

Stossrichtungen Alterspolitik Heimplanung 2012 Kanton Solothurn

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates
an den Kantonsrat von Solothurn
vom 26. Juni 2006, RRB Nr. 2006/1218

Zuständiges Departement

Departement des Innern

Vorberatende Kommission(en)

Sozial- und Gesundheitskommission

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	5
1. Stossrichtung Alterspolitik	8
1.1 Ziele der Solothurner Alterspolitik	8
1.1.1 Ziel 1: Selbständigkeit und Selbsthilfe	8
1.1.2 Ziel 2: Wahlfreiheit	8
1.1.3 Ziel 3: Solidarität	8
1.1.4 Ziel 4: Einbezug von Seniorinnen und Senioren	8
1.1.5 Ziel 5: Vernetzung	8
1.2 Handlungsfelder der Solothurner Alterspolitik	8
1.2.1 Handlungsfeld 1: Auseinandersetzung mit dem Alter	8
1.2.1.1 Kommunale Altersplanung	8
1.2.1.2 Interessen älterer Menschen im öffentlichen Diskurs	9
1.2.1.3 Altersforen in der Region	9
1.2.1.4 Organisation von Betreuung und Pflege - Vernetzung	9
1.2.2 Handlungsfeld 2: Selbstständigkeit und Gesundheit	10
1.2.2.1 Präventive Hausbesuche	10
1.2.2.2 Beratungstätigkeit der Pro Senectute	10
1.2.3 Handlungsfeld 3: Pflege und Betreuung zu Hause	10
1.2.3.1 Ambulante Versorgung durch die Spitex-Dienste	10
1.2.3.2 Geriatriische Betreuung	11
1.2.3.3 Besuchsdienste	11
1.2.3.4 Unterstützung pflegender Angehöriger	11
1.2.4 Handlungsfeld 4: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze	12
1.2.4.1 Alternative Wohnformen	12
1.2.4.2 Pilotprojekte	12
1.2.4.3 Alterssiedlungen und -wohnungen	13
1.2.5 Handlungsfeld 5: Stationäre Pflege- und Betreuungsplätze	13
1.2.5.1 Entlastungsbetten und Tagesstätten	13
1.2.5.2 Heime - bauliche Voraussetzungen	13
1.2.5.3 Interkantonaler Vergleich der Heimkosten	14
2. Besondere Ausprägung der Pflegebedürftigkeit	15
2.1 Demographische Entwicklung	15
2.2 Hochbetagte Menschen	15
2.3 Menschen mit Behinderung	16
2.4 "Feminisierung" des Alters	16
2.4.1 Demographische Entwicklung nach Geschlecht von 2001 – 2040 (in Tausender)	16
2.5 Betagte Migrantinnen und Migranten	17
3. Besondere Betreuungs- und Pflegeformen	18
3.1 Demenz	18
3.1.1 Demenzerkrankungen bei Suchtabhängigen und Aidskranken	19
3.1.1.1 Demenzspezifische Strukturen	19
3.1.2 Angebote für demenzkranke Menschen	21
3.1.2.1 Angebote in Heimen für demenzkranke Menschen	21
3.2 Gerontopsychiatrie	21
3.2.1 Herausforderung zum ganzheitlichen Zugang	21
3.2.1.1 Die gerontopsychiatrische Versorgung	22
3.2.1.2 Stationärer Bereich - Fridau	22
3.2.1.3 Teilstationäres Angebot	23
3.2.1.4 Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst	23
3.3 Übergangspflege	24

3.3.1	Ziele der Übergangspflege.....	24
3.3.2	Patientenprofil	24
3.3.3	Ausschlusskriterien.....	25
3.3.4	Dauer	25
3.3.5	Anforderungen an die Strukturen und an das Personal:.....	25
3.4	Palliativpflege- und -betreuung	25
4.	Heimplanung 2012	27
4.1	Ausgangslage	27
4.2	Rechtsgrundlagen	27
4.2.1	Kantonsverfassung.....	27
4.2.2	Alters- und Pflegeheimgesetz.....	27
4.2.3	Entwurf zu einem Sozialgesetz.....	28
4.2.4	Bundesgesetz über die Krankenversicherung.....	28
4.3	Auftrag	28
4.4	Ziele der Pflegeheimpolitik	28
4.4.1	Alterszentren bilden	29
4.4.2	Pensionsbetten in Pflegebetten umwandeln - Langzeitpflege in Spitälern aufheben ..	29
4.4.3	Besondere Ausprägung der Pflegebedürftigkeit verstärkt berücksichtigen	29
4.4.4	Besonderen Betreuungs- und Pflegeformen entwickeln.....	29
4.4.5	Durchmischung in Pflegeheimen fördern	29
4.4.6	Eigenverantwortung und Normalisierung anstreben	30
4.4.7	Grundangebot und Basisqualität sichern	30
4.4.8	Bedarfserfassung RAI/RUG weiterentwickeln	30
4.4.9	Kosten- und Leistungsrechnung verbessern	30
4.4.10	Controlling sicherstellen.....	30
4.5	Bedarf	30
4.5.1	Bisheriges Bettenangebot	30
4.5.1.1	Exkurs: Langzeitpflegebetten in den Spitälern	32
4.5.2	Neues Bettenangebot.....	33
4.5.2.1	Bevölkerungsentwicklung - Prognosen bis 2020	33
4.5.2.2	Medizinisch-gesundheitliche Gründe	34
4.5.2.3	Subjektive Elemente	34
4.5.2.4	Würdigung der Lehre	34
4.5.2.5	Festlegung des "Planungsalters"	36
4.5.2.6	Festlegung der Bettenzahlen	37
4.6	Heimkreise	38
4.6.1	Ein-Kreis-Modell.....	38
4.6.2	Amtei-Heimkreise	38
4.6.3	Bezirks-/Städte-Heimkreise.....	38
4.6.4	Sozialregionen.....	39
4.6.5	Schlussfolgerung	39
5.	Ist und Soll-Zustand Heime - Massnahmen	40
5.1	Ist-Zustand	40
5.1.1	Organisation.....	40
5.1.2	Anzahl Heime	40
5.1.3	Baulicher Zustand	41
5.1.4	Konzeption - Betrieb	42
5.1.5	Auslastung	42
5.1.6	Personal	42
5.1.7	Bedarfs- und Leistungserfassung	42
5.1.8	Qualitätsförderung und -sicherung	42
5.1.9	Kostenrechnung.....	42
5.1.10	Aufsicht und Controlling	42
5.2	Soll-Zustand	43
5.2.1	Organisation.....	43
5.2.2	Anzahl Heime	43

5.2.3	Baulicher Zustand der Heime	44
5.2.4	Konzeption	44
5.2.5	Auslastung	45
5.2.6	Personal.....	45
5.2.7	Bedarfs- und Leistungserfassung	45
5.2.8	Qualitätsförderung und –sicherung.....	46
5.2.9	Kostenrechnung	46
5.2.10	Aufsicht und Controlling	46
6.	Kosten und Finanzierung.....	47
6.1	Betriebskosten.....	47
6.2	Steuern.....	50
6.2.1	Pensionsbesteuerung	50
6.2.2	Pflegekosten.....	50
6.2.3	Nicht inbegriffene Leistungen	50
6.2.4	Beispiel: Höchststeuern 2006	51
6.2.5	Ausserkantonale Heime.....	51
7.	Fakultatives Referendum	52
8.	Antrag.....	52
9.	Beschlussesentwurf.....	53

Kurzfassung

Mit Kantonsratsbeschluss vom 20. Februar 2001 wurde die Heimplanung 2005 auf den 1. Januar 2001 in Kraft gesetzt, dies verbunden mit dem Auftrag, dem Kantonsrat eine nachgeführte oder neue Heimplanung zu unterbreiten.

In den vergangenen Jahren hat sich die Alterspolitik, aber auch das Leben von Seniorinnen und Senioren stark verändert. Eintritte ins Altersheim sind seltener geworden, in Pflegeheime erfolgen sie erst bei hoher Pflegebedürftigkeit (das durchschnittliche Eintrittsalter beträgt heute 85 Jahre); die Durchmischung – vor allem mit demenzkranken Menschen – fordert Heimleitungen, Pflegepersonal, Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige zusätzlich heraus. Es müssen zum Teil neue Wege gefunden werden.

Der eigentlichen Heimplanung, die zwar auf Daten bis 2015 basiert aber auf 2012 ausgerichtet sein soll, werden daher Stossrichtungen und Handlungsfelder zur Alterspolitik im Kanton Solothurn vorangestellt.

Die fünf Stossrichtungen sind:

1. Selbständigkeit und Selbsthilfe
2. Wahlfreiheit
3. Solidarität
4. Einbezug von Seniorinnen und Senioren
5. Vernetzung

Diese Stossrichtungen sollen in folgenden fünf Handlungsfeldern verwirklicht werden:

1. Auseinandersetzung mit dem Alter
2. Selbständigkeit und Gesundheit
3. Pflege und Betreuung zu Hause
4. Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze
5. Stationäre Pflege- und Betreuungsplätze

Die Heimplanung 2012

- basiert auf 5 Stossrichtungen und den 5 Handlungsfeldern zu einer Alterspolitik im Kanton Solothurn
- baut flankierend als neuen Pfeiler der Alters-/Heimpolitik die Prävention für Menschen ab 65 Jahren auf und verzahnt das neue Angebot der Prävention, die ambulanten Dienste und neue Alters-Wohnformen verstärkt mit den Heimen (Heime als Altersstützpunkte oder –zentren)
- ist gleichzeitig eine Bedarfsplanung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes

- basiert auf der demographischen Entwicklung bis 2015, soll aber nach 2012 angepasst werden
- geht von einem Bettenanteil für über 80jährige Menschen mit einem Bettenbedarf von 21 % (davon 0,5 % als „Puffer“- Langzeitbetten in Spitälern) aus
- verzichtet mit Ausnahme von sogenannten Pufferbetten (Eintritt nur aus Akutabteilung) auf die Langzeitpflege in den Spitälern, einschliesslich der Psychiatrie
- bestimmt weiterhin das Kantonsgebiet als einzigen Heimkreis.
- geht – mit Ausnahme von Sanierungen, Umnutzungen, Kleinheimen und Pilotprojekten – grundsätzlich weiterhin von einem Baumoratorium für **neue grössere Heime** aus, es sei denn, es handle sich um spezifische Einrichtungen im Bereich Demenz und/oder Psychogeriatric.
- Hingegen wird die maximale Bettenzahl aufgrund der demographischen Entwicklung um 5,7 % von 2'600 auf 2'750 angepasst.

Sehr geehrter Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen Botschaft und Entwurf über die Stossrichtungen zur Alterspolitik und die eigentliche Heimplanung 2012 des Kantons Solothurn. Diese "erweiterte" Heimplanung 2012 löst die Heimplanung 2005 ab und tritt per 1. Januar 2007 in Kraft.

Die Stossrichtungen der Alterspolitik, die Handlungsfelder und die Heimplanung 2012 im engeren Sinn sind eine Einheit und sollen richtungsweisend für die kommenden Jahre sein.

Die Heimplanung 2012 trägt dem Umstand Rechnung, dass das Vier-Generationen-Modell, das der Heimplanung 2005 zugrunde lag, in verfeinerter Form berücksichtigt wird. Die Einteilung in Seniorinnen/Senioren (3. Generation) ab ca. 65 Jahren und betagte Menschen (4. Generation) ab ca. 80 Jahren erweist sich als zu wenig differenziert.

Neu spricht man von mindestens vier Phasen im Lebenslauf älterer Erwachsener (Age Report 2004¹). Die 1. Phase (60+) wird bestimmt durch das späte Berufsleben und die nahende Pensionierung. Die 2. Phase (65+) wird als autonomes Rentenalter bezeichnet. Die Loslösung von der Erwerbsarbeit ist gekennzeichnet durch eine hohe soziale und persönliche Autonomie. Die 3. Phase (75+), als „Phase erhöhter Gefährdung beziehungsweise des fragilen Rentenalters“, geht davon aus, dass körperliche Einschränkungen das selbständige Leben nicht verunmöglichen, aber erschweren. Meistens sind die Menschen in dieser Phase nicht pflegebedürftig, benötigen aber bei einzelnen Aufgaben regelmässig Hilfe (Einkaufen, Putzen von Fenstern, etc.). Die 4. Phase (85+) ist die Phase des „abhängigen Alterns“. Ein selbständiges Haushalten ist nicht mehr möglich, sei es aufgrund starker körperlicher Einschränkungen oder aufgrund hirnorganischer Störungen (Demenz).

Diese Sichtweise ruft verstärkt nach flankierenden Massnahmen und insbesondere nach Gesundheitsförderung, Prävention und ambulanter Versorgung für die Altersgruppe der 65-85jährigen Menschen.

Das Vier-Phasen-Modell darf allerdings nicht überbewertet werden, zeigen die Statistiken doch auf, dass die höchsten Gesundheitskosten in den letzten zwei Lebensjahren entstehen. Unter dem Begriff „Langzeitpflege“ verstehen die Krankenversicherer aber nur Einrichtungen für über 65-jährige Menschen.

Die folgenden Ziele sind Absichtserklärungen und repräsentieren Vorstellungen über die zukünftigen Lebensbedingungen alter Menschen und ein optimiertes Zusammenleben aller Generationen.

Der Entwurf zu dieser Vorlage wurde vom Departement des Innern den interessierten Kreisen zur Stellungnahme unterbreitet. Die Vorbringen wurden, soweit sie sich mit den Absichten der Heimplanung in Übereinstimmung bringen liessen, berücksichtigt. Mit RRB Nr. 2006/1122 vom 13. Juni 2006 haben wir Kenntnis vom Ergebnis des departementalen Vernehmlassungsverfahrens genommen.

¹ Age Report 2004, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, François Höpflinger, S. 29

1. Stossrichtung Alterspolitik

1.1 Ziele der Solothurner Alterspolitik

In Anlehnung an aktuelle Diskussionen im Kanton Bern basiert die solothurnische Alterspolitik auf **5 Zielen**:

1.1.1 Ziel 1: Selbständigkeit und Selbsthilfe

Die Förderung und Aufrechterhaltung der Selbständigkeit sind das oberste Ziel der Alterspolitik. So sollen Dienstleistungen für betagte Menschen immer in der Absicht erbracht werden, die noch vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern. Seniorinnen und Senioren haben – auch wenn sie schwer pflege- und betreuungsbedürftig sind – Anrecht auf die ihnen noch mögliche Autonomie.

1.1.2 Ziel 2: Wahlfreiheit

Die betagten Menschen sollen die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Wohn- und Lebensformen im Alter haben.

1.1.3 Ziel 3: Solidarität

Solidarität und damit die Rücksichtnahme auf unterschiedliche Bedürfnisse der verschiedenen Generationen ist eine Grundvoraussetzung für das Gelingen einer guten Alterspolitik. Diese Solidarität kommt häufig im kleinen, nichtöffentlichen Rahmen zum Tragen, z.B. bei der enorm wichtigen familiären oder nachbarschaftlichen Unterstützung. Solidarität spielt aber auch dann eine bedeutende Rolle, wenn es darum geht, Mittel für bedarfsgerechte Angebote für betagte Menschen bereitzustellen.

1.1.4 Ziel 4: Einbezug von Seniorinnen und Senioren

Seniorinnen und Senioren sollen miteinbezogen werden, wenn es um die Fragen geht, welche Angebote sie für notwendig erachten. Altersplanungen sollen deshalb nicht zentral erfolgen, sondern in den Gemeinden oder in Sozialregionen.

1.1.5 Ziel 5: Vernetzung

Eine sorgfältige Vernetzung und Koordination von bestehenden und neuen Angeboten, insbesondere Gesundheitsförderung und soziale Prävention - ambulante Versorgung - neue Wohnformen - stationäre Langzeitpflege, soll die optimale Nutzung des heutigen, vielfältigen Angebots und auch den effektiven Einsatz der knappen finanziellen Mittel ermöglichen.

