heimen zu ziehen.

Eines steht allerdings fest: Das Arbeitsklima in einem Heim hängt mit seiner personellen Dotation zusammen. Engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben immer wieder Beispiele zur Hand, aus denen hervorgeht, dass wegen zu wenig Personal nicht das geleistet werden kann, was geleistet werden müsste. Dies stellt eine frustrierende Situation dar, die zweifellos zum Mangel an Pflegenden in Heimen beiträgt. Die Frustration wird noch erhöht, weil untaugliche Mittel zur Qualitätsbeurteilung eingesetzt werden.

Diese Eindrücke müssen allerdings noch wissenschaftlich erhärtet werden. Für den Kanton Nidwalden kann immerhin belegt werden, dass Wohlbefinden und Lebensqualität der Bewohnerinnen vom Anteil an qualifiziertem Personal abhängen. Die Definition von „qualifiziertem Personal“ entspricht jener der SOMED-Statistik. Genauere Untersuchungen zu dieser Definition wären Voraussetzung für weitergehende Forderungen. Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, warum auf die Empfehlung eines Personalschlüssels verzichtet wird.

5.4.2 Subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden und Größe des Heimes

Auch hier zeigt es sich, dass größere Institutionen durchschnittlich schlechtere Lebensqualität für die Bewohnerinnen bieten als kleinere. Die Grenze ist bei ca. 60 Bewohnerinnen zu ziehen. Es ist hier nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass ökonomischen Analysen Heime unter ca. 80 Bewohnerinnen eine schlechtere Betriebswirtschaftlichkeit zuschreiben. Dies steht im Widerspruch zur Lebensqualität der Bewohnerinnen. Die Betriebswirtschaftlichkeit ist deshalb ein schlechter Indikator für die Lebensqualität.

5.4.3 Subjektive Lebensqualität und Wohlbefinden und Kostenstruktur des Heimes

Diese im letzten Satz von Absatz 5.4.2 zum Ausdruck kommende Erfahrung bestätigt sich auch in den SLQA-Werten. Das einzige Heim, welches signifikant unter den kantonalen Durchschnitt fällt, weist bezüglich der Kostenstruktur keine bedeutsame Abweichung vom kantonalen Mittel aus, beschäftigt aber relativ viel unqualifiziertes Personal.

Bezüglich politischer Konsequenz legen die Daten nahe, dass vermehrt in den Ausbildungsstand an Stelle von baulichen Maßnahmen investiert werden muss und dass Erweiterungen von bereits bestehenden größeren Institutionen und die Einrichtung neuer größerer Heime für die Lebensqualität der Bewohnerinnen keinen Vorteil bringen.

5.5 Struktur- und Prozessqualität

Die Besuche der Heime im Kanton Nidwalden durch ein Expertenteam sowie die damit verbundenen längeren Gespräche und die dabei gewonnenen Eindrücke und Informationen lassen das Urteil zu, dass die *Strukturqualität* der Heime im Kanton Nidwalden über alles hinweg als ausreichend bis gut zu beurteilen ist. Dies bedeutet nicht, dass zwischen den Heimen keine Unterschiede bestehen, allerdings sind diese nicht gravierend.

Was die *Prozessqualität* anbetrifft, so ergibt sich ein etwas disparates Bild. Neben Heimen, die professionell handeln, also planen, gezielt und strukturiert vorgehen, evaluieren, und in denen der Prozess dokumentiert und nachvollziehbar angegangen und vollzogen wird, sind Heime anzutreffen, in denen die Routine dominiert, wenig individualisiert und wenig dokumentiert wird, was die Nachvollziehbarkeit erschwert. Konzeptuelle Vorstellungen sind in Personen vorhanden und werden durch diese umgesetzt. Das soll nicht heißen, dass die Prozessqualität insgesamt schlecht ist. Nur wäre mit gleichen Ressourcen mehr zu erreichen. Das zur Zeit Erreichte ist personenabhängig und nicht in der Struktur des Heimes und in seiner Kultur verankert. Analoges lässt sich über die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft festhalten: Sie ist an persönliche Präferenzen gebunden, zu wenig systematisch und zu wenig konzeptuell ausgerichtet. Diese Beurteilung gilt insbesondere für den zunehmend wichtigen Bereich der Gerontopsychiatrie.

5.6 Qualitätssicherung

5.6.1 Zur Definition der Qualität von Pflegeheimen

Qualität ist immer das Verhältnis von SOLL zu IST. Das SOLL in Pflegeheimen wird bestimmt durch das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohnerinnen. Das KVG verlangt, dass die Qualitätssicherung auf wissenschaftlicher Basis zu erfolgen habe (Art. 58 Abs. 1). Es lässt sich zeigen, dass die Gerontologie, die Pflegewissenschaften und die Ethik zur Formulierung des SOLL Beiträge leisten können. Entscheidend ist die Bewährung dieser Beiträge in der Praxis. Deshalb dürfen SOLL-Vorgaben nicht durch die Wissenschaft alleine fixiert werden, wie dies in Akutspitälern wegen der Professionalität weitgehend möglich ist. Für Pflegeheime ist vielmehr in der Praxis dialogisch danach zu suchen, wie Teilziele gesetzt werden können, damit unter Berücksichtigung der knappen finanziellen Mittel und besonders der knappen personellen Ressourcen Schritt für Schritt Elemente der Qualitätsförderung motivierend bewältigt werden können. Das soll durch ein Beispiel erläutert werden:

Der Fachverband Betagte hat 1996 die Rechte eines Menschen in einem Pflegeheim beispielsweise wie folgt definiert:

„Recht auf Würde und Achtung

Wir setzen uns dafür ein, dass in unseren Heimen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass Würde und Achtung aller Menschen im Heim gewahrt werden.

Recht auf Selbstbestimmung

Wir anerkennen das Recht jedes Menschen im Heim auf größtmögliche Selbstbestimmung.

Recht auf Information

Jeder Mensch im Heim hat das Recht, über alles, was ihn betrifft, ausführlich, verständlich und rechtzeitig informiert zu werden.

Recht auf Gleichbehandlung

Wir setzen uns dafür ein, dass das Leben im Heim frei von Diskriminierungen jeder Art ist.

Recht auf Sicherheit

Wir setzen uns für Sicherheit für alle im Heim ein.

Recht auf qualifizierte Dienstleistungen

Wir streben an, im Heim Dienstleistungen jeder Art auf einem Niveau zu bieten, das dem jeweiligen Stand der Praxis und der Wissenschaft entspricht.

Recht auf Wachstum der Persönlichkeit

Wir setzen uns dafür ein, dass sich Menschen im Heim weiterentwickeln können.

Recht auf Ansehen

Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen im Heim in der Gesellschaft geachtet und ernst genommen werden.⁴⁰

Diese ethischen Richtlinien bilden einen wohl kaum bestreitbaren Bezugsrahmen für die Qualitätssicherung. Sollen sie für diese frucht- und anwendbar gemacht werden, bedingt dies, dass entsprechende Kriterien für das damit korrespondierende Handeln und die entsprechenden Strukturen unter Einbezug von Erkenntnissen der Gerontologie und Pflegewissenschaft sowie der Praxis bestimmt und messbar gemacht werden. Das kann nur in einem gemeinsamen Lernprozess geschehen, in einem theorie- und praxisgeleiteten Dialog zwischen Wissenschaft, Leistungserbringern und Leistungsempfängern. Wissenschaftliche Studien analysieren und erklären Tatbestände und dürften sich nicht anmaßen, dass die in dem interessierenden Bereich gewonnenen Resultate auch tatsächlich immer und überall direkt in die Praxis umgesetzt werden können, auch wenn die Seite der Wissenschaft gleich wie jene der Praxis überzeugt ist, dass das Wohlbefinden der Bewohnerinnen in einem Heim das entscheidende Kriterium für alles Arbeiten sein soll. In diesem Prozess des gemeinsamen Lernens ist dann zu klären, was beispielsweise „Das Recht auf Ansehen“ konkret heißt und woran es festgemacht wird.

Für die Bestimmung des IST muss verlangt werden, dass das Richtige erfasst wird (Gültigkeit/Validität) und dieses Richtige richtig erfasst wird (Zuverlässigkeit/Reliabilität). Bezogen auf das obige Beispiel heißt das, dass die gewählten Kriterien für „Das Recht auf Ansehen“ dem entsprechen, was mit „Recht auf Ansehen“ gemeint ist und dass die entsprechenden konkreten Handlungen und Strukturen im Heimalltag richtig erfasst werden, etwa durch systematische teilnehmende Beobachtungen, deren Resultate möglichst objektiv festgehalten werden. Systematische teilnehmende Beobachtung ist aber außerordentlich aufwendig, was sich auf der Kostenseite niederschlägt, und ist sehr schwer zu standardisieren, da der durch die Beobachtenden verursachte Verzerrungseffekt sowohl auf der Seite der Beobachteten wie der Beob-

⁴⁰ Arbeitsgruppe „Ethische Richtlinien“ des Heimverbandes Schweiz, Fachverband Betagte, Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen, Zürich, o.J., 1996

achtenden nicht gemessen werden kann. In Anbetracht der Komplexität des Geschehens in einem Pflegeheim liegt es auf der Hand, dass die Feststellung des IST professionelle Vertrautheit mit Pflegeheimen voraussetzt und deshalb auch theorie- und praxisgeleitet vorgenommen werden muss. Dieses Postulat schließt die Vertrautheit mit den Methoden der empirischen Sozialforschung ein.

5.6.2 Offenes Konzept statt Produkt

Dieses Verständnis von Qualitätssicherung, Qualitätsbeurteilung und Qualitätsförderung widerspricht einer instrumentell-technokratischen Auffassung. Bei den „Stress-Situationen“ der Heimleitungen – das Pflegekader ist immer eingeschlossen – ist die Gefahr gegeben, dass zur gesetzlich verlangten Qualitätssicherung der einfachste Weg eingeschlagen und ein Produkt eingekauft wird („man nehme“), für welches der Erfolg vorprogrammiert ist, dessen Ergebnisse aber nicht valide und reliabel sind. Damit wird bloß eine Art Spiegel ins Heim geholt, welcher einigermaßen garantiert, dass man sich darin als gutes Heim erkennt (so genanntes. selbstreferenzielles Handeln). Das ist nur möglich, wenn die Ableitung des SOLL und die Festhaltung des IST wissenschaftliche Regeln verletzen. So haben die drei Produkte zur Qualitätssicherung, welche in Heimen der Deutschschweiz am häufigsten zur Anwendung kommen, keinerlei Bezug zu den vier „geriatrischen Riesen“ (intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität und Inkontinenz) oder zu schweren Depressionen, obwohl sich in Pflegeheimen die Bevölkerungsgruppe mit dem weitaus größten Anteil an schweren Depressionen findet. Die Festhaltung des IST hat wegen der gewählten Methode (schriftliche Befragung) und den verwendeten Operationalisierungen Verzerrungen zur Folge. Zudem wird bei diesen Systemen ein Verständnis von Qualität eines Pflegeheimes übernommen, das davon ausgeht, eine Optimierung der betrieblichen Abläufe sei gleichzusetzen mit der Optimierung des Wohlbefindens der Bewohnerinnen, ohne dass ein systematischer Zusammenhang zwischen den Zielen und Zwecken der betrieblichen Abläufe und dem Wohlbefinden sichtbar wird. Der Einkauf eines Produktes hat deshalb zur Konsequenz, dass Heime beträchtliche finanzielle Mittel und öfters erhebliche personelle Ressourcen für ihre Selbstabbildung einsetzen und dann glauben müssen, dass die Investitionen auf die eine oder andere Art nützlich waren, unabhängig davon, dass die Fundamente für ihre Urteile wissenschaftlich überhaupt nicht haltbar sind.

Deshalb wird hier nicht für Produkte, sondern für ein *Konzept* plädiert. Das ist ein wesentlicher Unterschied: Ein Konzept umreißt den Rahmen von Ideen und Absichten, ein Produkt hingegen lässt das nicht mehr zu. Unreflektiert muss hier die feststehende Qualitätsdefinition des Produzenten übernommen werden. Das ist auch deshalb problematisch, weil der Alltag zeigt, dass in Pflegeheimen der Focus oft zu stark auf die medizinisch-technische Seite gerichtet wird und zu wenig auf die Beziehungsebene. Dies wird durch den Finanzierungsmodus gefördert, welcher nur pflegerische Verrichtungen bewertet und entsprechend finanziert. Pflegerische Leistungen sind jedoch nicht von der Beziehungspflege resp. den „Beziehungsleistungen“ zu lösen. Ein wichtiges, wenn nicht das wichtigste Element in der Pflege und Betreuung von alten Menschen ist die Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung. Es kommt also nicht nur darauf an, *was* gemacht wird, sondern vor allem auch, *wie* etwas gemacht wird. Wie etwas gemacht wird, unterliegt aber nicht nur dem Wandel, sondern muss auch in einem gemeinsamen Lernprozess immer wieder neu ausgehandelt und festgehalten werden. Nur in einem konsequenten Überdenken

von Strukturen, Prozessen, Anleitungen und Ritualen wird das möglich, was heute schon möglich wäre.

5.6.3 Zur Umsetzung im Kanton Nidwalden

Wie bereits gesagt ist die Qualitätssicherung nach Art. 58 KVG gesetzliche Pflicht für alle Pflegeheime. Im Kanton Nidwalden sind bis heute nur einige Schritte zur Umsetzung dieser Pflicht gemacht worden.

Der vorliegende Bericht räumt der Qualitätssicherung hohe zeitliche und sachliche Priorität ein und betrachtet sie als unabdingbare Ergänzung zu ihrer zentralen Empfehlung, auf die weitere Schaffung von Pflegeplätzen zu verzichten. Für diese Auffassung ist neben dem bereits mangelnden Konkurrenzdruck unter den Heimen die festgestellte Dotation einer Zahl von Pflegeheimen mit qualifiziertem Personal entscheidend. Damit ist eine Situation angesprochen, die für Pflegeheime, aber nicht oder nicht im gleichen Ausmaß für die Akutmedizin bedeutungsvoll ist. Das KVG ist primär für die Akutmedizin gemacht. Das gilt auch für die Qualitätssicherung. Dieser Zusammenhang lässt sich von den Beratungen in der Expertenkommission anfangs der 90er Jahre bis heute nachweisen. Zu Recht ist dabei auf die Beseitigung einiger Probleme wie Übermaß an Abklärungen, unnötige und oft zu lange Spitalaufenthalte, Doppelspurigkeiten usw. gezielt worden.

Die Probleme in der Akutmedizin stellen und stellen sich aber in den Pflegeheimen nur zum kleinsten Teil in ähnlicher Weise. Während für die Akutmedizin in etwa behauptet werden kann, dass mit weniger Aufwand auch Besseres möglich ist (und auf jeden Fall weniger Folgekosten zeitigt), haben diese Vermutung für Pflegeheime praktisch keinen Gehalt.

Die Pflege dürfte sich in einer ungemütlichen Situation befinden: Diplomiertes Personal ist öfters nur schwer zu finden, und gleichzeitig ist eine größere Zahl von Pflegeheimen mit der Tatsache konfrontiert, dass die Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner jedes Jahr zunimmt. Unter dem Druck der Kostendämpfung werden aber andererseits zusätzliche Stellenprozente nur zurückhaltend bewilligt. Es existieren Hinweise dafür, dass vermutete Tatbestände, welche Bewohnerinnen von Pflegeheimen unter Umständen zu gravierendem Nachteil gereichen, auf eine nicht ausreichende Dotierung mit diplomiertem Personal zurückzuführen sind. Soll dieser Zustand nicht weiter anhalten, ist deshalb die Qualitätssicherung von hoher zeitlicher und sachlicher Priorität. Ein weiteres Zuwarten ist nicht verantwortbar, und die Zeit sollte genutzt werden, dies nicht zuletzt auch deshalb, weil der Graben zwischen dem, was möglich wäre und dem, was ist, in den Pflegeheimen größer ist als in der Akutmedizin. Deshalb brauchen die Pflegeheime für die Umsetzung der Qualitätssicherung mehr Zeit als die Spitäler.