1.2 Handlungsfelder der Solothurner Alterspolitik

Die fünf Ziele sollen hauptsächlich in **fünf Handlungsfeldern** umgesetzt werden.

1.2.1 Handlungsfeld 1: Auseinandersetzung mit dem Alter

1.2.1.1 Kommunale Altersplanung

Einzelne Gemeinden und Regionen haben bereits Altersleitbilder verfasst und/oder setzen sich intensiv mit der Zukunft für das „Alter“ auseinander. Es ist wünschenswert, dass sich alle solothurnischen Einwohnergemeinden mit der Altersplanung auseinandersetzen.

1.2.1.2 Interessen älterer Menschen im öffentlichen Diskurs

Bei kommunalen und regionalen Altersplanungen ist es wichtig, die Betroffenen selber, also die Seniorinnen und Senioren, mit einzubeziehen. Nur so können die Planenden erfahren, welche Vorstellungen die Altersgruppe der betagten und vor allem hochbetagten Menschen haben. Es kann sich aber auch herausstellen, dass Seniorinnen und Senioren Aufgaben in der Gemeinde suchen, zur Freiwilligenarbeit etc. bereit sind. Diese Ressourcen müssen vermehrt genutzt und gefördert werden. Verschiedene private Organisationen im Kanton Solothurn nehmen ebenfalls die Interessen von Seniorinnen und Senioren wahr.

Seniorinnen und Senioren sind dank ihrer langjährigen, erworbenen Fähigkeiten wichtige Ansprechpartner für Belange der Alterspolitik und in Politikbereichen, die einen engen Bezug zur Alterspolitik haben. Ihre intellektuellen, wirtschaftlichen und sozialen Fähigkeiten sollten nicht nur in der Freiwilligenarbeit, sondern auch politisch genutzt werden.

1.2.1.3 Altersforen in der Region

Altersforen bieten die Chance, die Angebote im Altersbereich über eine ganze Region zu koordinieren und an einer Gesamtstrategie auszurichten. Die Errichtung solcher Foren sollte Aufgabe der Gemeinden oder ganzer Regionen sein.

Die Thematik Alterspolitik muss in Zukunft vermehrt in den öffentlichen Diskurs einfließen. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht das negative Altersbild (Defizitmodell) dominiert, sondern von einem positiven Altersbild (Kompetenzmodell) ausgegangen wird.

1.2.1.4 Organisation von Betreuung und Pflege - Vernetzung

Im Kanton Solothurn steht heute ein dichtes Netz von Alters- und Pflegeheimen zur Verfügung. Daneben sind unter dem Stichwort „Spitex“ auch die ambulanten Dienstleistungen flächendeckend ausgebaut worden. An vielen Orten und Regionen werden zudem von zahlreichen Organisationen (z.B. Pro Senectute), Selbsthilfegruppen, unzählige Aktivitäten von und für Seniorinnen und Senioren angeboten. Die Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen der Altershilfe ist im Kanton Solothurn gut ausgebaut. Es fehlt eine Stelle, welche die Angebote sammelt und veröffentlicht. Weiter fehlt die systematische Gesundheitsförderung und soziale Prävention – vor allem für die 65–79jährige Bevölkerung und die integrale Betrachtungsweise der Altersarbeit.

Um diese Aufgaben alterspolitisch wirkungsvoll meistern zu können, müssen die bestehenden Angebote und Dienstleistungen stärker vernetzt, integriert und laufend den sich wandelnden Anforderungen angepasst werden. Die Umsetzung der Vernetzung und Integration soll grundsätzlich Aufgabe der Einwohnergemeinden beziehungsweise der zu bildenden Sozialregionen und kantonaler privater Organisationen sein. Altersplanungen dienen in den Gemeinden als Hilfsmittel, um Lücken in der kommunalen Alterspolitik aufzuspüren und dort zielgerichtet aktiv zu werden. Insbesondere sollen die bestehenden Angebote innerhalb der Einzugsgebiete koordiniert und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Dabei ist zu einem wichtigen Teil auf das Potential der Seniorinnen und Senioren selber zu setzen. Bleiben diese länger selbständig, sind sie weniger auf Dienstleistungen im Bereich Pflege und Betreuung angewiesen.

Der Kanton beschränkt sich auf die strategische Alters- und Heimplanung sowie Aufsicht und Bewilligung. Er will mit seinen Grundlagen den Gemeinden und Regionen helfen, die Aufgaben der Altersplanung sinnvoll anzupacken. Der Kanton kann dabei Impulse geben, mögliche Wege aufzeigen und den Rahmen abstecken.

Die zu bildenden „Sozialregionen“ könnten dafür eine räumliche Einheit bilden. Schon heute arbeiten und planen gewisse Gemeinden zusammen. Aber auch Heimleiterinnen- und -leiter treffen sich regional und tauschen sich aus und Spitex-Organisationen bilden zum Teil schon regionale Einheiten. Grundlagen für eine Vernetzung untereinander sind vorhanden, nun müsste die Vernetzung vermehrt noch miteinander geschehen.

1.2.2 Handlungsfeld 2: Selbstständigkeit und Gesundheit

Die Förderung und Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit sind das oberste Ziel jeder Alterspolitik. Dienstleistungen für Seniorinnen und Senioren müssen mit der Absicht erbracht werden, die noch vorhandenen Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern. Seniorinnen und Senioren haben – auch wenn sie schwer pflege- und betreuungsbedürftig werden – Anrecht auf Selbstbestimmung. Sie müssen in unserer Gesellschaft integriert bleiben und Anteil nehmen können. Der Kanton unterstützt deshalb Projekte und Institutionen, die dazu beitragen, die Selbstständigkeit zu erhalten. Das Ziel ist, die mit der Selbstständigkeit verbundene Lebensqualität so gut wie möglich zu bewahren, den Bedarf nach Betreuung und Pflege zu verringern und so Kosten zu senken.

1.2.2.1 Präventive Hausbesuche

Das Projekt SO!PRA – Prävention im Alter – baut auf den Erfahrungen des Projektes Eiger (Kanton Bern) auf. Dabei geht es um präventive Hausbesuche, die das Ziel haben, Seniorinnen und Senioren mit einer individuellen Beratung über gesundheitliche Risiken im Alter und mögliche vorbeugende Massnahmen zu informieren. Damit soll erreicht werden, dass Pflege- und Betreuungsmassnahmen entweder gar nicht oder erst später und in einem geringeren Umfang beansprucht werden müssen. Die Auswertung und Evaluation der bisherigen Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen zeigen deutlich, dass bei Seniorinnen und Senioren der Gesundheitszustand und damit auch die Selbstständigkeit erhöht oder erhalten werden können. Damit lassen sich langfristig Kosten für die Gesundheitsversorgung einsparen. Das Projekt SO!PRA soll weitergeführt und flächendeckend im Kanton Solothurn eingeführt werden.

1.2.2.2 Beratungstätigkeit der Pro Senectute

Im Kanton Solothurn erbringt die Pro Senectute für Menschen ab 60 Jahren Dienstleistungen in den Bereichen Sozialberatung, Bildung, Sport und Bewegung sowie Hilfen zu Hause. Damit leistet Pro Senectute einen bedeutenden Beitrag zur Förderung und Erhaltung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität älterer Menschen.

Ihre Dienstleistungen bietet die Pro Senectute dezentral und somit für alle Menschen leicht zugänglich an. Sie werden mit den Spitex-Organisationen und den öffentlichen Sozialdiensten koordiniert, so dass es nicht zu Doppelspurigkeiten kommt.

1.2.3 Handlungsfeld 3: Pflege und Betreuung zu Hause

Auch nach Eintritt einer Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit wollen Seniorinnen und Senioren möglichst lange zu Hause bleiben. Der Kanton unterstützt Projekte und Institutionen, die in diesem Bereich Wirkung entfalten. Dabei handelt es sich vor allem auch um Massnahmen, die zur Aufrechterhaltung der Betreuung und Pflege durch Angehörige beitragen, weil sie eine wichtige Ressource darstellen.

1.2.3.1 Ambulante Versorgung durch die Spitex-Dienste

Die ambulante Versorgung durch die Spitex-Dienste spielt eine sehr grosse Rolle. Aufgabe der Spitex ist nicht nur Pflege und Betreuung zu Hause, sondern vor allem auch Anleitung und Unterstützung zur Selbsthilfe. Spitex-Dienste übernehmen weitere wichtige Aufgaben in der Beratung von Seniorinnen und Senioren, zudem bieten sie, oft in Zusammenarbeit mit Alters- und

Pflegeheimen, Fahr-, Mahlzeiten- und Haushilfedienste an. Die Abdeckung des Betreuungsaufwandes durch die Spitex ist aber nur unter Mithilfe von Angehörigen und Freiwilligen möglich. Die Klientinnen und Klienten der Spitex-Dienste lassen sich in zwei Kategorien aufteilen:

Spitex-Dienstleistungen nach einem Akutaufenthalt in einem Spital: Durch die kürzere Aufenthaltsdauer in Spitälern erbringt die Spitex-Organisation Grund- und Behandlungspflege meist über eine kürzere Zeit bei Personen jeden Alters. Der Anteil dieser Klientinnen und Klienten ist mit der kürzeren Aufenthaltsdauer in den Spitälern und dem Ausbau der ambulanten Chirurgie angestiegen.

Langzeitpflege: Der grössere Teil der in diesem Bereich erbrachten Dienstleistungen beziehen Seniorinnen und Senioren. Mit geringerem Anteil, aber meist mit sehr hohem Stundenaufwand, werden auch jüngere Langzeitpflegepatientinnen und -patienten (z.B. MS) gepflegt. Diese beiden Gruppen stellen die Basisauslastung der Spitex-Organisationen sicher. Sie bilden auch stundenmässig den weitaus grösseren Anteil am Gesamtvolumen der erbrachten Leistungen.

In Zukunft müssen die ambulanten Angebote ausgebaut werden, vor allem wegen der demographisch bedingten Zunahme der Pflege- und Betreuungsbedürftigen, die quantitativ zu einer erhöhten Nachfrage der Spitexleistungen führt.

1.2.3.2 Geriatriische Betreuung

Pufferbetten werden in Spitälern geführt, welche nicht gleichzeitig verselbständigte Alters- und Pflegeheime führen. Pufferbetten sind "Wartebetten", in welche ausschliesslich Patientinnen und Patienten der eigenen Akutabteilung aufgenommen werden, welche noch keine Aufnahme in einem Alters- und Pflegeheim finden, die Anmeldung für ein Alters- und Pflegeheim aber bereits erfolgt ist. Die Zahl der Pufferbetten wird dabei auf 1-10 pro Spital beschränkt. Gemäss Tabelle „Entwicklung Langzeitbetten“ ist die Zahl der Pufferbetten in den Spitälern Solothurn und Dornach noch zu hoch. Auch die Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn (PDKS) verfügen heute noch über einen zu hohen Bettenanteil. Bis zur Heimplanung 2015 muss die Anzahl der Pufferbetten weiter gesenkt werden.

Erfahrungen zeigen aber, dass Pufferbetten in den Spitälern nur abgebaut werden können, wenn das Angebot an Plätzen in Alters- und Pflegeheimen genügend ausgebaut ist. Die Langzeitpsychiatrie baut Betten ab, hat aber gleichzeitig einen speziellen Auftrag in der Fridau (siehe dazu Kapitel 4)

1.2.3.3 Besuchsdienste

Damit Seniorinnen und Senioren möglichst lange zu Hause leben können, sind nebst konkreten Pflege- und Entlastungsangeboten (Spitex) auch soziale Aspekte von besonderer Bedeutung. Verschiedene Formen von Besuchsdiensten können hier eine Lücke schliessen. Der Besuchsdienst Solothurn vermittelt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Betagten-, Behinderten- und Nachbarschaftshilfe ausgebildet sind. Der Besuchsdienst stellt in Zusammenarbeit mit Betagten- und Behinderteninstitutionen sowie Spitex-Organisationen im Kanton Solothurn und dem angrenzenden Kanton Bern (Region Mittelland) ein breitgefächertes Dienstleistungsangebot zur Verfügung.

Besuchsdienste werden auch von anderen Dienstleistungserbringern, z.B. der Pro Senectute, Kirchgemeinden, Frauenvereinen etc. organisiert.

1.2.3.4 Unterstützung pflegender Angehöriger

Ein grosser Teil der pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz und im Kanton Solothurn wird zu Hause von Angehörigen betreut und gepflegt. Heute leisten schätzungsweise rund 220'000 bis 250'000 Angehörige in der Schweiz tägliche Pflege- und Betreuungsarbeit im Wert von jähr-

lich rund 10 bis 12 Milliarden Franken. Dabei sind es grossmehrheitlich Frauen, die diese Aufgaben innerhalb der Familie wahrnehmen. Die Pflege und Betreuung von Angehörigen ist oft mit zeitlichen, psychischen und körperlichen Belastungen verbunden. Erstreckt sich die Arbeit über viele Jahre hinaus, laufen die Angehörigen Gefahr, selber krank zu werden. Frühe Spitalentlassungen und die Zunahme chronischer Leiden verstärken diese Problematik. Die Pflege von Angehörigen darf nicht als Selbstverständlichkeit gelten, sondern verdient die Anerkennung als gesellschaftlich besonders bedeutende Leistung.

Personell und auch finanziell könnte die Altersversorgung nicht ohne das unentgeltliche Engagement von Angehörigen aufrechterhalten werden. In der Diskussion um die Unterstützung von pflegenden Angehörigen werden oft finanzielle Entschädigung, fachliche Unterstützung und Entlastung gefordert. Verschiedene Organisationen wie z.B. das Schweizerische Rote Kreuz, die Pro Senectute, Partnerorganisationen aber auch privat organisierte Hilfe tragen heute schon viel zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Solche Angebote müssen aufrechterhalten bleiben und unter Umständen sogar ausgebaut werden. Der Kanton ist offen für neue Massnahmen und Projekte welche die Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen zum Ziel haben.

Heime bieten zum Teil Ferienbetten und Tagesaufenthalte an. Es ist zu überlegen, wie solche Angebote ausgebaut werden könnten.

1.2.4 Handlungsfeld 4: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze

Seniorinnen und Senioren sollen die Wahl zwischen verschiedenen Wohn- und Lebensformen im Alter haben. Mit dieser Wahlmöglichkeit soll auch die Kontinuität, also die möglichst lange Beibehaltung der gewohnten Lebensformen erreicht werden. Das Wohn- und Betreuungsangebot für ältere Menschen muss verschiedensten Vorstellungen und Interessen gerecht werden. Die Einwohnergemeinden unterstützen einerseits die Realisierung von Angeboten, die für leicht pflege- und betreuungsbedürftige Menschen eine Alternative zum Heimaufenthalt darstellen. Sie sind ebenfalls zuständig für den Bau und Unterhalt von Pflegeheimen in der Gemeinde selber oder in der Region, d.h. sie unterstützen bestehende Trägerschaften und somit Alters- und Pflegeheime finanziell.

1.2.4.1 Alternative Wohnformen

Um den Bau zu vieler Pflegeheime zu vermeiden, müssen in den nächsten Jahren alternative Wohnmodelle unterstützt und gefördert werden. Dazu sind vor allem die Bewilligungsvoraussetzungen für solche Einrichtungen zu überdenken. Heute müssen auch kleine Wohngemeinschaften dieselben Voraussetzungen erfüllen wie die bestehenden Alters- und Pflegeheime, wenn sie in die Heimliste aufgenommen werden wollen. Sie unterliegen damit auch den Voraussetzungen des Departementes des Innern und der santésuisse.

Eine alternative Wohnform kann das betreute Wohnen sein. Es soll nur soviel Hilfe geleistet werden wie nötig, d.h. die älteren Menschen bestimmen über das Ausmass der Hilfe selber. Dann sollte ein privates und autonomes Wohnen auch dann garantiert bleiben, wenn die betagten Menschen auf Hilfe und Pflege angewiesen sind. Das betreute Wohnen kann unterschiedlich gestaltet werden. Zum einen ist es in Seniorenresidenzen zu finden mit Betreuung und Pflege à la carte oder aber in einfach gestalteten Alterswohnungen mit einer Anbindung an die Spitex-Dienste. Die Grenze dieser Wohnform zeigt sich aber oft bei schwerer Pflegebedürftigkeit und speziell bei demenziellen Erkrankungen. Hier sind vor allem kleine, überschaubare Wohngruppen und Pflegestationen für die Betreuung und Pflege sinnvoll.