Damit ist ein jahrzehntelanger Prozess angezeigt, der von einem führenden deutschen Experten (Thomas Klie) als einzig fairer herausgestellt wird. Die Absage an Produkte und die Unterstützung des konzeptuellen Arbeitens scheint auch für deutsche Verhältnisse von hoher Relevanz: „Einer solchen ‚dichten Beschreibung‘ und einem derart tiefen Verständnis des Wesens der Pflege und der Kultur des Pflegeheimes werden all die gepriesenen Zertifizierungsverfahren, etwa nach DIN ISO 9000-2000, aber auch EFQM-Ansätze, kaum gerecht. Eine konsequente Individualisierung und Normalisierung der Alltagsgestaltung, Versuche der Dominanz des Körpers zu widerstehen, werden kaum mit den klassischen Formen und Verfahren der

Qualitätssicherung zu erreichen sein. Da wirken viele Bemühungen interner und vor allem auch externer Qualitätssicherung wie eine zynische Karikatur.“⁴¹

Vermieden werden soll aber auch jede Bürokratisierung, die das Gegenteil eines jeden Dialoges ist. Von der Hand zu weisen sind unbedingt die amerikanischen Verhältnisse zur Überprüfung der „Qualität“ in Pflegeheimen (unangemeldete Überprüfungen, von denen 15 % außerhalb der Bürozeiten stattfinden müssen wo drakonische Strafen drohen und die Schwächen aller 16'000 Pflegeheime im Internet veröffentlicht werden). Bürokratien fehlt es in der Regel an Sachverstand, um darüber zu urteilen, wann etwa die Verschreibung von Nootropika angezeigt ist, wie viel an Bewegung für Hochbetagte wie durchgeführt werden kann, wie die Regeln zur Bekämpfung der Inkontinenz zu befolgen oder welche Pflegemodelle für demenziell erkrankte Menschen wie in der Praxis zu überprüfen sind. Hauptsache, es wird Qualitätsmanagement durchgeführt, dabei scheint gleichgültig zu sein, mit welchen Inhalten dieses gefüllt wird. Eine Bürokratisierung wäre auch deswegen fatal, weil nur mit den Heimen zusammen und auf keinen Fall gegen diese etwas Sinnvolles geleistet werden kann.

⁴¹ T. Klie, Nachwort, in A.J. Gebert und H.U. Kneubühler, Qualitätssicherung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen, Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, Bern, 2003, S. 448.

6. Empfehlungen der wissenschaftlichen Experten

Ausgangspunkt der folgenden Vorschläge sind nicht nur die durch Fakten gestützten Aussagen in den Kapiteln 2 bis 5, sondern auch die spezifische Situation im Kanton Nidwalden. Seine räumliche wie demographische Struktur erlaubt nämlich durchaus das Argument, ihn für die Pflegeheimplanung als *einen* Raum zu betrachten. Das mag zwar der historisch gewachsenen Mentalität eines Teils der Bevölkerung widersprechen, ist aber durch die Gesundheitswesen-Forschung gut abgedeckt. So lässt sich etwa zeigen, dass die Besuchsintensität von Angehörigen vom Weg abhängt. Liegt dieser bei einem Zeitbedarf von mehr als 20 Minuten, muss mit einer signifikanten Abnahme der Besuche gerechnet werden.⁴² Die Verkehrsinfrastruktur des Kantons Nidwalden ermöglicht für alle anerkannten Heime die Erfüllung dieser Bedingung.

Zur Umsetzung folgender Empfehlungen (Punkte 6.3, 6.4, 6.6, 6.8 und 6.10) müssen zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden.

- 6.1** Auf den **Bau** oder die **Bewilligung** zusätzlicher Pflegeheimplätze soll im Kanton Nidwalden verzichtet werden. Bei einem nachgewiesenen, dringenden Bedarf sollen für eine bestimmte Zeitdauer Pflegewohnungen mit 6–10 Plätzen bewilligt werden. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: Damit verbunden wäre der Einsatz erheblicher finanzieller Mittel, das notwendige qualifizierte Personal ist wegen der demographischen Verschiebung zunehmend schwerer zu rekrutieren und die Bedürfnisse der Betagten unterliegen einem massiven Wandel. Entscheidend ist aber, dass die jetzige Situation im Kanton Nidwalden mit dem hohen Angebot an Pflegeheimplätzen strukturbedingt und nicht ausschliesslich auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Betagten zurückzuführen ist.
- 6.2** Statt neue Pflegeheimplätze zu schaffen, sollen vermehrte Anstrengungen im Bereich der **Qualität** unternommen werden. Dazu gehören u.a. eine vermehrte Rekrutierung und der richtige Einsatz von ausgebildetem Personal, eine systematische Fort- und Weiterbildung (und zwar auch durch die Fachleute in anderen Heimen, siehe unter Punkt 6.3 und 6.4), die Einführung von gültigen und zuverlässigen Qualitätssicherungs-Systemen, eine systematische Evaluation usw.

In Anbetracht der in diesem Bericht nachgewiesenen Bedeutung der Ausbildung des Pflegepersonals für die Lebensqualität sind Beiträge an die Heime an den Nachweis von Qualifizierungsbemühungen der Heime zu koppeln.

- 6.3** Jedes Heim soll nur noch die **Grundbedürfnisse** abdecken, die in einem Leistungskatalog festzuhalten sind. Für alle anderen Aufgaben (Ferienbetten, Entlastungsbetten, Spezialangebote für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung usw.) bilden alle Heime im Kanton Nidwalden eine **übergeordnete Trägerschaft** und übertragen diese Spezialaufgaben anschließend im Rahmen einer Leistungsvereinbarung an ein oder zwei Heime.

Damit kann nicht nur eine sinnvolle Spezialisierung erreicht werden, die ent-

⁴² Blinkert B. und Klie T., Solidarität in Gefahr, Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel, Hannover, 2004.

sprechend auf andere Heime ausstrahlt, vielmehr werden so auch teure Doppelpurigkeiten resp. suboptimale Lösungen vermieden.

- 6.4** Wie die Forschung zeigt, ist für den Heimeintritt häufig eine fehlende **Rehabilitations- und Übergangspflege** verantwortlich. Diese wird erschwert durch die unklare gesetzliche Regelung im KVG. Es wird vorgeschlagen, dass die übergeordnete Trägerschaft diese Aufgabe einem Heim überträgt (gemäss Punkt 6.3). Dabei soll der Zeitraum für die Rehabilitations- und Übergangspflege zeitlich limitiert werden.

Die **Aufnahme** in ein Heim soll für die ersten 3 Monate **provisorisch** erfolgen. In dieser Zeit soll eine eingehende gesundheitliche Abklärung erfolgen. Erfahrungen in der Stadt Zürich haben gezeigt, dass dadurch und im Zusammenspiel mit einer guten ambulanten Betreuung die Lebensqualität gesteigert sowie Entlassungen von provisorisch Aufgenommenen ermöglicht werden konnten. Durch diese Maßnahmen können vorzeitige und nicht rückgängig machbare Auflösungen des Hausstandes verhindert werden.

Wie in der Stadt Zürich sollte der **Kantonsarzt** verstärkt zugezogen werden. Zu diesem Zweck sollte diese Funktion mit den erforderlichen Mitteln ausgestattet werden.

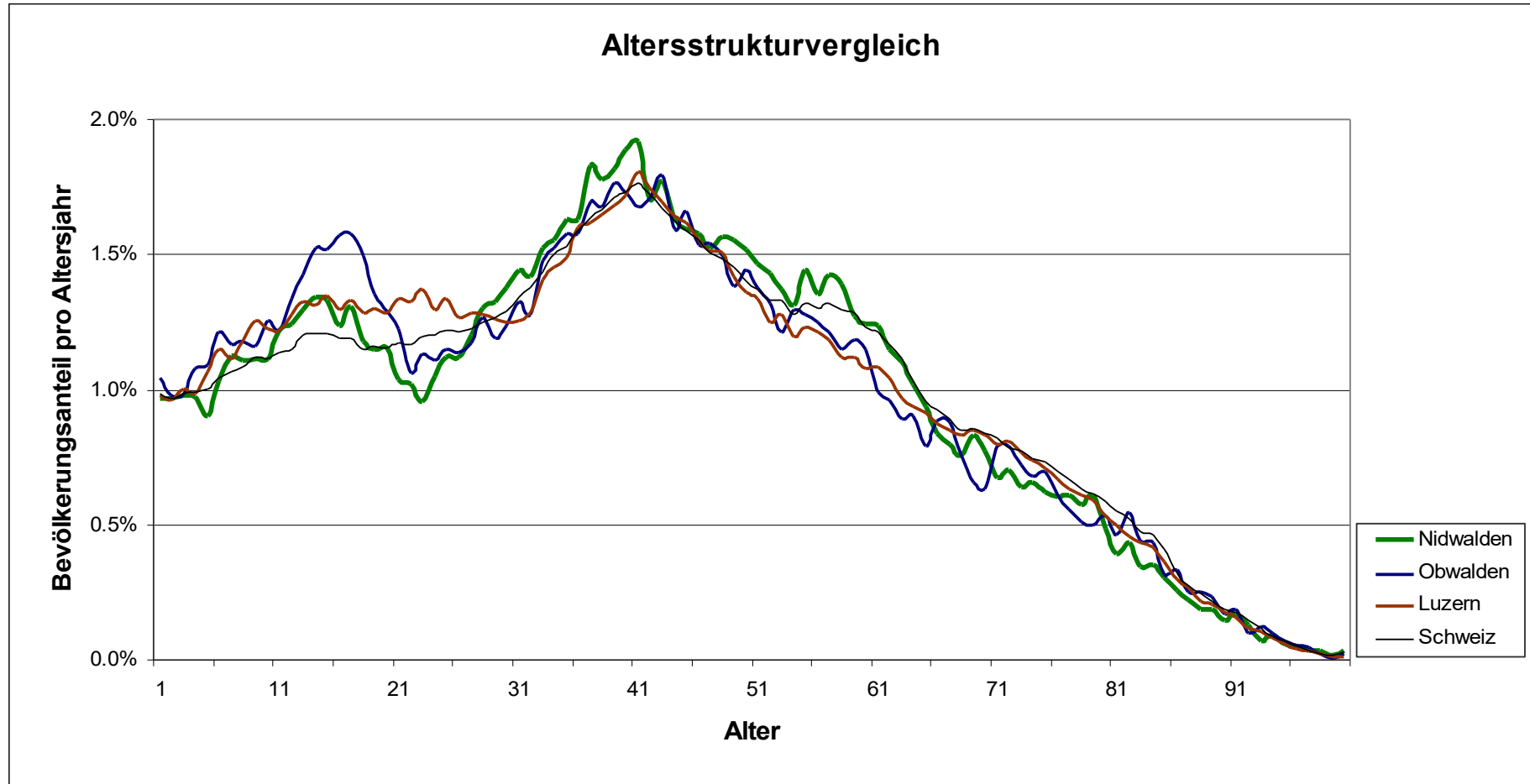
- 6.5** Für die Realisierung des Modells einer **übergeordneten Trägerschaft** für neue Aufgaben gemäß 6.3 und 6.4 stellt der Kanton Nidwalden bis zur entsprechenden Revision des KVG Mittel zur Verfügung.
- 6.6** Die Gewährleistung einer funktionierenden **Gerontopsychiatrie inklusive Tagesklinik** ist Aufgabe des Kantons. Sie wird in einem entsprechenden Leistungsauftrag festgehalten und entsprechend realisiert.
- 6.7** Den **Heimärztinnen und -ärzten** kommt eine Schlüsselfunktion zu. Darüber, wie diese Schlüsselfunktion ausgeübt werden kann, liegen einige Modelle aus der Praxis vor. Für welches dieser Modelle sich der Kanton Nidwalden entscheidet, muss diskutiert und konsensuell entschieden werden. Auf jeden Fall ist festzuhalten, dass der bestehende Zustand den Erfordernissen nicht mehr zu genügen vermag und dass die Fortschreibung des bestehenden Zustandes nicht länger andauern sollte.
- 6.8** Selbstverständlich gehört zum oben proklamierten „Pflegeheim Nidwalden“ (Nidwalden als *ein* Raum für die Pflegeheimplanung) auch die ergänzende Funktion der **Spitex**. Mehrere Untersuchungen aus jüngster Zeit zeigen, dass die Spitex wirksam und wirtschaftlich ist und gerade einer alternden Gesellschaft und deren Bedürfnissen entspricht. Es sind Überlegungen anzustellen, wie die Zusammenarbeit zwischen den Heimen und der Spitex vertieft werden kann. Zudem sind die mentalen Barrieren gegenüber der Spitex bei einem Teil der potentiellen Nachfrager durch geeignete Maßnahmen abzubauen. Auf jeden Fall ist eines unabdingbar: Wissenschaft wie Praxis zeigen, dass **präventive Hausbesuche** bei Betagten wirksam und wirtschaftlich sind. Dabei kommt auch der Pro Senectute eine neue Funktion zu.
- 6.9** Neue oder alternative Wohnformen wie **betreutes Wohnen** entsprechen zu-

nehmend den Bedürfnissen der Betagten. Sich ihnen zu widersetzen wäre sowohl falsch wie kaum möglich. Der Bau und der Betrieb von Alterswohnungen im Sinne von betreutem Wohnen im Raume Beckenried/Buochs/Ennetbürgen werden empfohlen, allerdings nur *im Verbund mit einem bestehenden Heim*. Nach Möglichkeit sind die Investitionen durch Private zu finanzieren. Den Verantwortlichen für die Angebote im Bereich des betreuten Wohnens muss klar sein, dass eine Anerkennung als Pflegeheim im Sinne des KVG für die nächsten Jahre nicht in Frage kommt und dass sie ihre Bewohnerinnen und Bewohner auf diese Restriktion ausdrücklich und eindeutig aufmerksam zu machen haben.