1.2.4.2 Pilotprojekte

Vor allem Pilotprojekte vom privaten und öffentlichen Gemeinwesen zur Erprobung neuer Wohnformen sind vom Kanton zu bewilligen, sofern die fachlichen Voraussetzungen gegeben

sind. In diesen alternativen Wohnformen für Betagte kann eine Koordinierung mit Prävention und Spitex-Diensten sichergestellt werden. Diese Pilotprojekte dürfen jedoch im Vergleich zu Heimstrukturen keinesfalls teurer sein, die Begrenzung der Taxen ist einzuhalten.

1.2.4.3 Alterssiedlungen und –wohnungen

Alterssiedlungen und -wohnungen gehören nicht zum Geltungsbereich des Alters- und Pflegeheimgesetzes, da es sich um selbständige Wohnformen handelt, die nicht zur Langzeitpflege zu zählen sind. Allerdings kommen teilstationäre Angebote, allenfalls gekoppelt an ein bestehendes Alters- und Pflegeheim und Alterswohnungen in durchmischten Siedlungen, den normalen, integrativen Wohnformen deutlich näher, als die Angebote der stationären Pflege. Der Kanton ist grundsätzlich den flexiblen, integrierten Angeboten positiv gesinnt.

1.2.5 Handlungsfeld 5: Stationäre Pflege- und Betreuungsplätze

1.2.5.1 Entlastungsbetten und Tagesstätten

Entlastungsbetten und Tagesstätten können das Bedürfnis der heutigen und zukünftigen älteren Bevölkerung, möglichst lange zu Hause zu leben, auf verschiedene Art und Weise unterstützen.

- Angehörige, welche die Betreuung und Pflege zu Hause übernehmen werden entlastet, und die Gefahr der Überforderung nimmt ab – vor allem bei langen Öffnungszeiten, möglichen Wochenendaufenthalten und gut ausgebauten Fahrdiensten. In vielen Fällen ist eine Heimeinweisung auf den Zusammenbruch des privaten Betreuungsnetzes zurückzuführen.
- Betagten Menschen mit wenig sozialen Kontakten wird die Möglichkeit geboten, aus den eigenen vier Wänden auszubrechen und Neues zu erleben.
- Das vielseitige Angebot im Heim oder in einer Tagesstätte mit Aktivitäten des täglichen Lebens, handwerklichen, geistigen, motorischen, musischen und geselligen Aktivitäten fördert die Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Kräfte, insbesondere aber auch der Lebenslust und Lebensfreude.

Für die Heime ist die Bereitstellung solcher Entlastungsplätze oder der Betrieb einer Tagesstätte finanziell meist wenig attraktiv. Der durch die häufigen Ein- und Austritte bedingte Mehraufwand und die Unterauslastung dieser Plätze wird von niemandem abgegolten, was dazu geführt hat, dass das Angebot an Tagesstätten und an Entlastungsbetten in bestehenden Alters- und Pflegeheimen kaum ausgebaut worden ist.

Um zusätzliche Entlastungsplätze anbieten zu können, muss für Heime mit integrierten Tagesstätten ein finanzieller Anreiz geschaffen werden. Das bedingt unter anderem Verhandlungen mit der santésuisse, welche aufgrund verschiedener Anfragen aus den Kantonen die Position zu den Tagesstätten gesamtschweizerisch definieren wird.

1.2.5.2 Heime - bauliche Voraussetzungen

Die meisten heute bestehenden Alters- und Pflegeheime sind in einem guten baulichen Zustand. Einzelne sind aber dringend sanierungsbedürftig. In den meisten Häusern werden vorwiegend Einer- und Zweierzimmer angeboten, die von Bewohnerinnen und Bewohnern individuell mit persönlichen Gegenständen eingerichtet werden können. Mehrbettzimmer gibt es höchstens noch bei der Pflege und Betreuung Schwerstpflegebedürftiger und/oder demenzkranker Menschen. Aufgrund der Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität“ des Departementes des Innern, die zur Zeit in den Alters- und Pflegeheimen umgesetzt werden und per 01. Juli 2006 in Kraft treten, werden die baulichen Voraussetzungen vom Amt für Gemeinden und soziale Si-

cherheit überprüft. Eventuell müssen Ausnahmegewilligungen erteilt werden, wenn die Zimmergrössen nicht den Vorgaben entsprechen.

1.2.5.3 Interkantonaler Vergleich der Heimkosten

Ein aussagekräftiger interkantonaler Vergleich der Heimkosten kann voraussichtlich erst ab 2007 durchgeführt werden. Zu diesem Zeitpunkt bestehen zwei- bis dreijährige Erfahrungen mit der gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgeschriebenen und zur Zeit eingeführten einheitlichen Kostenrechnung für Pflegeheime.

2. Besondere Ausprägung der Pflegebedürftigkeit

Als pflege- und betreuungsbedürftig gelten Personen, die wegen körperlicher, psychischer und/oder kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den normalen Alltag selbstständig zu bewältigen. Bei älteren Menschen ist die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit häufig nicht auf eine einzelne, sondern auf verschiedene alters- und krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen.

Obwohl im höheren Alter das Risiko zunimmt, pflege- und betreuungsbedürftig zu werden, dürfen Alter und Krankheit nicht gleichgesetzt werden. Die grosse Mehrheit der älteren Menschen ist heute bei guter Gesundheit und lebt zu Hause.

2.1 Demographische Entwicklung

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern nimmt zu. Dies ist weniger eine Folge einer erhöhten „biologischen Lebensspanne“ als der Tatsache, dass heute weniger Menschen vorzeitig sterben. Gründe dafür sind die medizinische Versorgung, ein besseres Gesundheitsbewusstsein, finanzielle Ressourcen und die sozialen Rahmenbedingungen. Zumindest kurz- und mittelfristig ist zwar eine eher verlangsamte Erhöhung der weiteren Lebenserwartung zu erwarten. Gemäss Szenarien des Bundesamtes für Statistik dürfte sich aber dennoch die mittlere Lebenserwartung von Männern von heute 76,9 Jahre bis 2060 auf 82,5 – 85,5 Jahre erhöhen. Bei den Frauen erscheint bis 2060 eine Erhöhung von heute 82,6 Jahre auf 87,5 – 90 Jahre denkbar. Diese Prognose gilt allerdings nur unter der Bedingung, dass es nicht zu einem massiven Zusammenbruch von sozial- und gesundheitspolitischen Strukturen kommt (François Höpflinger/Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert).

Die Zahl älterer und hochbetagter Menschen in der Schweiz wird bis 2040 auch deshalb weiter ansteigen, weil bis dahin die geburtenstarken Jahrgänge, die sogenannten „Baby-Boomer“, ihr hohes Alter erreicht haben. Danach wird die Zahl älterer und hochbetagter Menschen aufgrund der geburtenschwächeren Jahrgänge wieder zurückgehen.

Insgesamt wird die absolute Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen daher zwischen 2000 und 2040 ansteigen, allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit weniger stark, als dies aus linearen demographischen Projektionen hervorgeht. Denn heute zeigt sich immer mehr, dass die Lebensphase, die frei von Funktionsbeeinträchtigungen oder Krankheit ist, immer länger wird. Voraussetzung dafür sind aber weitere Fortschritte in der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Behandlung und der Rehabilitation. In diese Bereiche muss investiert werden, wenn die Zunahme des Pflege- und Betreuungsbedarfs in Grenzen gehalten werden soll.

Dadurch wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten auch der Bedarf an Dienstleistungen für die ältere Bevölkerung vor allem im Bereich Pflege und Betreuung zunehmen. Aber auch dieser Bedarf steigt nicht linear an. Er ist vielen sich ständig verändernden Faktoren unterworfen. Die Planung muss deshalb möglichst flexibel sein, damit relevante Entwicklungen innert nützlicher Frist berücksichtigt und das System dem veränderten Bedarf angepasst werden kann.

2.2 Hochbetagte Menschen

Die hirnorganischen Störungen hochbetagter Menschen in ihren verschiedenen Formen (Alzheimer-Demenz, vaskuläre und sekundäre Demenzen) werden seit längerem als eines der zentralen Probleme des Gesundheitswesens erkannt. Diese Zunahme basiert nicht auf einem erhöhten Krankheitsrisiko in unserer westlichen Zivilisation, sondern vor allem darauf, dass heute mehr Menschen ein Alter erreichen, bei dem demenzielle Störungen häufiger auftreten.

Je älter man wird, je grösser ist das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. In der Altersgruppe 90-94 Jahre, schätzt man, ist ein Drittel der Personen betroffen.

2.3 Menschen mit Behinderung

Dank Verbesserungen der medizinischen, therapeutischen, betreuerischen und sozialen Rahmenbedingungen erreichen Menschen mit Behinderungen, wie die Gesamtbevölkerung, ein höheres Alter als früher. Bei älteren behinderten Mitmenschen kann ebenfalls eine Demenzerkrankung auftreten. Eine Umplatzierung nach Jahrzehnten im gewohnten Heim kann ihnen kaum zugemutet werden. Zudem sind Einrichtungen für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner nicht auf langzeitpsychiatrische Bewohnerinnen und Bewohner eingestellt und das Personal ist für die spezielle und aufwändige Pflege und Betreuung nicht geschult. Grundsätzlich stellt sich aber die Frage wo betagte Menschen mit Behinderung im Alter leben sollen. Die Behinderteninstitutionen sind gefordert, nach anderen Wohnformen zu suchen. zum Beispiel Seniorenwohngruppen für geistig behinderte Menschen einzurichten. Zur Zeit leben rund 40 Personen, die über 65jährig sind, in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

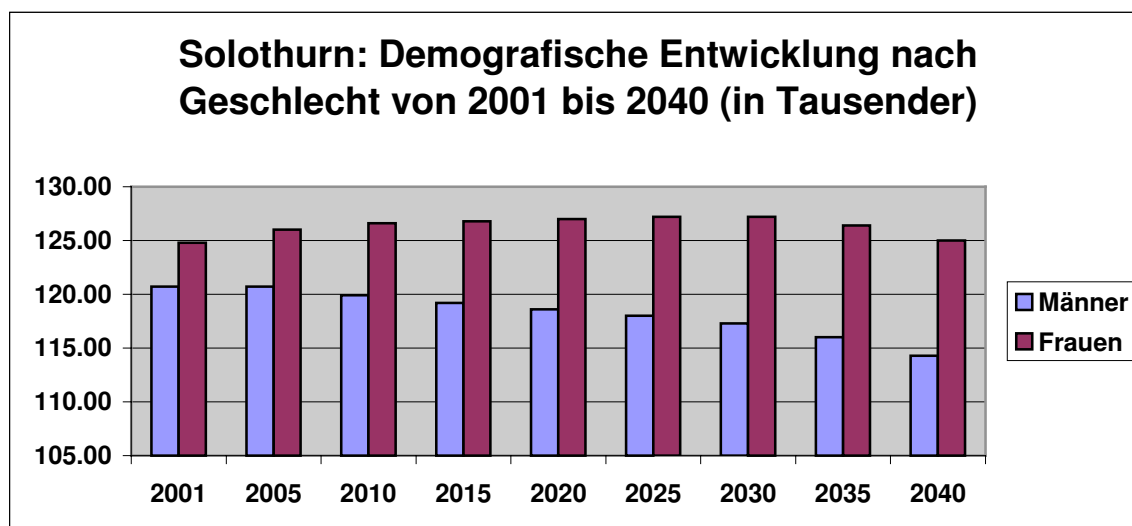
Heute werden Einrichtungen für IV-Bezügerinnen und -bezüger restriktiv von solchen für Seniorinnen und Senioren getrennt, da die Finanzierung nicht dieselbe ist. Es stellt sich die Frage, ob nicht ab einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit IV-Bezügerinnen und -bezüger einen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherer hätten. Wenn ja, würde dies bedingen, dass IV-Einrichtungen ebenfalls in die Heimplanung miteinbezogen werden müssten. Voraussetzungen wären:

- ein von der santésuisse anerkanntes Leistungserfassungssystem
- diplomiertes Pflegefachpersonal
- ausreichende ärztliche Betreuung

2.4 "Feminisierung" des Alters

Die Bevölkerung der Schweiz wird in den nächsten vier Jahrzehnten deutlich älter. Noch rascher altert die Bevölkerung des Kantons Solothurn: Liegt der Seniorenanteil heute im nationalen Schnitt bei 16 %, steigt er bis in Jahr 2040 auf 26 %. Der Frauenanteil wird gemessen an der Gesamtzahl auf über zwei Drittel ansteigen, d.h. das zahlenmässige Verhältnis der Geschlechter erfährt eine zunehmende Diskrepanz. Damit wird sich das zukünftige Gesellschaftsbild stark verändern. Frauen sind in verschiedener Hinsicht stärker von Fragen des Alters betroffen als Männer. Frauen pflegen und betreuen ihre oft älteren Partner. Frauen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung zwangsläufig häufiger vom Verlust des Partners betroffen, was nicht selten zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Sie benötigen auch ihnen angepasste Wohnstrukturen.

2.4.1 Demographische Entwicklung nach Geschlecht von 2001 – 2040 (in Tausender)



2.5 Betagte Migrantinnen und Migranten

In der Schweiz wird in den nächsten Jahren die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten stark ansteigen, vor allem der Anteil an Italienerinnen und Italienern, die in den Fünfziger- und Sechzigerjahren zugewandert sind und nun das Rentenalter erreichen. Die Annahme, spätestens zu diesem Zeitpunkt werde sich der Grossteil der Migrantinnen und Migranten („Gastarbeiter“) zur Rückkehr in die Heimat entschliessen, ist nur noch bedingt richtig. Anders als ursprünglich beabsichtigt, bleiben viele von ihnen in der Schweiz. Gemäss Schätzungen des Bundesamtes für Statistik verdoppelt sich die Zahl der pensionierten Migrantinnen und Migranten zwischen 1995 und 2010 von 63'000 auf 122'000 Personen. Damit nimmt auch die Anzahl jener betagten Migrantinnen und Migranten zu, die im Alter auf Unterstützung angewiesen sind. Die häufig bestehenden sprachlichen Hindernisse und unterschiedliche soziale und kulturelle Wahrnehmungen und Äusserungsformen sind für die Vermittlung von Dienstleistungen und das Versorgungssystem im Altersbereich eine neue Herausforderung.

Diesen Herausforderungen und Problemstellungen wurde in der Altersarbeit bisher noch wenig Beachtung geschenkt. Die kantonalen Behörden, Pro Senectute und andere sind heute sensibilisiert und befassen sich vertieft mit dem Thema „Integration“. Ältere Migrantinnen und Migranten sind erfahrungsgemäss eher schwer mit Bildungsangeboten (Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsförderung u.a.) zu erreichen. Als Ansatzpunkt könnten für diese Aufgabe Schlüsselpersonen ausgebildet werden, die spezifisches Wissen in ihrer Landessprache weitergeben können. Sie könnten in Migrantinnen-/Migrantenorganisationen, Heimatvereinen und lokalen Ausländerstellen rekrutiert werden.

Es braucht aber auch Massnahmen zum Abbau von Hindernissen beim Zugang zu alterspolitischen Angeboten (z.B. fehlende Verständigungsmöglichkeiten). Diese Hindernisse können durch die Schulung des Personals professioneller Dienste in interkulturellen Kompetenzen mit entsprechenden Sprachkenntnissen abgebaut werden. Weiter ist anzustreben, dass Informationen über Dienstleistungsangebote in verschiedene Sprachen übersetzt werden.