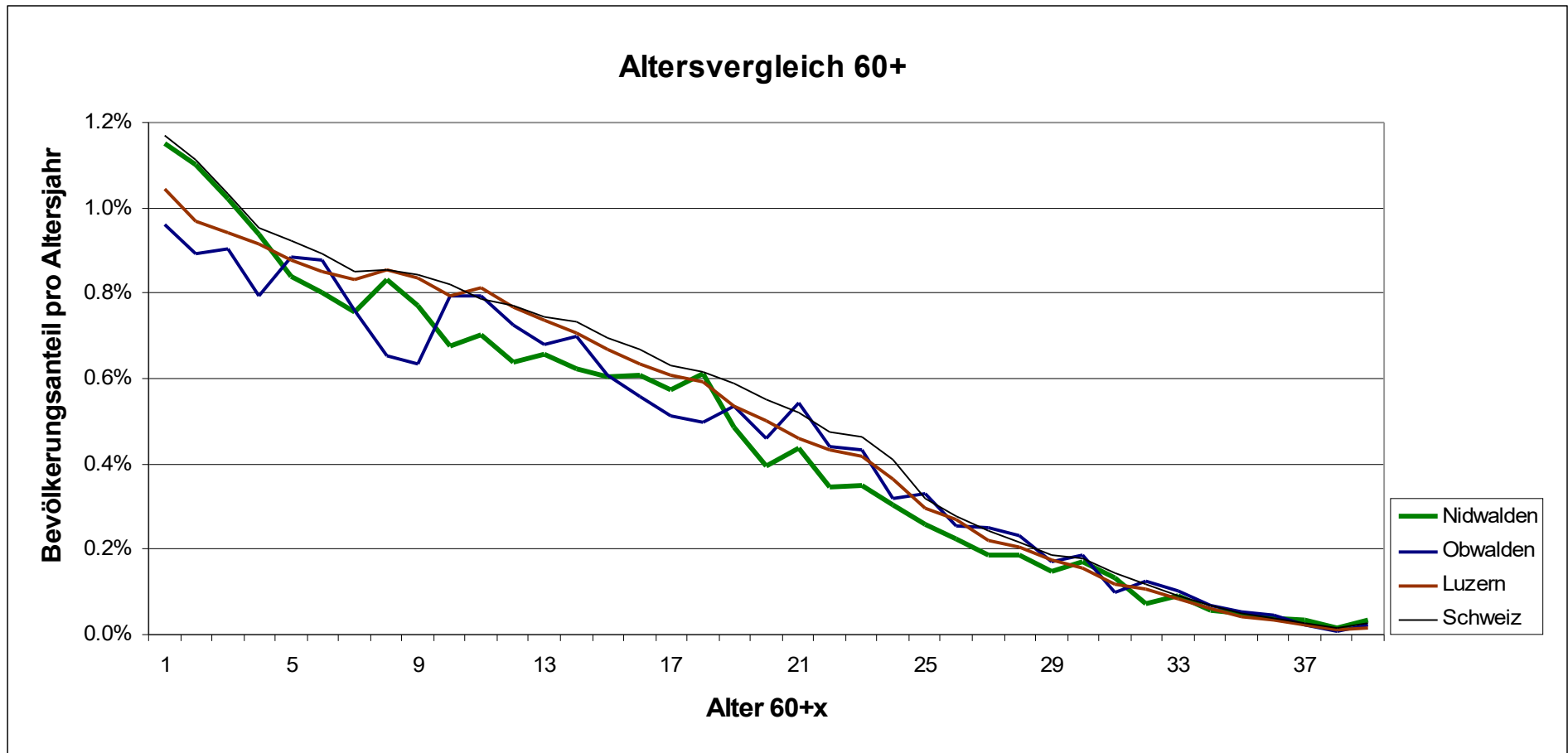
- 6.10** Bei zu definierenden **Sonderfällen** (beispielsweise Aphasiker) ist der Kanton Nidwalden zuständig. Er schafft die gesetzliche Basis bezüglich der Platzierung und Finanzierung. Die Definitionsgrundlage ergibt sich auf Grund der medizinischen Diagnose.
- 6.11** Der Kanton Nidwalden unterstützt zurzeit die Bewohnerinnen der Pflegeheime mit rund 3,7 Mio. Franken. Gleichzeitig weist er schweizweit eine der niedrigsten Auszahlungsquoten pro Kopf an **Ergänzungsleistungen** aus. Es wird zu diskutieren sein, ob der genannte Kantonsbeitrag beibehalten werden soll. Es werden individuelle, an Qualitätskriterien geknüpfte Abgeltungen empfohlen. Außerdem muss geprüft werden, wie die Möglichkeiten der Ergänzungsleistungen besser ausgeschöpft werden können.

Anhang: Grafiken

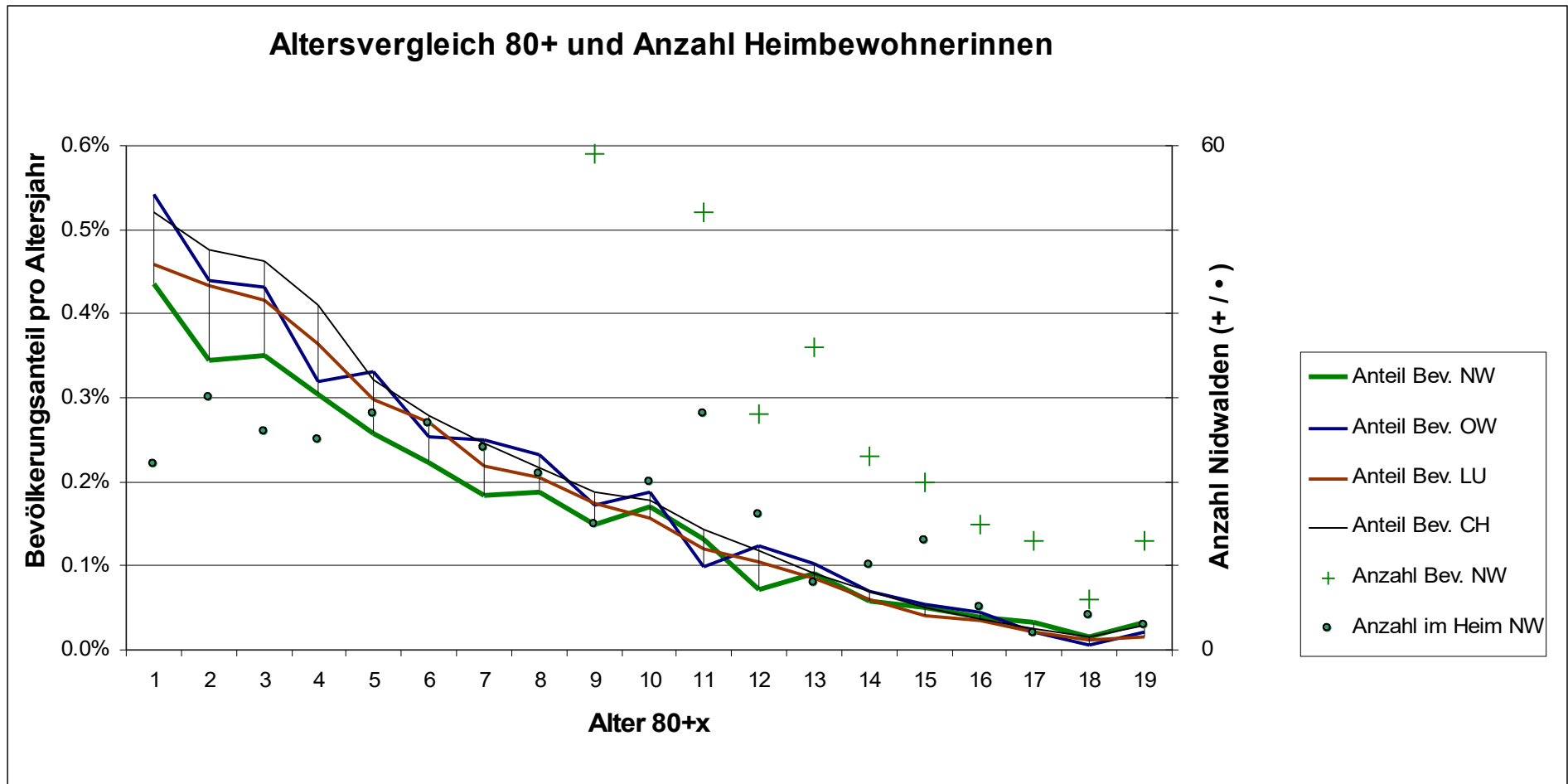
Grafik 1 (Datenquelle: Bevölkerungsstatistik 2005 (BfS) und Statistisches Amt Luzern)



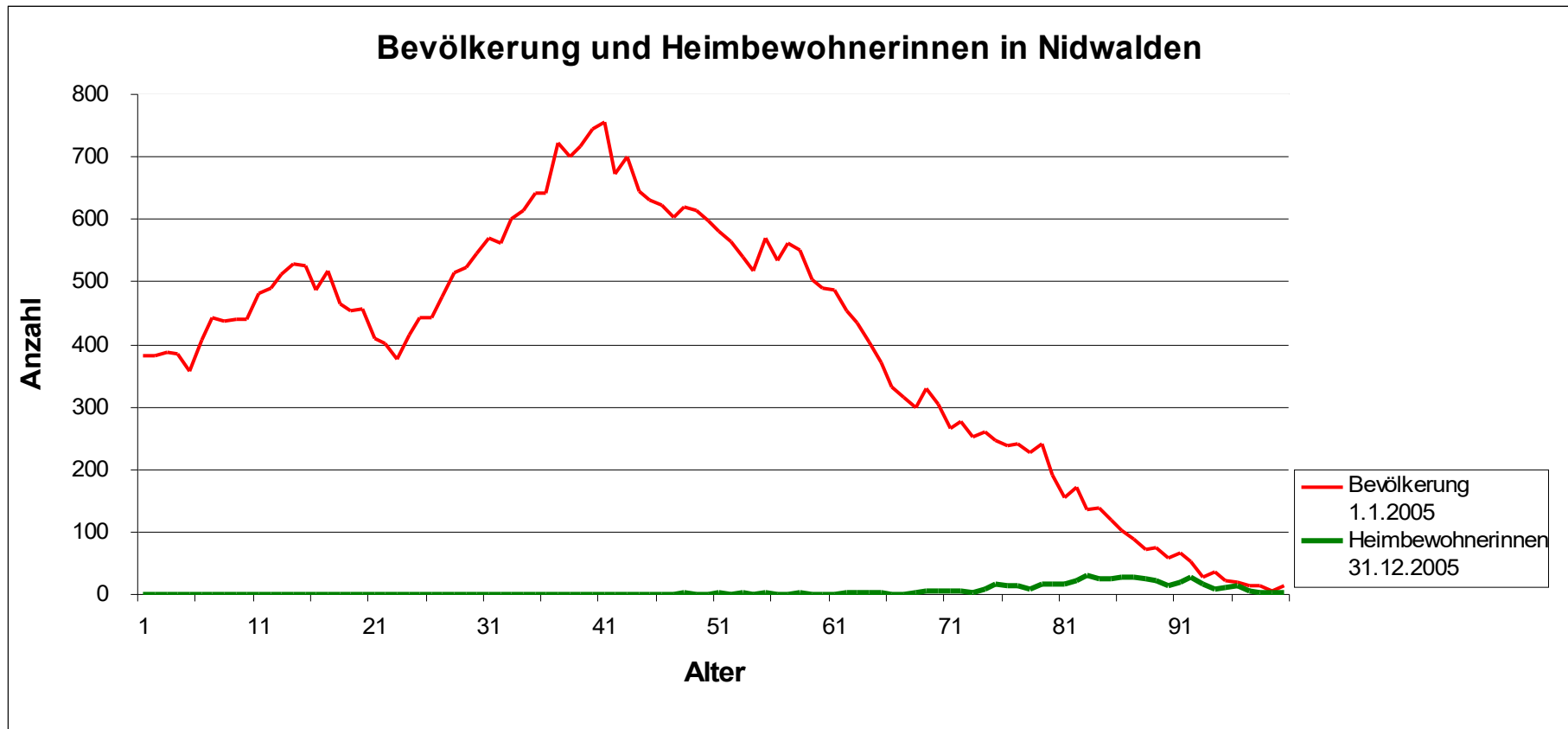
Grafik 2 (Datenquelle: Bevölkerungsstatistik 2005 (BfS) und Statistisches Amt Luzern)



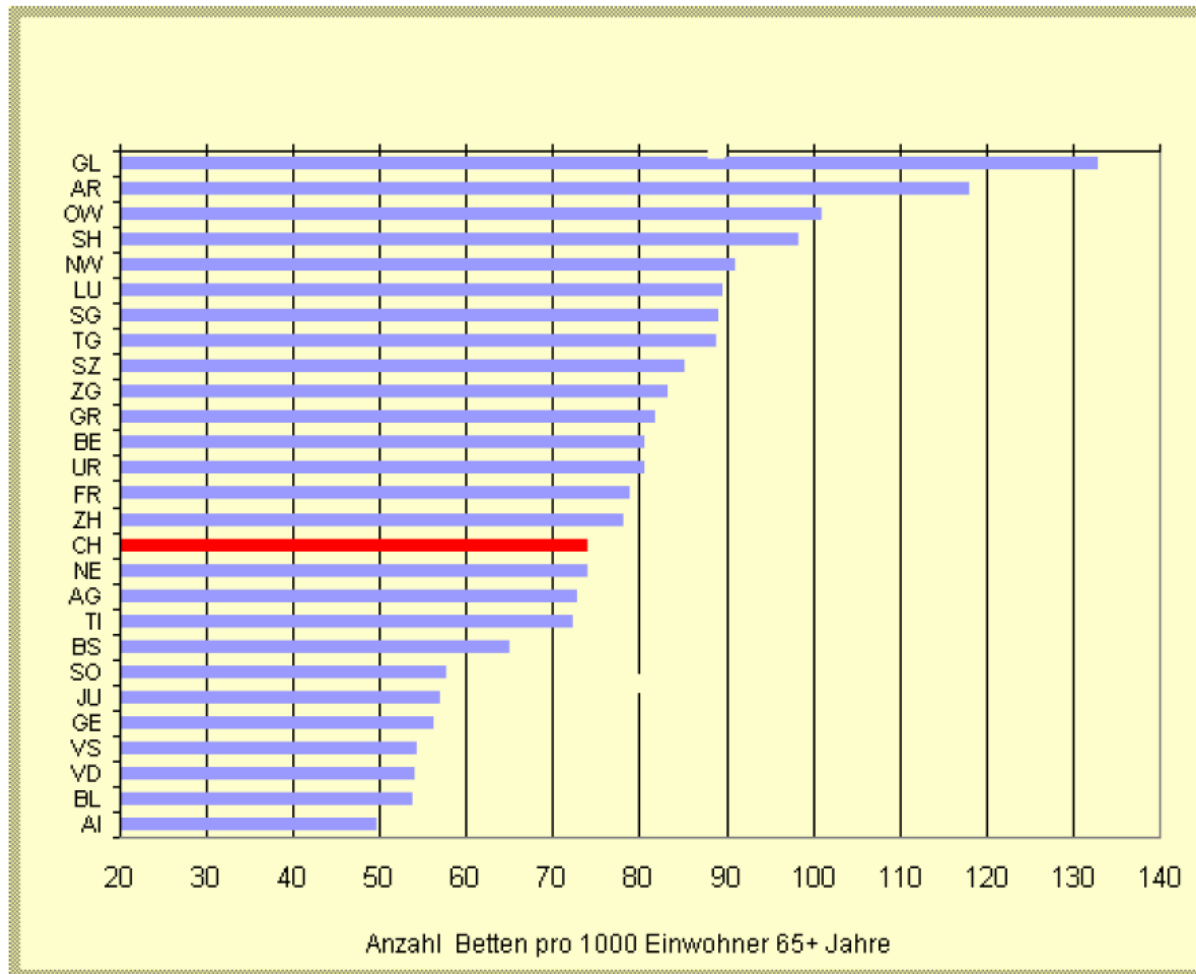
Grafik 3 (Datenquelle: Bevölkerungsstatistik 2005 (BfS), Statistisches Amt Luzern und eigene Erhebung)