Altersaufbau Kanton Solothurn per 31.12.2004 / Männer/Frauen – Migranten /Migrantinnen

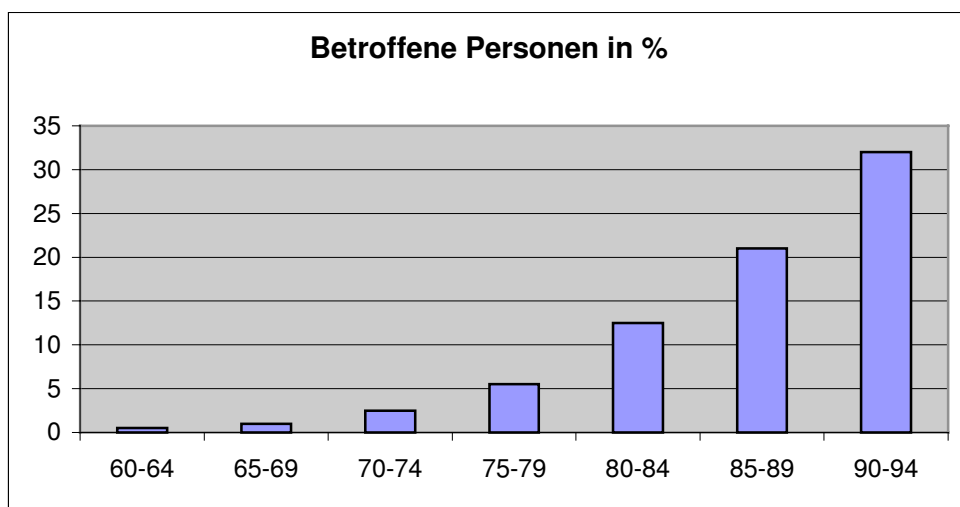
Bezirk	Männer CH 80+	Frauen CH 80+	Migranten 80+	Migrantinnen 80+
Solothurn	280	701	8	17
Lebern	405	668	8	8
Stadt Grenchen	308	621	13	23
Bucheggberg	110	195	0	1
Wasseramt	657	1'283	25	34
Thal	232	447	4	8
Gäu	179	357	2	4
Olten u. Umgeb.	405	777	15	16
Stadt Olten	345	730	5	12
Gösgen	336	599	7	16
Dorneck	195	353	11	35
Thierstein	207	360	1	2
Total	3'659	7'091	99	176

3. Besondere Betreuungs- und Pflegeformen

Der Heimplanung 2012 ist eine Darstellung besonderer Betreuungs- und Pflegeformen voranzustellen.

3.1 Demenz

Ein grosser Teil der betreuungsbedürftigen älteren Menschen leidet an einer Demenzerkrankung. Sie und ihre Angehörigen haben besondere Anliegen bezüglich Beratung, Unterstützung im Alltag sowie Wohn- und Betreuungsformen.



Im Kanton Solothurn gibt es nicht weniger als 3'000 Personen, die an Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz erkrankt sind. Diese Zahl wurde aufgrund demographischer Daten und der Raten geschätzt, die den Anteil Kranker pro Altersgruppe (Prävalenzraten) angeben. Die Tatsache, dass wesentlich mehr Frauen als Männer erkranken, ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es in der Bevölkerung viel mehr alte Frauen gibt.

Alter	Anzahl Kranke		Pro Altersgruppe
	Männer	Frauen	
30-64	41	40	
65-69	115	66	
70-74	197	217	
75-79	163	323	
80-84	249	477	
85-89	190	492	
90+	126	396	
Total	1'081	2'011	

Heute werden viele demenzkranke Menschen zu Hause von ihren Angehörigen betreut. Mit der zunehmenden Anzahl der Single-Haushalte, der Tatsache, dass immer weniger Frauen und Männer in der Lage sind, Angehörigenarbeit zu übernehmen, erhöht sich die Anzahl der Pflegeheimplätze. Mittelfristig ist mit einer Zunahme von 40 % auf 50 % und längerfristig gar auf 60 % zu rechnen, d.h. 60 % werden heute zu Hause betreut, 40 % sind auf einen Heimplatz angewiesen. Auf die Anzahl benötigter Betten berechnet sieht das folgendermassen aus:

Alter	40 % Demenzbetten	50 % Demenzbetten	60 % Demenzbetten
30-64	32	41	49
65-69	72	91	109
70-74	166	207	249
75-79	194	243	292
80-84	290	363	436
85-89	273	341	409
90+	209	261	313
Total*	1'236	1'547	1'856

* Diese Bettenzahlen sind in der Gesamtzahl benötigter Pflegeheimbetten enthalten.

Präventive Massnahmen zur Verhinderung/Verzögerung von Demenzerkrankungen decken sich mit den Massnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung. Physisches und psychisches Aktivbleiben, die Pflege von sozialen Beziehungen, der Verzicht auf Suchtmittelkonsum usw. sind auch im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen wichtige Schutzfaktoren.

Neu entwickelte Medikamente, aber auch gezielte Trainings vermögen zudem das Eintreten alltagsrelevanter Auswirkungen hirnerkranklicher Störungen teilweise jetzt schon zu verzögern. Ein zeitliches Verschieben von Demenzerkrankungen ist aber auch aufgrund von Kohorteneffekten zu erwarten; so werden mehr besser ausgebildete Frauen und Männer mit lebenslanger Lernbiographie in den zukünftigen Rentnergenerationen vertreten sein¹.

3.1.1 Demenzerkrankungen bei Suchtabhängigen und Aidskranken

Heute weiss man, dass bei schwerst-suchtabhängigen (Drogen und Alkohol) und bei aidskranken Patientinnen und Patienten bereits in jungen Jahren demenzielle Störungen auftreten können. Das Krankheitsbild nimmt hier einen schweren und raschen Verlauf. Zur Zeit gibt es keine Einrichtungen für diese meist unter 65-jährigen Betroffenen und es stellt sich die Frage, wo sie adäquat betreut und gepflegt werden können, da sich Alters- und Pflegeheime nicht eignen für Menschen unter 65.

3.1.1.1 Demenzspezifische Strukturen

Mit der beschlossenen Erweiterung des Leistungsauftrages des Kantonsspital Olten werden demenzspezifische Strukturen für die Versorgung der Bevölkerung umgesetzt. Die Memory Clinic wurde geschaffen, weil

- es die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams für Diagnostik und Beratung bei Demenzabklärungen braucht;
- das Risiko an Demenz zu erkranken mit zunehmendem Alter wächst;
- die Früherkennung von Demenz gezielte therapeutische Massnahmen wirksam werden lässt;
- die Demenz ein chronisches und zur Zeit unheilbares Leiden ist und eine eindeutige Diagnose die Voraussetzung für gezielte therapeutische Beeinflussung schafft.

¹) François Höpflinger/Valérie Hugentobler, S. 72

Im Zentrum Passwang in Breitenbach sollen in Zukunft ebenfalls verschiedene Dienstleistungsangebote für Betroffene und Angehörige geschaffen werden. Zudem wird im Zentrum Passwang eine demenzspezifische Einrichtung nach dem 3-Welten-Modell gebaut.

Zwei Drittel der demenzkranken Menschen haben keine Demenzdiagnose, dies zeigt die Nationale Umfrage 2004 der Schweizerischen Alzheimervereinigung und gfs.bern (S. 21,22).

3'000 Demenzkranke im Kanton Solothurn	900 nicht erfasste demenzkranke Menschen
	1'100 Personen mit Demenzverdacht
	1'000 Personen mit Demenzdiagnose

Kranke und ihre Angehörigen brauchen Hilfe und Unterstützung – doch um sie zu bekommen, muss man die Krankheit erst erkennen.

Im Kanton Solothurn leben 900 Personen mit einer beginnenden Demenz. Eine frühzeitige Abklärung (Diagnose) würde dazu beitragen, dass demenzspezifische Behandlungen und Therapien rechtzeitig, d.h. bereits in einem frühen Stadium der Krankheit eingeleitet werden. Die Diagnose ermöglicht den Kranken und ihren Angehörigen, wichtige Entscheidungen für die Zukunft zu treffen. Eine Frühdiagnose hilft auch dabei, andere Krankheiten mit ähnlichen Symptomen, z.B. Depressionen, zu erkennen und zu heilen. Eine Abklärung wird durch den Hausarzt in enger Zusammenarbeit mit Spezialisten vorgenommen.

Ohne genaue Diagnose leben die Kranken und ihre Angehörigen mit den dramatischen Konsequenzen der Krankheit ohne zu wissen, worum es sich handelt. Und das in einem Moment, wo sie die Zeit brauchen würden, um die neue Situation zu akzeptieren und sich darauf einzustellen. Deshalb müssen die Defizite der Diagnostik behoben werden.

Bis heute gibt es keine Behandlung, die Alzheimer oder andere neuro-degenerativen Demenzerkrankungen verhindern oder heilen könnte. Aber je früher eine Demenzerkrankung diagnostiziert wird, desto eher kann der Krankheitsprozess gezielt und nachhaltig verzögert werden.

Der Zugang zu medizinischer Versorgung und Pflege ist ein wesentlicher Aspekt für die Lebensqualität von Betroffenen und Angehörigen. Ebenso wichtig ist das Wissen über die Entwicklung des spezifischen Bedarfs, denn demenzkranke Menschen haben einen signifikant anderen Unterstützungs- und Betreuungsbedarf als andere ältere Menschen. Die Demenz erfordert eine ständige Anpassung an die Entwicklung der Krankheit, was zu einem grossen Zeitdruck führt.

Die aktuelle Situation im Kanton Solothurn mit 3'000 demenzkranken Menschen

- **2'000 kranke Menschen und deren Angehörige** müssen mit den Konsequenzen der Demenzerkrankung leben ohne zu wissen, worum es sich handelt.
- **2'300 kranke Menschen** haben keinen Zugang zu medikamentösen Behandlungen.
- **2'600 kranke Menschen** haben keinen Zugang zu nichtmedikamentösen Behandlungen.
- **1'300 kranke Menschen**, die zu Hause leben, haben keine ärztliche Verordnung für Spitex-Dienste oder haben keine Hilfe von Spitex.

3.1.2 Angebote für demenzkranke Menschen

Ein grosser Teil der betreuungsbedürftigen Seniorinnen und Senioren leidet an einer Demenzerkrankung. Sie und ihre Angehörigen haben besondere Anliegen bezüglich Beratung, Unterstützung im Alltag sowie Wohn- und Betreuungsformen. Die heutigen Angebote sind ungenügend. Es erweist sich auch immer mehr, dass eine Durchmischung in bestehenden Alters- und Pflegeheimen schwierig wird. Aus diesem Grund bauen einzelne Institutionen ihre Häuser für demenzkranke Menschen aus und um.

Besonders wichtig sind unter anderem die Betreuung und Entlastung von Angehörigen. Hier leisten Pro Senectute, die Alzheimervereinigung, Spitex und andere, bereits viel Arbeit. Zudem sollten spezifische Schulungen für Angehörige und freiwillige Helferinnen und Helfer angeboten werden, denn **die meisten demenzkranken Menschen** im Kanton Solothurn,

- die zu Hause leben, haben keinen Zugang zu einem Tagesplatz in einem Heim;
- die zu Hause leben, haben keinen Zugang zu einem Ferienplatz in einem Heim;
- die im Heim leben, sind nicht in einer demenzgerechten Abteilung untergebracht;
- die im Heim leben, können nicht in einen geschützten Garten und müssen deshalb die meiste Zeit innerhalb des Gebäudes verbringen.

3.1.2.1 Angebote in Heimen für demenzkranke Menschen

Zur Zeit gibt es im Kanton Solothurn 283 Betten für demenzkranke Menschen, davon rund 113 in der Gerontopsychiatrie, wo nicht ausschliesslich demenzkranke Menschen aufgenommen werden. Aufgrund der Erkenntnisse der Alzheimervereinigung (siehe Seite 21 ff.) werden Demenzerkrankungen bei rund 2/3 der Betroffenen nicht diagnostiziert, was Betreuung und Pflege erschwert. Das Bettenangebot im Kanton Solothurn ist ungenügend; 40 % der demenzkranken Menschen leben in Heimen und dort vor allem in durchmischten Heimen. Diese Unterbringung ist nicht für alle gleich gut geeignet, denn es leiden nicht nur die Betroffenen selber unter ihrer Situation, sondern auch Mitbewohnerinnen und -bewohner, sowie Angehörige und Pflegepersonal. Es werden aber weitere Angebote zum Teil mit Tagesstätten neu eröffnet oder sind in Planung.

3.2 Gerontopsychiatrie

Die Gerontopsychiatrie ist Teil des Fachbereichs der Erwachsenenpsychiatrie und befasst sich mit Akut- und Langzeiterkrankungen mit vorwiegend psychiatrischen Diagnosen nach ICD 10. Dieses Fachgebiet ist geprägt von Krankheitsbildern, die auch in der Psychiatrie von jungen Erwachsenen zu finden sind: verschiedene Formen der Depression, Wahnsyndrome, Persönlichkeitsstörungen, Suchtverhalten, akute Verwirrheitszustände und Demenz.

3.2.1 Herausforderung zum ganzheitlichen Zugang

Bei solchen psychischen Störungen im Alter sind die Begleiterecheinungen der zunehmenden körperlichen Hinfälligkeit, Verlusterlebnisse, der Konfrontation mit dem Tod und oftmals Mehrfachdiagnosen der Somatik, für alle Betreuungspersonen der Gerontopsychiatrie eine grosse physische und psychische Herausforderung. Für die Pflege und Betreuung bedeutet dies unabdingbar professionelles, interdisziplinäres Fachpersonal und eine enge Verbindung zur Allgemeinmedizin, um das Versorgungsnetz gewährleisten zu können.

3.2.1.1 Die gerontopsychiatrische Versorgung

Grundsätzlich gilt im Bereich Psychiatrie dasselbe wie in den Zielen der Alterspolitik des Kantons Solothurn beschrieben worden ist. Zuerst wird alles versucht, dass Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung, d.h. zu Hause oder in einer betreuten Wohngemeinschaft, leben können. Es gibt immer mehr Spitex-Organisationen, die sich mit Krankheitsbildern der Psychiatrie auseinandersetzen. Inzwischen hat das Eidgenössische Versicherungsgericht auch einen wichtigen Grundsatzentscheid gefällt: die Krankenkassen müssen die Kosten der ambulanten psychiatrischen Pflege unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen.

Die stationäre Versorgung und Betreuung gewinnt, aufgrund der erhöhten Lebenserwartung und der Pflegebedürftigkeit beim alten Menschen an Gewicht, obwohl für die psychosoziale Hilfe im Alter weiterhin das Prinzip der Dezentralisierung gilt. Je weniger ein Ortswechsel nötig wird, je besser das Behandlungsangebot in der Nähe des Wohnortes ausgebaut werden kann, desto grösser ist die Chance, dass betagte Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen mit relativ geringer Hilfe weitgehend selbständig leben können. Dementsprechend haben jene Hilfen Vorrang, die zu Hause oder in den Quartieren in vertrautem Rahmen geleistet werden können. Dies sind vor allem Hausärzte / Gemeindeschwestern und Spitex / Tageskliniken und –stätten / Heime.

In den Heimen findet man heute einen sehr hohen Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit psychischen Störungen (vorwiegend Demenz, Depression und Angsterkrankungen). In solchen Situationen wäre es sehr wichtig, Mehrfachdiagnosen zu erkennen und zur Behandlung derselben entsprechend geschultes Fachpersonal einzusetzen. Der Liaison-Dienst durch die Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn ist in vielen Heimen von grossem Nutzen. Die Spezialistinnen und Spezialisten (Psychiater, Pflegefachpersonen der Psychiatrie) können beratende, professionelle und unterstützende Aufgaben in den Heimen übernehmen. Diese Hilfe sollte rechtzeitig in Anspruch genommen werden, damit ein Klinikaufenthalt vermieden werden kann. Erst wenn diese ambulante Unterstützung scheitert, sollte ein Klinikaufenthalt ins Auge gefasst werden.

Der gerontopsychiatrische Bereich führt zwei Stationen mit 14 akut-gerontopsychiatrischen Betten in der Klinik der Psychiatrischen Dienste in Solothurn. In den Akutstationen werden betagte Menschen mit einer psychiatrischen Krise aufgenommen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt rund 30 Tage.