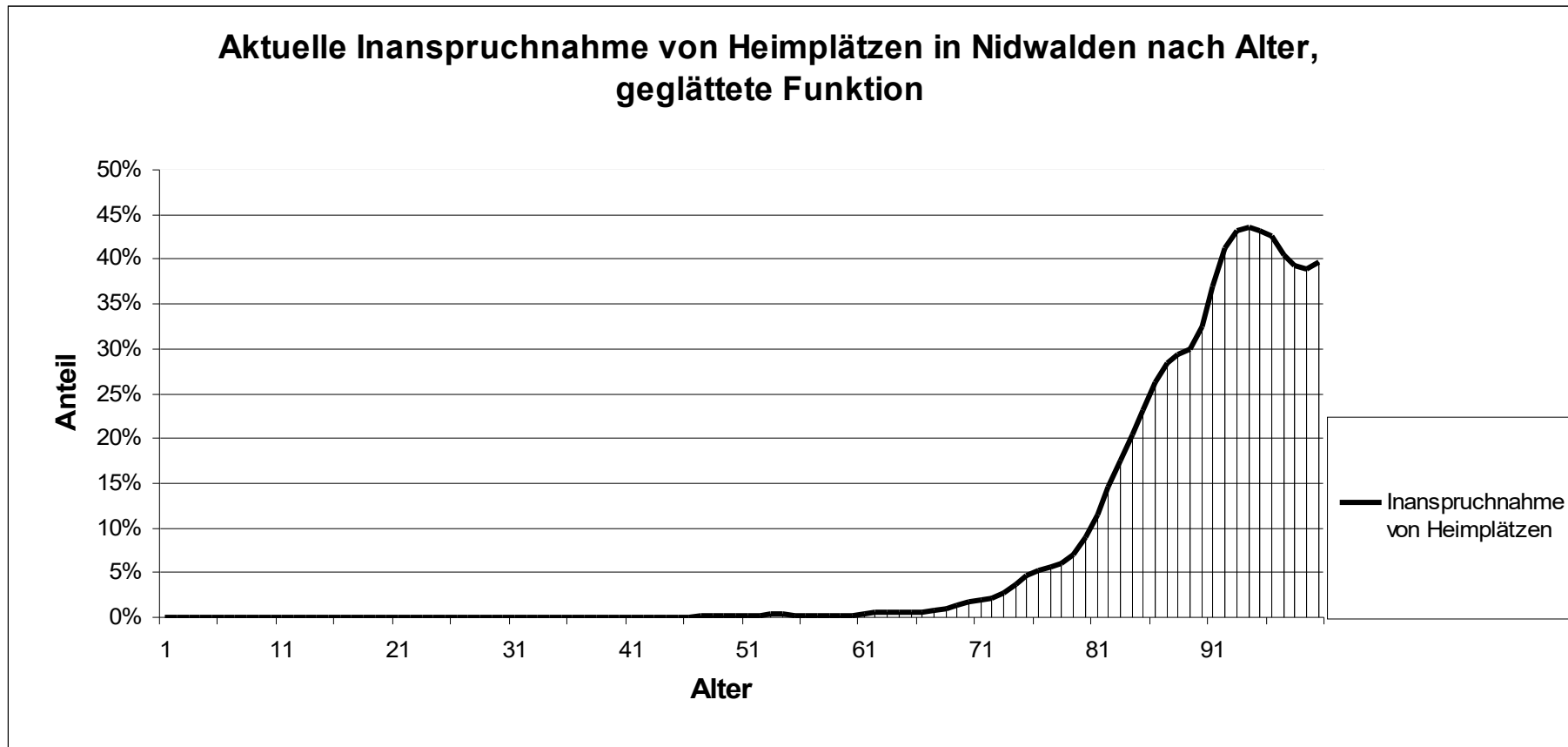
Grafik 4 (Datenquelle: SOMED-Statistik 2005 (BSV) und eigene Erhebung)



Grafik 5 (Datenquelle: SOMED-Statistik 2000 (BSV))



Grafik 6 (Datenquelle: eigene Erhebung)



Anhang: Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rate der verfügbaren Betten pro 1000 Einwohner (ständige Wohnbevölkerung) in Institutionen für betagte und pflegebedürftige Menschen, Schweiz und Kantone Nidwalden, Obwalden und Luzern.....	10
Tabelle 2: Rate der verfügbaren Betten (pro 1000 80-Jährige und ältere Einwohner) in Institutionen für betagte und pflegebedürftige Menschen, Schweiz und Kantone.....	11
Tabelle 3: BESA-Einstufung in den Pflegeheimen im Kanton Nidwalden per 1.7.2006 und im Vergleich mit dem Kanton Luzern.....	13
Tabelle 4: Bettenbedarf nach Szenarien 2015 und 2020.....	21

Glossar

ADL-Kriterien (engl.: activity-of-daily-living): Aktivitäten des täglichen Lebens: Indikator, inwiefern ein Mensch noch in der Lage ist, grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens zu übernehmen, wie sich selbst an- und auszukleiden, sich selbst zu waschen und zu pflegen, ohne Hilfe zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen. Die Unfähigkeit zur selbstständigen Durchführung solcher Alltagsaktivitäten wird als zentrales Definitionskriterium von Pflegebedürftigkeit benützt.

ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens

AHV: Alters- und Hinterlassenen-Versicherung

Behinderungsfreie Lebenserwartung (engl.: disability-free-life expectancy): Durchschnittliche Lebenserwartung ohne Krankheiten und Behinderungen, welche ein selbstständiges Alltagsleben verunmöglichen. Zur Berechnung werden die Jahre mit Behinderungen von der gesamten Lebenserwartung von Frauen bzw. Männern abgezogen.

BESA: Einstufungs- und Abrechnungssystem für Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen (BewohnerInnen-, Einstufungs- und Abrechnungssystem)

BFS: Bundesamt für Statistik

BSV: Bundesamt für Sozialversicherungen

BVG: Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge, SR 831.40

Dekubitus: Druckgeschwür, Wundliegeneschwür ("Bereich lokalisierter Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes")

Demographische Alterung: Fachbegriff, welcher den Prozess eines steigenden Anteils älterer Menschen innerhalb einer Bevölkerung anzeigt. Zur Messung der demographischen Alterung einer Bevölkerung wird häufig die Zahl der über 65-Jährigen Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung (oder auch im Verhältnis zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20-64 Jahre) verwendet.

DIN: Deutsches Institut für Normung oder Deutsche Industrie Norm(en)

EDI: Eidgenössisches Departement des Innern

EFQM: European Foundation for Quality Management; Managementsystem

EL: Ergänzungsleistungen

Epidemiologie: Ursprünglich Seuchenlehre, heute verstanden als wissenschaftliche Methode, mit der die Häufigkeit und Ausbreitung von Krankheiten sowie deren Determinanten in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bzw. Regionen untersucht werden.

Expansion der Morbidität: These, welche davon ausgeht, dass die verlängerte Lebenserwartung älterer Menschen überwiegend auf ein verzögertes Sterben chronisch kranker Menschen zurückzuführen ist. Gemäß dieser These leben Menschen zwar länger als früher, aber dies primär aufgrund einer Verlängerung der kranken Lebensjahre.

Extrapolation: Fortschreibung der bisherigen Entwicklung in die Zukunft. Diese Methode führt dann zu falschen Zukunftsaussagen, wenn sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in bedeutsamer Weise verändern. Extrapolationen sagen deshalb nur aus, was geschieht, wenn bisherige Entwicklungen unverändert weiter gehen.

Gerontologie (=Alterswissenschaft): Übergreifender Fachbegriff für alle Wissenschaften, welche sich mit Altersfragen bzw. mit den späteren Lebensphasen von Menschen befassen. Hauptzweige der Gerontologie sind: Geriatrie (Altersmedizin), Gerontopsychiatrie (Psychiatrie älterer Menschen), Gerontopsychologie (Psychologie späterer Lebensphasen) und Soziale Gerontologie (soziale und sozialpolitische Fragen des Alters).

GDK: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

GSD: Gesundheits- und Sozialdirektion NW

Inzidenzraten: Risiko, innerhalb einer bestimmten Zeitperiode (zumeist 1 Jahr) an einer spezifischen Krankheit zu erkranken. Beispiel: Eine Inzidenzrate von Demenzerkrankung von 8% bei 90-Jährigen und älteren Menschen bedeutet, dass innerhalb eines Jahres 8 von 100 der noch nicht demenzerkrankten Personen dieses Alters neu an demenziellen Störungen erkranken.

ISO: Internationale Organisation für Normung, internationale Vereinigung der Standardisierungsgremien

IV: Invalidenversicherung

Kohortenanalyse (engl. cohort analysis): Fachbegriff für die Analyse von Unterschieden namentlich zwischen verschiedenen Geburtsjahrgängen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihres Lebens von wichtigen gesellschaftlichen Ereignissen geprägt wurden. Beispiel für Kohortenunterschiede: Menschen, die heute 65 Jahre alt werden, haben insgesamt eine bessere schulisch-berufliche Ausbildung erfahren als Menschen, welche vor 25 Jahren das gleiche Alter erreichten.

Kompression der Morbidität: These, welche davon ausgeht, dass die gesunden bzw. behinderungsfreien Lebensjahre stärker angestiegen seien als die allgemeine Lebenserwartung. Entsprechend verkürzt sich die durchschnittliche Lebensphase mit Behinderungen.

KVG: Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung; SR 832.10

Lineare demographische Projektion: Demographisches Zukunftsszenarium, bei dem zwar die Veränderung der Altersstruktur einer Bevölkerung berücksichtigt wird, jedoch von gleichbleibenden Häufigkeiten etwa von Pflegebedürftigkeit bzw. Demenzerkrankungen ausgegangen wird.