3.2.1.2 Stationärer Bereich - Fridau

Die Einrichtung „Fridau“ wurde 1874 als Lungenheilstätte eröffnet. Ende 1920 kam der Kauf der Fridau vor den Kantonsrat, die Umwandlung in ein Pflegeheim wurde diskutiert und angenommen. Das Schwesternhaus Baldegg wurde 1921 für die Pflege und Betreuung beigezogen und war bis 1995 erfolgreich. Weil auch das Kloster Baldegg mit Nachwuchssorgen konfrontiert war, wurde der Rückzug aus der Fridau ins Auge gefasst und der gegenseitige Vertrag aufgelöst. Auf den 1. Januar 1996 wurde das Pflegeheim zur „Psychiatrischen Klinik, Aussenstation Fridau“, und erfüllt heute einen Auftrag im Rahmen der gerontopsychiatrischen Betreuung. In den vergangenen Jahren wurden unter anderem Alters- und Pflegeheimbewohnerinnen aus der Langzeitpsychiatrie übernommen. Inzwischen hat sich der Leistungsauftrag verändert. Bewohnerinnen und Bewohner, denen ein Ortswechsel zugemutet werden kann und die gut in die bestehenden Alters- und Pflegeheime integriert werden können, werden verlegt.

Es bleiben aber Bewohnerinnen und Bewohner in der Fridau stationiert, die vorwiegend aus psychiatrischen Gründen nicht verlegt werden können. Am Standort Egerkingen/Fridau stehen zur Zeit 55 Betten für gerontopsychiatrische Langzeitpatientinnen und -patienten zur Verfügung. Durch die Reorganisation und die Angebotsbereinigung des gesamten gerontopsychiatri-

schen Bereichs der PDKS wurden alle Langzeitpatientinnen und -patienten in die Fridau verlegt. Diese bietet die nötige Rehabilitation und dauernde psychiatrische Pflege und Betreuung an, so lange das soziale Umfeld (Familie, Alters- und Pflegeheim oder andere) dieses Angebot nicht mehr oder noch nicht gewährleisten können.

Die drei Stationen, eine davon als geschützte, d.h. abschliessbare Abteilung, dienen der Stabilisierung psychiatrisch auffälliger pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten bis zum Übertritt in eine geeignete Betreuungs- oder Pflegeinstitution.

Wer nicht verlegt werden kann, bleibt als Langzeitpatientin/-patient in der Fridau. Es ist aber damit zu rechnen, dass sukzessive die Bettenzahl reduziert werden kann. Die Fridau wird in der nächsten Zeit im Leistungsauftrag der Spitäler AG geführt, trotzdem muss die Zukunft dieser Einrichtung überdacht werden. Der Kanton respektive die Gemeinden haben hier einen speziellen Auftrag, handelt es sich doch um einen Bereich, der kaum kostendeckend geführt werden kann. Spezielle Einrichtungen wie die Fridau werden vermutlich immer auf Subventionen vom Kanton und/oder der Gemeinden angewiesen sein. Am Standort Egerkingen muss nicht festgehalten werden. Es wäre durchaus möglich, Bewohnerinnen und Bewohner als Gruppe in eine bestehende Einrichtung zu verlegen, die besseren Zugang zum öffentlichen Verkehr, zu Geschäften, etc. bietet. Dies könnte unter Umständen zu kostensparenden Synergien führen.

3.2.1.3 Teilstationäres Angebot

Gerade ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung, sei es nun eine beginnende Demenz oder eine Depression, stehen nicht selten vor der Situation, dass eine alleinige ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend ist, aber andererseits die psychiatrische Hospitalisation als zu gravierender Schritt angesehen wird. Nicht selten führt dies zu einer Verzögerung der notwendigen Behandlungsmassnahmen und Hilfestellungen.

Um diese Lücke zu schliessen, haben die Psychiatrischen Dienste im Frühjahr 2001 eine Gerontopsychiatrische Tagesklinik in Solothurn eröffnet. Dabei handelt es sich um ein regionales Angebot, das für Nutzerinnen und Nutzer zum Beispiel aus der Region Olten mit langen Anfahrtswegen verbunden war. Zusammen mit den Planungsschritten für die Memory Klinik konnte nun auch der Weg für eine Tagesklinik in Olten freigemacht werden, zumal sich beide Angebote ergänzen.

In Solothurn und in Olten werden je 12 Plätze angeboten. Die Tagesklinik-Behandlung eignet sich für Menschen, die, eventuell unterstützt durch Angehörige oder Spitex, noch in der Lage sind zu Hause zu leben, gleichzeitig aber von der Struktur der tageweisen psychiatrischen Behandlung profitieren. Diese Bereiche arbeiten eng mit den Heimen, Spitälern, Spitex und Hausärzten zusammen. Ein professionelles, interdisziplinäres Bereichsteam bietet unter anderem den Partnern im Versorgungsnetz Konsiliar- und Liaisondienste sowie Teambesprechungen und Fortbildungen an.

3.2.1.4 Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst

Entsprechend der längerfristigen strategischen Ausrichtung der Spitäler geht auch die solothurnische Heimplanung davon aus, dass die Spitäler keine Langzeitabteilungen mehr führen, sondern sich allenfalls noch auf einen sehr geringen Anteil so genannter „Puffer-Betten“ beschränken. Diese sind für Patienten vorzusehen, die nach einer Akut-Spitalbehandlung auf einen Platz in einem Alters- und Pflegeheim warten.

So wichtig diese klare Aufgabenteilung respektive die Beschränkung der Spitäler auf ihre Kernaufgaben ist, so sehr setzt dies aber auch voraus, dass im Langzeitbereich, also in den Alters- und Pflegeheimen, genügend Kapazitäten zur Verfügung stehen. Heute sind die Heime in der Lage auch schwerstpflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner aufzunehmen, zu pflegen und zu betreuen.

Um den Teams in den Alters- und Pflegeheimen bei der Betreuung der Patientengruppen aus dem gerontopsychiatrischen Bereich eine Hilfestellung zu geben und auch um die Hausärzte in der Behandlung zu unterstützen, bietet der Bereich Gerontopsychiatrie der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn seit über 3 Jahren einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst an. Dabei sind es in der Regel weniger die kognitiven Defizite als vielmehr emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, welche den Anlass zu einer konsiliarischen Beratung bilden. Diese Störungen, etwa lautes, permanentes Rufen, aggressives oder verweigerndes Verhalten bei Pflegeverrichtungen, Suizidalität etc. sind im Heim schwer zu handhaben und stellen meist eine grosse Belastung für Teams und Heimmitbewohner dar. Nicht selten ist der Verbleib im Heim grundsätzlich in Frage gestellt.

In diesen Fällen bietet die PDKS – entsprechend dem Konsiliarprinzip, stets im Auftrag des Hausarztes – eine Konsultation an, die meist auch eine Beratung des Pflegeteams, gegebenenfalls auch die Einbeziehung von Angehörigen mit einschliesst. Zudem wird zu Händen des Hausarztes ein Bericht mit Therapie-Empfehlungen erstellt. Dadurch gelingt es nicht selten, eine Situation zu entspannen und eine psychiatrische Hospitalisation zu vermeiden. In anderen Fällen kann eine aktive Entlastung des Heimes durch eine psychiatrische Hospitalisation im Sinne einer Krisenintervention notwendig sein.

3.3 Übergangspflege

3.3.1 Ziele der Übergangspflege

Die Übergangspflege ist ein Pflegekonzept und kann auch in der Rehabilitation eingesetzt werden. Die Übergangspflege reiht sich zwischen Rehabilitation und Kur ein. Im Deutschen Sprachraum wurde die Übergangspflege stark von Erwin Böhm geprägt. Zentral bei der Übergangspflege nach Böhm ist die reaktivierende Pflege, diese basiert auf der Reversibilitätstheorie (Böhm, 1990).

Ziele der Übergangspflege:

- Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Akutspital
- Erlangen der nötigen Selbständigkeit für eine Entlassung nach Hause
- Vermeiden von Rehospitalisationen (Verhinderung des Drehtüreffektes)
- Verzögerung oder/und Verhinderung eines Pflegeheimeintrittes
- Langfristige Sicherung der Heilerfolge

3.3.2 Patientenprofil

- Der Patient ist nach einer Intervention im Akutspital noch nicht in der Lage, den Alltag zu Hause mit den zur Verfügung stehenden Hilfen wie Angehörige, Spitex zu bewältigen.
- Der Patient kann die Aktivitäten des täglichen Lebens noch nicht wieder ausführen. Als Basis gilt der Selbstständigkeitsgrad vor dem Ereignis, das zur Hospitalisation führte.
- Der Patient hat keinen Bedarf an akutmedizinischer oder akutgeriatrischer Abklärung und Behandlung oder Rehabilitation. Sein Zustand ist medizinisch stabil und voraussehbar.
- Der Patient kann und will nach der aktuellen Einschätzung nach der Übergangspflege wieder nach Hause.
- Der Patient hat einen befristeten pflegerischen Interventionsbedarf über 24-Stunden.
- Der Patient hat ausreichende kognitive Fähigkeiten um gezielte Information über die Ziele und Inhalte der Übergangspflege zu verarbeiten.

- Der Patient und seine Angehörigen sind motiviert, auf einen Austritt nach Hause hinzuarbeiten.

3.3.3 Ausschlusskriterien

Trifft eine der folgenden Kriterien zu, ist eine Überweisung in die Übergangspflege nicht indiziert:

- Der Patient kann nicht zu Hause betreut/gepflegt werden, d.h. ein Austritt nach Hause ist nicht möglich.
- Der Patient ist medizinisch und/oder psychisch instabil und benötigt Leistungen eines Akutspitals und/oder einer Spezialklinik.
- Der Patient kann das Leistungsangebot der Übergangspflege innerhalb des definierten Zeitraums nicht effizient nutzen.
- Der Rehabilitationsbedarf des Patienten übersteigt das Leistungsangebot der Übergangspflege.

3.3.4 Dauer

Die Übergangspflege dauert in der Regel zwölf Wochen und kann in begründeten Fällen um maximal eine Woche verlängert werden.

3.3.5 Anforderungen an die Strukturen und an das Personal:

- Übergangspflege soll wohnortsnah stattfinden. Die Möglichkeit zu Hausbesuchen mit dem Patienten muss gewährleistet sein.
- Physio- und Ergotherapieleistungen müssen im Haus erbracht werden.
- Die dauernde Präsenz des ärztlichen Dienstes ist nicht nötig.
- Reaktivierende Pflege erfordert einen erhöhten Stellenplan und speziell geschultes Pflegepersonal (mindestens 50 %).

Die Übergangspflege könnte anstelle der Pufferbetten in der Langzeitabteilung integriert werden, und würde eine Lücke im Angebot der Betreuung der betagten Bevölkerung schliessen.

3.4 Palliativpflege- und -betreuung

Aufgrund des späten Heimeintrittes (durchschnittlich im Alter 85) und der kurzen Verweildauer (durchschnittlich 2.7 Jahre) kommt der Palliativpflege und -betreuung eine zunehmende Bedeutung zu. Sie befasst sich mit der ganzheitlichen Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen. Im Mittelpunkt steht dabei die Linderung der belastenden Beschwerden und nicht der Kampf gegen die Krankheit. Palliativpflege und -betreuung umfasst sowohl medizinische Behandlungen, körperliche Pflege als auch psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung. Ziel ist es, die Lebensqualität der kranken Menschen bis zuletzt zu erhalten.

Ein Bedarf nach Palliativpflege und -betreuung besteht dabei selbstverständlich nicht ausschliesslich bei älteren Menschen. Gerade auch bei jüngeren unheilbar kranken und sterbenden Menschen kommt der Palliativpflege eine äusserst wichtige Bedeutung zu.

Palliativpflege und -betreuung muss dabei im Zusammenhang mit verschiedenen Massnahmen betrachtet werden. Es geht darum, die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod und die Kompetenzen im Umgang mit unheilbar kranken und sterbenden Menschen in den verschiedenen Bereichen der Altersversorgung zu fördern. Neben der Beratung von Betroffenen und pflegenden Angehörigen zu Hause und der Vermittlung von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige sind Schulungsangebote für Angehörige sowie Professionelle im ambulanten und im stationären Bereich besonders wichtig.

Zur Zeit ist eine Arbeitsgruppe dabei im Kanton Solothurn ein Netzwerk „palliative care“ aufzubauen.

4. Heimplanung 2012

4.1 Ausgangslage

Am 20. Februar 2001 wurde die Heimplanung 2005 vom Kantonsrat beschlossen. Die Planung wurde auf der Basis der über 80jährigen Bevölkerung im Jahr 2012 ausgerichtet. Entgegen unserem Antrag wurden nicht zwölf beziehungsweise fünf Heimkreise gebildet, sondern beschlossen, dass das gesamte Kantonsgebiet einen Heimkreis (Einkreismodell) bildet. Gleichzeitig wurde auch ein Baumoratorium bei 2'600 Betten festgelegt.

Die Bettenzahl von 2'600 wird Ende 2005 mit 2'595 Betten leicht unterschritten. Dies auch deshalb, weil sich bewilligte Bauprojekte verzögert haben. Bei vielen Bewilligungen in den Jahren 2001-2005 handelte es in der Regel jedoch bloss um Erweiterungen im kleinen Rahmen und um Sanierungen. Zwei grössere Projekte wurden bewilligt, das private Projekt "Bornblick" in Olten und die Umwandlung des Bezirkspitals Dorneck-Thierstein in das "Zentrum Passwang" mit einer Erweiterung des Bettenangebotes. Dieses Projekt umfasst eine spezifische Einrichtung für demenzkranke Menschen. Daneben wurde ein kleines Pflegewohnheim in Hofstetten-Flüh eröffnet und eine Wohngruppe für demenzkranke Menschen in Grenchen. Beide Heime konnten in die Heimliste aufgenommen werden.

Das Einkreismodell erschwerte die Planung, denn häufig wurden Projekte in Regionen angemeldet, deren Bedarf an Pflegebetten mehr als gedeckt erscheint.

Mit der Heimplanung 2012 wird nun den geänderten Gegebenheiten Rechnung getragen. Die Heimplanung 2012 bildet somit die modifizierte Grundlage für

- Bewilligungen nach § 4 des Alters- und Pflegeheimgesetzes vom 2. Dezember 1990 (APHG, BGS 838.11). Danach wird eine Bewilligung nur erteilt, wenn ein Bedarf nachgewiesen und eine zweckmässige und ganzheitliche Pflege und Betreuung gewährleistet ist.
- die nach Art. 39 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) zu erstellende Heimliste.

4.2 Rechtsgrundlagen

4.2.1 Kantonsverfassung

Nach Art. 101 Abs. 1 der Kantonsverfassung vom 8. Juni 1986 (KV; BGS 111.1) führt der Kanton allein oder mit anderen Trägern Spitäler und Heime, wobei nach Art. 101 Abs. 3 KV alle privaten und öffentlichen Spitäler und Heime unter der Aufsicht des Kantons stehen.

4.2.2 Alters- und Pflegeheimgesetz

Das APHG regelt den stationären Bereich der Altersbetreuung und Langzeitpflege. Nach § 1 APHG sind das Errichten und der Betrieb von Alters- und Pflegeheimen allein Aufgabe der Einwohnergemeinden. Der Kanton kann eigene Heime oder Langzeitabteilungen in Spitälern führen.

Aufgrund der heutigen Aufgabenteilung führt der Kanton noch Langzeitpflegeabteilungen in Spitälern, aber grundsätzlich keine Alters- und Pflegeheime mehr. Die Heime haben alle eigene kommunale oder gemeindenahe und private Trägerschaften in Form von Zweckverbänden, Vereinen, Stiftungen, Genossenschaften oder Aktiengesellschaften. Mit der Aufgabenreform „so-

ziale Sicherheit“ zahlen die Einwohnergemeinden auch alle öffentlich-rechtlichen Aufwendungen, soweit sie überhaupt noch gesetzlich vorgesehen sind.

4.2.3 Entwurf zu einem Sozialgesetz

§ 137 ff EntwSozG regeln Grundlagen und Grundsätze, die unter anderem auch im Zusammenhang stehen mit der stationären Pflege in Heimen, Wohngemeinschaften und anderen Langzeitpflegeinstitutionen.

Grundsätzlich sorgen die Einwohnergemeinden für ein bedarfsgerechtes Angebot. Gemäss § 141 EntwSozG bestimmen die Einwohnergemeinden eine Ansprechstelle für Altersfragen und fördern mit Beiträgen Projekte zum Alter und zur Alterskultur.

4.2.4 Bundesgesetz über die Krankenversicherung

Nach Art. 39 KVG werden Leistungen der Krankenversicherung für die Langzeitpflege in den Alters- und Pflegeheimen ausgerichtet, wenn die entsprechenden Institutionen auf der Heimliste des Kantons aufgeführt sind.

Die Zulassung kann erfolgen, wenn die Institutionen

- ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- über die zweckentsprechende medizinische Einrichtung verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

4.3 Auftrag

Nach § 6 APHG legt der Kanton in Zusammenarbeit mit den Einwohnergemeinden die wichtigsten Grundsätze seiner Heimpolitik in einem Plan nach Art. 73 KV fest.

Der Plan (Heimplanung) enthält insbesondere Angaben über:

- Ziele der Heimpolitik
- Bedarf
- Heimkreise
- Ist- und Soll-Zustand der Heime im Kanton Solothurn verbunden mit entsprechenden Massnahmen (Organisation, Finanzen).

4.4 Ziele der Pflegeheimpolitik

Laut Age Report 2004¹ wird das Bild von Alters- und Pflegeheimen als Einrichtungen "für sonst nicht lösbare Altersprobleme" deutlich. Nur wenige der befragten Personen erachten das Heim als positive Wohnmöglichkeit, sondern mehrheitlich als eine Wohnform, die im Notfall akzeptiert werden muss. Ausdruck dieser Haltung ist, dass das klassische Altersheim ausgedient hat.

¹ Age Report 2004, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, François Höpflinger, S. 120

Solothurnische Alters- und Pflegeheime sind mehr als nur eine „Lösung im Notfall“. Bewohnerinnen und Bewohner können dort autonom und selbständig, aber in einem geschützten Rahmen ("es ist jemand für mich da, wenn ich ihn brauche") leben.

Veränderungen in den Ansprüchen nachkommender Generationen fordern schon heute Trägerschaften, Heimleitungen und Personal heraus. Diese Tendenz wird in Zukunft noch zunehmen.

Daraus resultieren **10 Leitsätze** zur solothurnischen Langzeitpflege in Heimen

4.4.1 Alterszentren bilden

Als Ausdruck der Vernetzung sind Heime verstärkt als Altersstützpunkte/Alterszentren auszugestalten, welche im und um das Heim eine Palette von Dienstleistungen der Altersvorsorge und –betreuung anbieten. Vor einem Heimeintritt sind neue Instrumente der Prävention, neue Wohnformen und vor allem die ambulante Pflege – soweit sie aufgrund der einzelnen Lebenssituationen überhaupt möglich ist und sich gegenüber der Pflege und Betreuung im Alters- und Pflegeheim als wirtschaftlicher erweist – zu prüfen.

4.4.2 Pensionsbetten in Pflegebetten umwandeln - Langzeitpflege in Spitälern aufheben

Das heutige Alters- und Pflegeheim wird zum Pflegeheim. Für nicht pflegebedürftige oder nur leicht pflegebedürftige ältere Personen gibt es andere Wohn-, Betreuungs- und Pflegeformen. Allerdings soll es niemandem verwehrt werden, in ein Alters- und Pflegeheim einzutreten.

Auf Langzeitpflegeabteilungen in den Spitälern, einschliesslich der Psychiatrie ist - wie schon mit der Heimplanung 2005 eingeleitet - zu verzichten. Der Abbau der noch bestehenden Betten ist in den kommenden Jahren stärker voranzutreiben. Hingegen wäre eine Umwandlung der "Pufferbetten" im Rahmen der "Übergangspflege" oder für besondere "spitalnahe" Pflegeformen zu überlegen.

4.4.3 Besondere Ausprägung der Pflegebedürftigkeit verstärkt berücksichtigen

Neue Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit (hochbetagte Menschen, Menschen mit Behinderungen, Frauen sowie Migrantinnen und Migranten) stellen neue Herausforderungen in Heimen dar.

4.4.4 Besonderen Betreuungs- und Pflegeformen entwickeln

Den besonderen Betreuungs- und Pflegeformen (Demenz, Gerontopsychiatrie, Übergangspflege und Palliativpflege und -betreuung) ist verstärkt Rechnung zu tragen.

4.4.5 Durchmischung in Pflegeheimen fördern

Der Leitsatz der Durchmischung bekommt eine neue Dimension. Die Heimplanung 2005 ging noch von einer anzustrebenden Durchmischung von nicht pflegebedürftigen Alterspensionären und pflegebedürftigen Personen aus. Nunmehr wird unter Durchmischung verstanden, dass im gleichen Pflegeheim in der Regel mittel- bis schwerpflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner, unabhängig ihres Geschlechtes, ihrer Herkunft, usw. aufgenommen werden.

Für demenzbetroffene Personen zum Beispiel ist dieses Modell nicht immer geeignet. Hier sind spezielle Wohngruppen (durchaus im "durchmischten" Pflegeheim selbst), Wohngemeinschaften oder besondere Einrichtungen (Demenzzentren) besser geeignet.

4.4.6 Eigenverantwortung und Normalisierung anstreben

Jede Betreuung neigt zu verstärkten Abhängigkeiten. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime sollen deshalb

- im Rahmen ihrer Möglichkeiten über sich selbst bestimmen.
- ein ihrer Persönlichkeit und ihrem Gesundheitszustand entsprechendes normales und aktives Leben führen können. Ihre bisherigen Gewohnheiten und der gewohnte Rhythmus ihrer Lebensweise sollen soweit als möglich respektiert werden.
- bei ihren vorhandene Ressourcen "abgeholt" werden, die zu erhalten und zu fördern sind.

4.4.7 Grundangebot und Basisqualität sichern

Die Betreuung und Pflege sind nach allgemein anerkannten Qualitätsnormen (z.B. von Fach- oder Berufsverbänden) auszurichten. Die notwendige soziale, ärztliche, therapeutische und pflegerische Versorgung muss jederzeit gewährleistet sein. Diese wird mit Hilfe der Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität“ des Departementes des Innern überprüft. Die Richtlinien werden zur Zeit von den Alters- und Pflegeheimen umgesetzt und treten am 1. Juli 2006 definitiv in Kraft.

4.4.8 Bedarfserfassung RAI/RUG weiterentwickeln

Das KVG-konforme – Bedarfserfassungsinstrument RAI/RUG gilt weiterhin und wird laufend weiterentwickelt.

4.4.9 Kosten- und Leistungsrechnung verbessern

Die vom Bundesrat verordnete einheitliche Ermittlung der Kosten und Erfassung der Leistungen im Pflegeheimbereich muss konsequent fortgesetzt und verbessert werden. Die Kostenrechnung in Verbindung mit der Bedarfserfassung bildet eine unerlässliche und verlässliche Grundlage für Tarifverhandlungen mit *santésuisse*.

4.4.10 Controlling sicherstellen

Die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen werden durch Vergleich mit anderen Institutionen regelmässig überprüft (Controlling und Benchmarking).

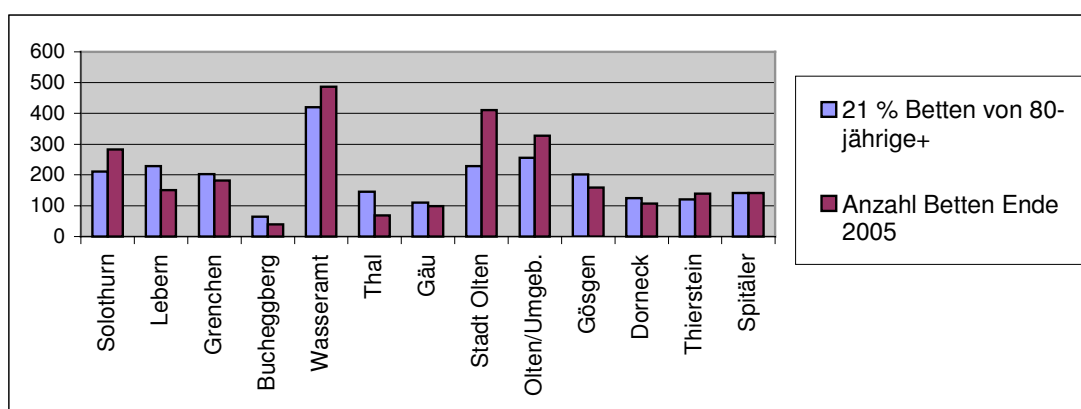
4.5 Bedarf

4.5.1 Bisheriges Bettenangebot

Die Heimplanung 2005 rechnete auf der Basis von 12'300 Personen 80+ mit einem Bettenbedarf von 21 % oder aufgerundet 2600 Betten, davon 20.5% in Heimen und 0.5% in Spitälern per 2012.

Ende Dezember 2004/2005 bedeutete dies in Zahlen:

Bezirk	80Jährige+ Stand 31.12.04	Davon 20.5% Betten	Anzahl Betten Ende 2005	Abweichung
Solothurn	1'006	206	283	77
Lebern	1'089	223	151	-72
Grenchen	965	198	182	-16
Bucheggberg	306	63	40	-23
Wasseramt	1'999	410	486	76
Thal	691	142	69	-73
Gäu	542	111	99	-12
Stadt Olten	1'092	224	411	187
Olten	1'213	249	328	79
Gösgen	958	196	159	-37
Dorneck	594	122	107	-15
Thierstein	570	117	139	22
Spitäler	0.5%	55	141	86
Total	11'025	2'316	2'595	279



Ende 2005 beträgt das Total an vorhandenen Betten, zusammen mit den Langzeitbetten, 2'595.

Fazit: Die planerische Bettenzahl von 2'600 per 2012 auf der Basis von 12'300 Personen ist bereits im Jahre 2005 erreicht, obwohl die Anzahl der 80+-Personen erst 11'025 beträgt. Der Anteil an Pflegebetten beträgt somit aktuell 23.5%.

Gemessen an der Zahl der 80+-Personen und der Bettenzahl im Jahre 1997 von 24% (bei 10'000 Personen 2'400 Betten) resultiert immerhin eine Reduktion der relativen Bettenzahl um 0.5%.

Vergleicht man die vorhandenen Betten in den Bezirken und Städten, fällt jedoch folgendes auf:

- Die Stadt Solothurn weist mit 283 Betten rein rechnerisch einen Überschuss von 73 Betten auf. Das Alters- und Pflegeheim Rosengarten wird aber 2006 seinen Standort nach Bellach verlegen, d.h. in Solothurn fallen 15 Betten weg,
- Die Stadt Grenchen verfügt über 182 Betten, d.h. es fehlen rund 16 Betten. Es ist ein Projekt mit 17 Betten geplant; zudem wurde eine kleine Wohngemeinschaft für Demenzzranke (9 Betten) eröffnet und anfangs Juli 2005 in die Heimliste aufgenommen;

- Im Bezirk Lebern fehlen rechnerisch 72 Betten, die gegenwärtig mit dem Überangebot in der Stadt Solothurn kompensiert sind. Im Bezirk Lebern kommen zudem 30 Betten hinzu.
- Im Bezirk Bucheggberg fehlen bei einem gegenwärtigen Bestand von 40 Betten 23 Betten;
- Der Bezirk Wasseramt ist mit 486 Betten rein rechnerisch mit 76 Betten übertensorgt. Es wurde eine Demenzeinrichtung mit Tagesstätte eröffnet, ein weiteres Angebot für demenzkranke Menschen wird zur Zeit in einem weiteren, bereits bestehenden Heim realisiert. Im Laufe von 2006/2007 sollen im Wasseramt trotzdem noch rund 36 Betten hinzukommen.
- Im Bezirk Thal fehlen rund 70 Betten; in Balsthal wird eine Demenzeinrichtung im bereits bestehenden Heim geplant;
- Der Bezirk Gäu ist mit 99 Betten statt 110 Betten leicht unterversorgt. Hier bestehen im Rahmen der gegründeten Heimregion Gäu bereits konkrete regionale Erweiterungspläne;
- Stadt und Bezirk Olten sind mit insgesamt 739 Betten rein rechnerisch mit 266 Betten stark übertensorgt. Auch wenn damit die fehlenden Betten des Bezirks Gösge abdeckt werden können, bleibt die Übertensorgung überdurchschnittlich.
- Im Bezirk Gösge fehlen bei einem Bestand von 159 Betten 37 Betten.
- Im Bezirk Dorneck/Thierstein ist die Bettenzahl mit 246 Betten ausgewogen; in Dornach ist ein Projekt in Planung.

Fazit: Wegen des gewählten Einkreismodells hat sich das Bettenangebot im innerkantonalen Verhältnis verstärkt Richtung Olten entwickelt.

4.5.1.1 Exkurs: Langzeitpflegebetten in den Spitälern

Mit RRB Nr. 825 vom 8. April 1997 wurde "aufgrund des raschen Wandels im Gesundheits- und Spitalwesen" und aufgrund der Vorgaben der Heimplanung '93 die Aufgabe der Spital-Langzeitpflege neu definiert. Die Aufgabe der Spitallangzeitpflege an den somatischen Spitälern, aber auch in der Psychiatrie wurde auf eine "Pufferfunktion" und befristete Aufnahmebereitschaft reduziert. Explizit: "Um den neuen Leistungsauftrag zu erfüllen, haben die somatischen Spitäler und die Psychiatrischen Dienste nur noch ein absolutes Minimum an Langzeitpflegebetten zu führen". Davon ausgenommen wurden 30-50 Langzeitpflegebetten der Gerontopsychiatrie. Für die beiden Spitäler im Schwarzbubenland entfiel vorerst die Pflicht "zur raschen Rückverlegung der Pflegepatientinnen und -patienten in die regionalen Alters- und Pflegeheime", weil beide Spitäler "hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit des Gesamtbetriebes auf die Führung einer Langzeitpflegestation" angewiesen seien. Inzwischen wurde das Spital Breitenbach geschlossen. Das daraus neu entstehende Zentrum Passwang umfasst neben einer demenzspezifischen Einrichtung einen Alters- und Pflegeheimbereich sowie ein breites Spektrum an weiteren, vor allem ambulanten Dienstleistungsangeboten.

Mit der in RRB Nr. 825 vom 8. April 1997 verdeutlichten Planung, die Langzeitpflegebetten in den Spitälern auf 100 Betten (50 somatische, 50 gerontopsychiatrische) zu beschränken, ist ein weiterer Abbau um 140 Betten im Langzeitpflegebereich der Spitäler eingeleitet. Damit soll auch eine ganz klare Trennung zum Akutbereich – vor allem zur Rehabilitation geschaffen werden. Die Heimplanung 2005 nahm diesen Gedanken auf und postulierte klar, dass sich Spitäler auf den Akutbereich und nicht auf die Langzeitpflege zu konzentrieren hätten. Die Vorgaben wurden teilweise mangelhaft umgesetzt. Eine besondere Stellung kommt dem "Pflegeheim" Fridau zu. Es wird immer noch als Teil der PDKS im Rahmen der Spitäler AG geführt. Diese Konstellation ist atypisch. Die unerwünschte Durchmischung von medizinischen und langzeitpflege-

rischen Massnahmen ist zu trennen, nicht zuletzt auch aus Gründen der unterschiedlichen Finanzierungssysteme.