Morbiditätsraten: Kranke Menschen pro 1000 Personen eines gegebenen Alters.

Mortalitätsraten: Sterbefälle pro 1000 Personen eines gegebenen Alters.

Multimorbidität: Auftreten mehrfacher Krankheitssymptome bzw. Beschwerden bei einer Person. Vor allem alte Menschen leiden häufig gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten (z.B. depressive Störung gekoppelt mit hirnrorganischen Einbussen und Diabetes).

NFA: Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen

Bund und Kantone

OBSAN: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Pflegebedürftigkeitsquote (kurz: Pflegequote): Anteil von Personen innerhalb einer spezifischen Altersgruppe, welche als pflegebedürftig eingestuft werden.

Prävalenzraten : Häufigkeit, in dem Personen eines gegebenen Alters an einer bestimmten Krankheit bzw. Behinderung leiden. Beispiel: Eine Demenzprävalenz von 13% bei 80- bis 84-Jährigen Menschen bedeutet, dass 13 von 100 80- bis 84-Jährigen Menschen an einer demenziellen Störung leiden.

Prävention: Maßnahmen zur Bekämpfung einer Krankheit, eines Unfalls oder eines anderen negativen Ereignisses. Bei der Prävention von Krankheiten wird unterschieden zwischen: Primäre Prävention = Vorbeugung einer Erkrankung, Sekundärprävention = Früherkennung und Frühbehandlung einer Krankheit, Tertiärprävention = Erhaltung oder Wiederherstellung von funktionellen Fähigkeiten beim Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Pro Senectute: Stiftung für das Alter im Sinne von Art. 80ff ZGB. Sie bezweckt, das Wohl der älteren Menschen zu erhalten und zu fördern.

RAI / RUG: Das „Resident Assessment Instrument“ ist ein umfassendes System zur Bewohnerbeurteilung, Pflegeplanung, Qualitätssicherung und Kostensteuerung im stationären Langzeitbereich. Das Modul „Ressource-Utilization-Groups“ (RUGs) erlaubt die Bildung von Pflegeaufwandgruppen für die Tarifierung.

Rehabilitation: Vollständige oder zumindest teilweise Wiederherstellung von verloren gegangenen Fähigkeiten (z.B. Mobilität, Seh- und Hörfähigkeiten), etwa durch Training von körperlichen oder psychischen Funktionen oder durch medizinische Interventionen.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn alle nachstehenden Kriterien erfüllt sind:

- a. Die Vitalparameter sind stabil.
- b. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen keiner Krankenhausbehandlung.
- c. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben eine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen.
- d. Die Akutdiagnostik und -therapie ist weitgehend abgeschlossen.
- e. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt vor.
- f. Es besteht keine Stuhlinkontinenz, keine Desorientiertheit, keine Weglauf-tendenz, kein hochgradiger Seh-/Hörverlust, keine die Rehabilitati-onsmaßnahme behindernde Wunde oder Wundkomplikation, keine schwere Depression und keine akute Wahnsymptomatik.

Frührehabilitationsfähigkeit liegt nicht vor, wenn eines der nachstehenden Aus-schlusskriterien der geriatrischen Frührehabilitation erfüllt ist:

- a. Instabile Vitalparameter erlauben keinerlei Durchführung rehabilitativer Maß-nahmen.
- b. Eine erheblich herabgesetzte Belastbarkeit erlaubt keinerlei Durchführung rehabilitativer Maßnahmen.
- c. Offene Wunden oder Wundkomplikationen erlauben keinerlei Durchführung rehabilitativer Maßnahmen.
- d. Es sind ausschließlich passive, frühmobilisierende physiotherapeutische Maßnahmen möglich.

Santésuisse: Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung

SBGRL: Schweizer Berufs- und Fachverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege

SDK: Sanitätsdirektorenkonferenz (heute GDK)

SLQA: Standardisiertes Messinstrument für die subjektive Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern von Alters- und Pflegeheimen, entwickelt durch Josef Estermann und Hans-Ulrich Kneubühler

SOMED-Statistik: Statistik des BFS der sozialmedizinischen Institutionen

Spitex: Pflegehilfe zu Hause; ambulante Pflege

SR-Nr.: Bezugsnummer der Systematischen Sammlung der Schweizer Gesetze und Verordnungen

Literatur

- Alzheimer Forum Schweiz**, Diagnostik und Therapie der Alzheimer Krankheit, Basel, 2006.
- Arbeitsgruppe „Ethische Richtlinien“ des Heimverbandes Schweiz**, Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen, Zürich, o.J., 1996
- Arditi C.**, Patterns and behavioural outcomes of antipsychotic user among nursing homes residents: a Canadian and Swiss comparison, Ontario 2006; Abstract der selben Autorin in: European Journal of Public Health, 2006, Vol. 16 Suppl. 1, S. 78.
- Backes G.M.** und **W. Clemens**, Lebensphase Alter, Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, Weinheim und München, 2003.
- Bliesmer M.M.** et al., The Relationship Between Nursing Staffing and Nursing Home Outcome, in Journal of Aging and Health, vol. 10, 1998, S. 351-371.
- Blinkert B.** und **Klie T.**, Solidarität in Gefahr, Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel, Hannover, 2004.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)**, Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2005, Bern, 2006.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)**, Spitex-Statistik 2005, Bern, 2006.
- Bundesamt für Statistik (BFS)**, SOMED-Statistik, Neuenburg, 2004.
- Bundesamt für Statistik (BFS)**, SOMED-Statistik, Neuenburg, 2005.
- Crivelli L.** et al., Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz, Quaderno N. 01-06, Lugano, 2001.
- Dummermuth A.**, Grossbaustelle Finanzausgleich, in: Schweizer Personalvorsorge, Heft 01/07, 2007, S. 39-41.
- Estermann J.** und **H.-U. Kneubühler**, How to measure quality of life in nursing homes, in: European Journal of Public Health, 2006, Vol. 16 Suppl. 1, 2006, S.39-40.
- Estermann, J.** und **H.-U. Kneubühler**, Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann, in: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie, 2008, 34(1):187-210.
- Fuhrer B.** et al., Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. in: Soziale Sicherheit, Heft 5/2003, S. 292-295.
- Görres S.**, Qualitätssicherung in Pflege und Medizin, Bern und Göttingen, 1999.
- Gröning, K.**, Entweihung und Scham. Grenzsituationen bei der Pflege alter Menschen, Frankfurt am Main, 1998.
- Grond E.**, Altenpflege als Beziehungs- oder Bezugspersonenpflege, Hannover, 2000.
- Höpflinger F.** und **V. Hugentobler**, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern, 2003.
- Höpflinger F.**, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Zürich, 2004.
- Höpflinger F.** und **V. Hugentobler**, Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter, Perspektiven für die Schweiz, Bern, 2005.

Juchli L., Pflege-Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, Stuttgart, 1997.

Klie T., Nachwort, in **A.J. Gebert** und **H.-U. Kneubühler**, Qualitätssicherung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen, Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, Bern, 2003.

Koch Straube, U., Fremde Welt Pflegeheim, Bern, 2001.

Pellegrini S. et al., Kosten der Pflegeheime und Spitex-Dienste, Prognosen für 2030, Arbeitsdokument 18, OBSAN, Neuenburg, 2006.

Reidy Aebischer U., Finanzierung von Alterspflegeheimen aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht, Bern, 2000.

Saup W., Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Augsburg, 2003.

Schwartz F.W. und **K. Janus**, Das Gesundheitssystem als interdisziplinäres Forschungsfeld, in: C. Wendt und C. Wolf (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit, KZfSS, Sonderheft 46/2006, S. 72-85.

Steinmann L. und **H.Telser**, Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft, Zürich, 2005.

Wendt C., Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven, in:

Wendt C. und **C. Wolf** (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit, KZfSS, Sonderheft 46/2006, S. 270-297.

Wettstein A., Am liebsten Zuhause, in: Unimagazin der Universität Zürich, Nr. 1/99.

Zweifel P. et al., Ageing of population and health care expenditure: a red herring, in: Health Economics, 8 (6), 1999, S. 485-496.