Entwicklung Langzeitbetten in Spitälern

Spitäler	Ort	Bettenanzahl 2003	Bettenanzahl 2004
Kantonsspital	Olten	7	0
Bürgerspital	Solothurn	25	25
Spital	Dornach	18	18
Bezirksspital	Breitenbach	40	0
Spital	Grenchen	1	1
Allerheiligenberg		22	22
PDKS	Solothurn	44	20
Fridau	Egerkingen	55	55
Total		212	141

Immerhin kommt der seit 1994 eingeleitete kontinuierliche Abbau von Langzeitpflegebetten in den Spitälern voran. Er führt aber nicht einfach zu einem Minderbedarf an Pflegebetten. Vielmehr werden diese Betten zum grössten Teil vom medizinisch dominierten Bereich in den pflegerisch-sozialen Bereich umgelagert. Die betroffenen Menschen werden dabei weiterhin adäquat und fachlich betreut und gepflegt.

Fazit: In den Spitälern gibt es trotz der Vorgaben der Heimplanung 2005 immer noch zu viele Langzeitbetten (Stand 2004: 141 statt 55). Geht man davon aus, dass die nach wie vor in das Spital der PDKS integrierte "Fridau Egerkingen" faktisch keine Abteilung eines Akutspitals, sondern ein Heim mit 55 Betten ist, reduziert sich das Überangebot in Spitälern auf 31 Betten. Namentlich das Spital Dornach, aber auch das Bürgerspital Solothurn weisen aufgrund der Vorgaben zu viele Langzeitbetten aus.

Vorbehalten bleiben ausdrücklich integrale geriatrische Behandlungs- und Pflegemodelle im Zusammenhang mit der Interkantonalen Zusammenarbeit. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass eigene regionale oder kommunale Pflegeangebote nicht konkurrenziert werden.

4.5.2 Neues Bettenangebot

4.5.2.1 Bevölkerungsentwicklung - Prognosen bis 2020

Das Bundesamt für Statistik hat Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz, der Kantone und der Grossregionen von 2002 bis 2040 entwickelt. Gemäss dem Szenario „Trend“¹ wird die Bevölkerung der Schweiz nur noch schwach wachsen und rasch altern. Die Wohnbevölkerung nimmt in der Schweiz bis 2040 um rund zwei Prozent zu. Dabei wird das Wachstum bis ins Jahr 2026 auf 7,56 Millionen, durch einen Rückgang bis 2040 auf 7,4 Millionen teilweise aufgehoben.

Kennzeichnend für die nächsten Jahrzehnte ist gemäss dem Szenario „Trend“ zudem eine Konzentration der Bevölkerung in den grossen Agglomerationen bei gleichzeitiger Entvölkerung der Randregionen. Diese Veränderungen in der Demographie unseres Landes vollziehen sich stetig und sind kurzfristig nicht beeinflussbar. Umso bedeutsamer sind ihre Folgen in sozialen, kulturellen, ökonomischen und anderen Bereichen, die ihrerseits politischen Handlungsbedarf nach sich ziehen können. Die stärksten Auswirkungen werden jedoch erst in den nächsten Jahrzehnten erwartet (bis 2025/2040)².

¹ Das Szenario Trend entspricht der Fortsetzung der jüngsten demographischen Entwicklungen unter Berücksichtigung der zur Zeit voraussehbaren politischen Veränderungen.

² Wenn die Generation der „Babyboomer“ die Hochaltrigkeit erreicht.

Für die Alterspolitik ist vor allem der steigende Anteil der über 80jährigen relevant, da diese Gruppe häufig auf Pflege und Betreuung angewiesen ist. Aufgrund der Zunahme von betagten, pflegebedürftigen Menschen muss die Anzahl der altersgerechten Dienstleistungen angepasst werden. Die Alterspolitik hat dafür zu sorgen, dass das entsprechende Angebot vorhanden ist.

Für den Kanton Solothurn wird aus den „Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000-2060“ des Bundesamtes für Statistik von folgenden Wachstumsraten für die Bevölkerung ausgegangen.

Bevölkerungsprognose Zunahme in %

	Total Personen 2004	Total Personen 2010	Total Personen 2020	Anteil in % 2020
70-74	10'286	11'026	13'176	28.1 %
75-79	8'309	8'916	10'552	27.0 %
80-84	6'101	7'211	7'608	24.7 %
85-89	3'194	3'670	3'897	22.0 %
90+	1'730	1'903	2'180	26.0 %

Aufgrund des Szenarios werden im Jahr **2010** im Kanton Solothurn rund **12'800** über 80jährige Personen leben oder rund 500 Menschen mehr als noch vor 5 Jahren prognostiziert.

Im Jahr **2020** wird sich diese Zahl auf **13'700** über 80jährige Personen erhöhen.

Demographische Zahlen auf lange Sicht sind allerdings mit Vorsicht zu geniessen. Grosse, kurzzeitige Schwankungen konnten nicht immer vorausgesagt werden, beispielsweise der "Baby Boom" nach dem Zweiten Weltkrieg oder der sogenannte "Pillenknick". Bei den für die Heimplanung relevanten Altersgruppen kann jedoch über einen Zeitraum von 20 Jahren - Katastrophen, Kriege und Krankheiten ausgeschlossen - von stabilen Prognosen ausgegangen werden.

4.5.2.2 Medizinisch-gesundheitliche Gründe

Die demographische Entwicklung im Hinblick auf das Jahr 2020 führt nicht nur wegen geburtenstarker Jahrgänge, sondern vor allem wegen der verbesserten medizinischen und sozialen Grundversorgung zu einer stärkeren Zunahme der älteren Bevölkerung. So wird die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer und Frauen zwar weiterhin steigen. Bereits die heutigen Erfahrungen zeigen aber, dass die betagten Menschen später in Heime eintreten. Diese Entwicklung widerspiegelt, dass eine unreflektierte Fortschreibung der heutigen Situation zu falschen Annahmen führt.

4.5.2.3 Subjektive Elemente

Mit der steigenden Lebenserwartung geht auch ein Wertewandel einher. Aufgrund von Untersuchungen und Befragungen sind offensichtlich die heute 20 bis 80jährigen Personen der stationären Altershilfe gegenüber in hohem Mass skeptisch eingestellt. Obwohl dies nicht einfach quantifizierbar ist, ist es ein Hinweis darauf, dass vor allem der Eintritt in ein Altersheim als nicht pflegebedürftige Person im Sinken begriffen ist. Daraus resultiert indirekt eine "stille Reserve" von heutigen Pensionsbetten, die in Pflegebetten umgewandelt werden können. Deshalb ist der Bedarf auch aus dieser Sicht zurückhaltend zu beurteilen.

4.5.2.4 Würdigung der Lehre

Gemäss Aussagen von François Höpflinger und Valérie Hugentobler (Pflegebedürftigkeit in der Schweiz) ist eine lineare demographische Projektion problematisch. Für die Periode 2000 bis 2020 wird deshalb mit einer moderaten Reduktion der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit

gerechnet. Veränderungen in der Arbeitswelt (weniger Seniorinnen und Senioren aus Industrieberufen mit vorzeitigen, irreversiblen körperlichen Einbussen, eher verbesserte Gesundheitsbiographie bei jüngeren Menschen) und präventive beziehungsweise rehabilitative medizinische Fortschritte lassen in den nächsten Jahrzehnten eine Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten als wahrscheinlich erscheinen.

Es werden folgende Annahmen getroffen:¹

- In der Gruppe der 70 bis 79jährigen wird von einem moderaten Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquote bis 2020 um 20 % ausgegangen; ein Szenario, welches beispielsweise durch gesamtschweizerische durchgeführte präventive geriatrische Hausbesuche realisiert werden könnte. Selbst im Fall geringerer präventiver Erfolge scheint in dieser Altersgruppe und aufgrund von Fortschritten bei Rehabilitationsmassnahmen ein Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquote um 15-20 % als durchaus realistisch;
- Bei den 80 bis 85jährigen wird – primär aufgrund erhöhter Multimorbidität – eine etwas geringere Reduktion angenommen, bis 2020 um 15 %. Ein Grund ist auch, dass es sich hier im Jahre 2020 noch um ältere Geburtsjahrgänge handelt (80jährig im Jahre 2020 = Geburtsjahrgang 1940), welche noch stärker industriell geprägt sind;
- Bei den über 85jährigen wird von einer Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquote bis 2020 um 10 % ausgegangen, was relativ optimistisch ist. Die Hochaltrigen umfassen erstens noch Geburtsjahrgänge mit oft starken körperlichen Arbeitsbelastungen in ihren Erwerbsjahren. Zweitens ist im hohen Lebensalter – auch unter günstigen Umständen – eher mit einer zeitlichen Verzögerung der Pflegebedürftigkeit als mit einer endgültigen Prävention zu rechnen, weil aufgrund zunehmender Multimorbidität rehabilitative und kompensatorische geriatrische Strategien auf Grenzen stossen.

Höpflinger/Hugentobler ziehen folgenden Schluss: An Stelle einer Zunahme der Zahl von Pflegebedürftigen bis 2020 um 30 % erscheint eine Zunahme gegenüber der heutigen Zahl von maximal 20 % als realistisch; unter günstigen Umständen könnte der Anstieg gar tiefer liegen.

Altersgruppen	70-74	75-79	80-84	85+
Entwicklung der Pflegebedürftigkeitsquote:				
2000-2010	- 10 %	- 10 %	- 7 %	- 5 %
2000-2020	- 20 %	- 20 %	- 15 %	- 10 %
Resultierende Pflegebedürftigkeitsquoten:				
2000	5-6 %	8-10 %	18-20 %	30-35 %
2010	4.5-5.5 %	7.2-9 %	16.7-18.6 %	28.5-33.3 %
2020	4.0-4.8 %	6.4-8 %	15.3-17 %	27.0-31.5 %

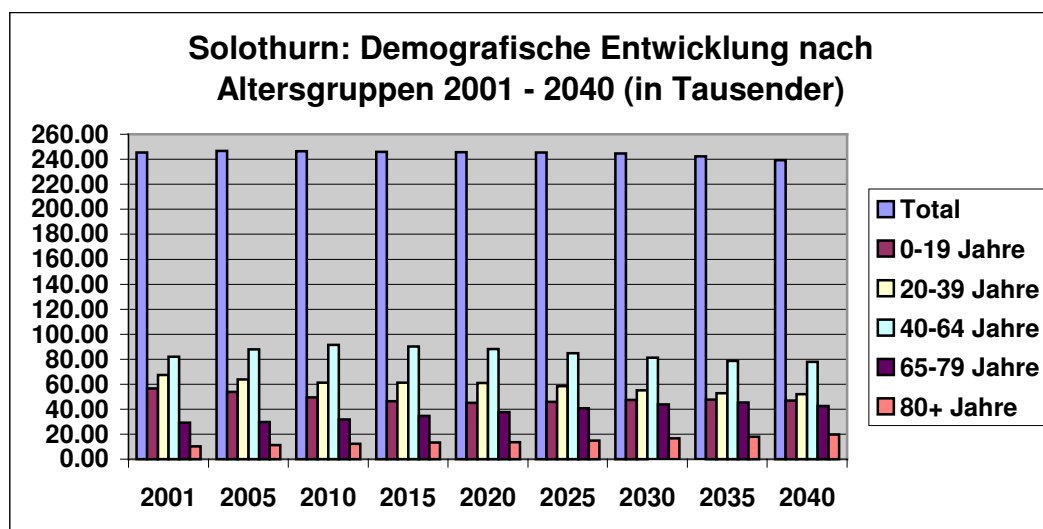
¹ François Höpflinger/Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert

Altersgruppen	70-74	75-79	80-84	85+	Total über 80jährige
Entwicklung der Pflegebedürftigkeitsquote:					
2000-2010	- 1'023	- 843	- 439	- 257	
2000-2020	- 2'282	- 1'850	- 970	- 539	
Resultierende Pflegebedürftigkeitsquoten:					
2000	482-578	635-795	959-1'066	1'411-1'646	2'712*
2005	490-592	638-798	1'082-1'204	1'500-1751	2'955*
2010	496-606	642-802	1'204-1'341	1'588-1'856	3'197*
2020	527-632	675-844	1'164-1'293	1'641-1'914	3'207*

* = Pflegebedürftigkeitsquote 2000-2020

Diese Pflegebedürftigkeitsquote lässt aber keinen Schluss auf die Anzahl von Heimbetten zu, da sie die langzeitliche Pflegebedürftigkeit an sich ausweist. Die Ergebnisse lassen sich aber verwenden um die **Steigerungsrate** auf der Basis der bisherigen Bettenzahl festzustellen

Tabelle demographische Entwicklung von 2001 - 2040



4.5.2.5 Festlegung des "Planungsalters"

Die Heimplanung 2012 verwendet wie die Heimplanung 2005 die statistischen Bevölkerungsgruppen der 80jährigen und älteren Personen (**80+**).

Zwar liesse sich aufgrund des aktuellen durchschnittlichen Heimeintrittsalters auch vom Alter 85+ ausgehen. Dieser Wechsel erscheint aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch verfrüht und liesse einen Vergleich mit der Heimplanung 2005 nicht mehr zu. Zudem handelt es bei dieser Planungsgrösse um eine Durchschnittszahl im Rahmen einer Bandbreite von 65 bis 95, welche somit auch Menschen umfasst, die jünger als 80 Jahre alt sind.

Damit ist aber gleichzeitig ausgedrückt, dass die Kategorie der **unter-65jährigen** pflegebedürftigen Personen grundsätzlich nicht Teil dieser Heimplanung ist. Schon mit der Heimplanung '93 wurde dazu festgehalten, dass die Platzierung von jüngeren Menschen in den solothurnischen

Alters- und Pflegeheimen nur ein "Notbehelf" sei. Grundsätzlich sollten Menschen unter 65 in der Bedarfsplanung der Wohnheime, sowie der sozial- und heilpädagogischen Institutionen im Sinne der Invalidenversicherung erfasst werden. Trotzdem leben 40 Personen unter 65 heute in Alters- und Pflegeheimen. Auch wenn einige betroffene Personen eine ihrem Alter entsprechende Wohnform vorziehen würden, gibt es doch eine erhebliche Zahl von Personen, die sich aller Theorie zum Trotz durchaus auch in den bestehenden Strukturen wohl fühlen.

Betten ausserkantonaler Heime für solothurnische Einwohnerinnen und Einwohner und die Belegung von "Solothurner Betten" durch ausserkantonale Personen werden miteinbezogen. Sie halten sich geschätzt in etwa die Waage.

4.5.2.6 Festlegung der Bettenzahlen

Der Berechnung für die neuen Bedarfszahlen liegen die folgenden Daten zugrunde:

- Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2002 – 2040, Bundesamt für Statistik
- Szenarien zur Bevölkerungs- und Arbeitsplatzentwicklung im Kanton Solothurn bis 2020, Mai 1996
- Bevölkerungsstatistik Kanton Solothurn per 31.12.2004
- Leistungs- und Finanzstatistiken 2000-2002 der solothurnischen Alters- und Pflegeheime, Amt für Gemeinden und soziale Sicherheit
- RRB Nr. 825 vom 8. April 1997: Neudefinition Aufgaben Langzeitpflege in Spitälern
- Heimplanung 2005, KRB Nr. 146/2000 vom 20. Februar 2001 (B+E mit RRB Nr. 1965 vom 25.9.00)

Laut wissenschaftlichen Erkenntnissen von Höpflinger/Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, benötigen 22 – 23 % der über 80-jährigen ein Heimbett.

Als Vergleich dazu dienen einige Zahlen aus andern Kantonen: Der Kanton Bern rechnet mit einer Bettenzahl von 30 % der über 80jährigen, der Kanton Basel-Stadt mit 23%.

Auch wenn die heutigen Zahlen (Stand 2004) grundsätzlich auch im Kanton Solothurn für einen Anteil von 23.5% sprechen, soll gestützt auf die strategischen Stossrichtungen weiterhin auf die relativ tiefen Basis von **21%** der über 80jährigen Bevölkerung - neu aber auf den aktualisierten Zahlen berechnet - abgestellt werden.

Damit soll bewusst Druck gemacht werden auf den Ausbau der Gesundheitsförderung und auf den Ausbau der ambulanten Pflege und der alternativen Wohnformen.

	Einwohner über 80	21 %	22 %	23 %	30 %
2010 bisher	12'300	2583 gerundet 2600	2'706	2829	3690
2010 neu	12'800	2'688 gerundet 2700	2'816	2'944	3'840
*2015	13'250	2'782 gerundet 2800	2'915	3'047	3975
2020	13'700	2'877 gerundet 2900	3'014	3'151	4'110

* Durchschnitt der Jahre 2010 und 2020

Fazit: Für die Heimplanung 2012 ist die Bettenzahl als arithmetisches Mittel des rechnerischen Bedarfs der Jahre 2010 und 2015 auf 2'750 zu beschränken.

4.6 Heimkreise

Bei der Würdigung der Grösse von Heimkreisen ist ausdrücklich auf die Heimplanung 2005 und die damaligen Unterlagen abzustellen. Soweit die Argumente als Grundlage zur politischen Diskussion dienen, seien sie hier wiederholt.

4.6.1 Ein-Kreis-Modell

Mit der Heimplanung 2005 wurde beschlossen, dass der Kanton Solothurn einen Heimkreis bilden soll. Kernargument dafür war, dass der Markt über Angebot und Nachfrage selbstregulierend sei. Es mussten daher dort Bewilligungen erteilt werden, wo z.B. Private bauen wollten, bestehende Häuser Aus- und Umbauten vornehmen konnten und wollten. Diese Selbstregulierung funktionierte nicht. So kämpften einzelne Heime um ihre Existenz, andere haben leere Betten, da es Zeichen dafür gibt, dass die Region "übersättigt" ist. Trotz grösserer Mobilität der Bevölkerung ist es immer noch eine Zumutung, Personen aus ihrer Region, in der sie jahrzehntelang gelebt haben "herauszureissen" und ebenso ist es schwierig, für gleichermassen betagte Ehepartnerinnen oder Ehepartner, für oft auch bereits ältere Angehörige oder Freunde von Heimbewohnerinnen und -bewohner, „Reisen“ auf sich zu nehmen.

Eine echte Heimkreiseinteilung mit mehreren Heimkreisen wäre zudem ein geeignetes Mittel, um

- regionale Bedarfslücken zu schliessen:
- regionale Finanzierungsmodelle für künftige Bauten und Umbau- und Sanierungsprojekte bei bestehenden Heimen zu finden.

Als mögliche Heimkreiseinteilungen bieten sich aus vielen Variationen ein Amtei-, ein Sozialregion- oder ein Bezirks-/Städtemodell an.

4.6.2 Amtei-Heimkreise

Grössere Heimkreise ermöglichen gegenüber dem Einkreis-Modell einen besseren Ausgleich des Bettenbedarfs. Organisatorisch knüpft diese Variante an Art. 43 Abs. 2 der Kantonsverfassung an, wonach die Amtei-Einteilung die Grundlage für die Dezentralisierung von Verwaltung und Rechtssprechung bildet.

Als Nachteil gegenüber filigraneren Heimkreismodellen wird ins Feld geführt:

- Den kleinräumigen regionalen Besonderheiten werde nicht Rechnung getragen.
- Die Beschlussfassung über Neubau, Umbau, Sanierung werde erschwert, weil die Zustimmung zu vieler Einwohnergemeinden eingeholt werden müsse.
- Kleinere Einwohnergemeinden fühlten sich von den Städten in ihrer Amtei dominiert, während wiederum die einzelne Städte sich nicht oder nicht mehr an Alters- und Pflegeheimen der Amteigemeinden beteiligen wollten. Tatsächlich bilden insbesondere in der Amtei Solothurn-Lebern die zwei Städte Solothurn und Grenchen ein starkes Gewicht.

4.6.3 Bezirks-/Städte-Heimkreise

Der Bezirk ist die kleinste historisch gewachsene regionale Einheit. Im Gegensatz zur Amteivariante sind die einzelnen Einzugsgebiete kleiner.

Damit wird jedoch dem Einwand nicht Rechnung getragen, dass in einzelnen Bezirken die Städte zu dominant seien, die kleine Landgemeinde nicht bereit sei, in die ohnehin teurere Stadt zu zahlen beziehungsweise die Städte sich aufgrund ihrer eigenen nicht voll abgegoltenen Zentrumslasten nicht an Infrastruktureinrichtungen der kleineren Einwohnergemeinden, sofern es sich nicht um Nachbargemeinden handelt, beteiligen wollen. Deshalb sollten die Städte eigene Heimkreise bilden.

Mit dieser Variante hätten die zuständigen Gemeinden einen engeren Bezug zu „ihrem/ihren Heimen“. Zusammen mit der Altersplanung, Spitex und anderen Wohnformen könnte die Arbeit besser koordiniert werden. Der Kanton, als Bewilligungsbehörde, könnte einzelne Regionen besser berücksichtigen. Diese Variante vereinigt die in den Vorvarianten aufgezählten Vorteile und vermeidet weitgehend die angeführten Nachteile.

4.6.4 Sozialregionen

Sinnvoll erscheint eine Koordination der Altersarbeit und Heimplanung im Rahmen der zu bildenden Sozialregionen. Einzelne Regionen arbeiten in der Altersplanung jetzt schon eng zusammen. Für Sozialregionen spricht hauptsächlich die notwendige Professionalisierung mit ausgebildeten Fachleuten, welche angesichts zunehmend komplexer werdenden gesellschaftlichen Verhältnisse zwingend wird. Damit ist nicht auszuschliessen, dass damit der Aufwand und die Kosten der „Sozialadministration“ steigen, in der Regel sinken aber die Gesamtkosten der Unterstützungsleistungen um ein Mehrfaches, weil die richtigen Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden können; ganz abgesehen davon, dass damit vor allem die persönliche Hilfe fachlich abgestützt erbracht wird. Noch sind aber die Sozialregionen nicht gebildet.

4.6.5 Schlussfolgerung

Aufgrund der Parallelarbeiten am Sozialgesetz können die geplanten Sozialregionen als zukünftige Heimkreise in Betracht gezogen werden. Bis aber diese Sozialregionen gebildet sind, erscheint es sowohl aus regionalen, als auch geographischen und organisatorischen Gründen als opportun, vorerst weiterhin vom Kantonsgebiet als Heimkreis auszugehen.

5. Ist und Soll-Zustand Heime - Massnahmen

Im Rahmen der Heimplanung ist auch über den Ist- und Sollzustand der Heime zu berichten.

5.1 Ist-Zustand

5.1.1 Organisation

Die Organisation des Alters- und Pflegeheimbereichs liegt – unter Vorbehalt dieser Heimplanung – vollständig in der Hand der Einwohnergemeinden. Die Hauptverantwortung liegt dabei in der Sicherung des regionalen Angebotes, in der Mitfinanzierung der Investitionskosten (Objektbeiträge) und der individuellen Mitfinanzierung der Betreuungskosten über die Sozialhilfe, für Menschen in finanziellen Notlagen (Subjektfinanzierung). Die Einwohnergemeinden nehmen ihre Verantwortung weitgehend wahr. Namentlich im Rahmen des Ein-Kreis-Modells scheint aber nicht allen Einwohnergemeinden genügend klar zu sein, dass sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit auch für die Mitfinanzierung der Investitionskosten, namentlich bei Um- und Erneuerungsbauten verantwortlich sind.

Die Organisation der Heime kann als gut bezeichnet werden. In Einzelfällen nehmen Organe der Trägerschaften zu stark Einfluss auf das operative Tagesgeschäft und nehmen dadurch die Planung für die Zukunft (Konzeptänderung, rechtzeitiger Unterhalt und zeitgerechte bauliche Erneuerungen) nicht immer genügend wahr, obwohl sie die Verantwortung für die ganzheitliche Führung, den Bau, die Gestaltung und Entwicklung eines Heimes tragen¹.

5.1.2 Anzahl Heime

Im Kanton Solothurn gibt es, Stand 31. Dezember 2005, 54 Heime mit eigener Trägerschaft, davon:

- 39 gemeinnützige Heime (Heime mit öffentlich-rechtlichen Trägerschaften und Heime mit privatrechtlichen Trägerschaften)
- 15 Heime mit privatrechtlichen Trägerschaften (als **private** Heime bezeichnet)
- Die Spitäler AG.

Alters- und Pflegeheime	Ort	Bettenzahl
Thal-Gäu	Egerkingen	56
Zur Forst	Solothurn	32
Bad	Ammannsegg	70
St. Katharinen	Solothurn	31
Thüringenhaus	Solothurn	28
Elisabethenheim	Zuchwil	40
Heimetblick	Biberist	40
Bellevue	Oberdorf	30
Bucheggberg	Lütterswil	40
Weingarten	Olten	74
Ruttigen	Olten	68
Haus zur Heimat	Olten	70
Marienheim	Wangen b.O.	46
Theresienstiftung	Hägendorf	60
Kastels	Grenchen	87

¹ CURAVIVA 5/2005, ab Seite 32

Wengistein	Solothurn	76
St. Martin	Olten	75
Lebern	Solothurn	32
Schönenwerd	Schönenwerd	81
Brüggli	Dulliken	70
Inseli	Balsthal	69
Blumenfeld	Zuchwil	70
Stadtpark	Olten	85
St. Annahof	Solothurn	27
Schlossgarten	Niedergösgen	67
Bleichematt	Biberist	80
Am Weinberg	Grenchen	86
Am Bach	Gerlafingen	69
Derendingen/Luterb.	Derendingen	61
Baumgarten	Bettlach	66
Mühlefeld, Sol.Anteil	Niedererlinsbach	53
Wollmatt	Dornach	56
Bodenacker	Breitenbach	63
Stäglen	Nunningen	31
Ischimatt	Langendorf	45
Pflegewohnung Oensingen	Oensingen	15
Rosengarten	Solothurn	15
Brunnematt	Wangen b.O.	53
Pergola	Gerlafingen	22
Hof Obermatt	Horriwil	25
Seniorenheim	Kriegstetten	9
Lewis	Dornach	12
Oasis	Trimbach	38
Stapfenmatt	Niederbuchsiten	28
Verein Visitation	Solothurn	19
Haus Martin	Dornach	25
Fallern	Rüttenen	10
Franziskushaus	Solothurn	23
Haus Belvedere	Schönenwerd	9
Blumengarten	Schönenwerd	9
Zentrum Passwang	Breitenbach	45
Bornblick	Olten	40
Flühbach	Flüh	14
Y-Psilon	Grenchen	9
Subtotal Alters- und Pflegeheime		2'454

Spitäler AG	Ort	Bettenzahl
Bürgerspital	Solothurn	25
Spital Dornach	Dornach	18
Spital Grenchen	Grenchen	1
Allerheiligenberg		22
Psychiatrische Dienste (+ Fridau)	Solothurn	75
Subtotal Spitäler		141
Total		2'595

5.1.3 Baulicher Zustand

In den letzten Jahren wurde fast durchwegs ein guter baulicher Standard erreicht, einzelne Heime sind aber dringend sanierungsbedürftig. Aufgrund von Überprüfungen im Zusammenhang mit der Inkraftsetzung der Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität, bauliche Voraussetzungen,“ wurde festgestellt, dass einige wenige Heime in Zukunft nur noch beschränkt ge-

eignet sein werden, schwerpflegebedürftige Menschen aufzunehmen, zu pflegen und zu betreuen.

5.1.4 Konzeption - Betrieb

Praktisch alle Heime im Kanton Solothurn sind mehr oder weniger durchmischte Heime im bisher verstandenen Sinn. Das heisst, es sind keine reinen Pflegeheime und keine reinen Altersheime zu verzeichnen. Der Trend zum reinen Pflegeheim ist aber offenkundig.

5.1.5 Auslastung

Die Betten waren (einschliesslich der Pensionsbetten) - abgesehen von gewissen regionalen Unterschieden - in den Jahren 2003 und 2004 nahezu zu 100 % belegt.

5.1.6 Personal

In solothurnischen Alters- und Pflegeheimen sind rund 1721 Stellen besetzt, davon 1115 Stellen in der Pflege und Betreuung, 87 in der Verwaltung, 229 in der Küche, 250 im Hausdienst und 40 im technischen Dienst. Generell ist der Prozess der Professionalisierung voll im Gang. Auf der Stufe Heimleitung und Pflegedienstleitung ist dieser weitgehend vollzogen.

5.1.7 Bedarfs- und Leistungserfassung

Das auf den 1.1.2000 eingeführte Instrument RAI/RUG beschränkt sich nicht nur auf die Bedarfserfassung. Das Instrument beinhaltet qualitätssichernde Elemente. Diese Elemente sollen gezielt ausgebaut werden. Damit sollen die im KVG vorgesehenen qualitätssichernden Massnahmen erfüllt werden.

5.1.8 Qualitätsförderung und -sicherung

Zur Zeit setzen die Alters- und Pflegeheime die Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität“ um. Diese beinhalten Mindestanforderungen an die Qualität in Heimen. Das Einhalten der Qualitätsstandards wird von der Fachkommission Alter und dem Amt für soziale Sicherheit anlässlich der Aufsichtsbesuche überprüft.

Da sich im gesamten stationären Sektor die betroffenen Personen wegen ihrer Pflegebedürftigkeit in einem grossen Abhängigkeitsverhältnis befinden, ist es auch wichtig, dass die wirtschaftliche Betriebsführung nicht auf Kosten der betroffenen Personen geht.

5.1.9 Kostenrechnung

Im Jahre 2003 wurde die Kostenrechnung eingeführt. Erste Auswertungen liegen vor und liefern eigentlich auch die Basis zur Bestimmung der von den Krankenversicherern zu aner kennenden Pflegekosten. Leider hat der Bundesrat auf Beschwerde von santésuisse hin die vorgelegte Kostenrechnung als nicht „genügend transparent“ bezeichnet aber keine Hinweise gemacht, wie denn eine korrekte Kostenrechnung auszusehen hätte, damit sie den gesetzlichen Vorgaben entsprechen würde (s. Ziff. 6.1).

5.1.10 Aufsicht und Controlling

Das Amt für soziale Sicherheit hat gemeinsam mit der Fachkommission Alter in den letzten 5 Jahren rund 113 ordentliche Aufsichtsbesuche gemacht. Hinzu kommen weitere Besuche und Gespräche in Alters- und Pflegeheimen. Es konnte festgestellt werden, dass die Qualität in den einzelnen Heimen gut bis sehr gut ist. Schwierige Situationen konnten – zusammen mit den Trägerschaften und Heimleitungen – gelöst werden.

Ein paritätisches Gremium bestehend aus Vertreterinnen/Vertretern der santésuisse, der Gemeinschaft solothurnischer Alters- und Pflegeheime, des Kantons und zwei RAI-Expertinnen/Experten überprüfte in den letzten 5 Jahren alle Heime (einzelne schon zum zweiten Mal) in bezug auf die korrekte System-Anwendung des RAI/RUG und die Korrektheit der Pflegeaufwandgruppen bei Bewohnerinnen und Bewohnern. Grundsätzlich wurde das Leistungs- und Bedarfserfassungsinstrument RAI/RUG in den Heimen gut aufgenommen. Das zeigt auch die sehr hohe Sicherheit bei der Erhebung der Pflegeaufwandgruppen.

Die jährliche Finanzstatistik beinhaltet weitere Informationen zum Bettenbestand und zur Bettenbelegung, Informationen bezüglich der Stellenplanerhebung, zur Betriebsrechnung und zu den Taxen.

Aufgrund der dargestellten Instrumente konnten die Heime ihre betriebliche und finanzielle Situation analysieren, Vergleiche anstellen und wichtige Erkenntnisse für eine effiziente und wirtschaftliche Betriebsführung, für Verbesserungen und die zukünftige Planung gewinnen.

5.2 Soll-Zustand

5.2.1 Organisation

Gemäss § 1 Abs. 1 APHG ist es Aufgabe der Einwohnergemeinden, Alters- und Pflegeheime zu errichten und zu betreiben. Obwohl die Einwohnergemeinden nicht in allen Trägerschaften vertreten sind, tragen sie Mitverantwortung für die Heime auf ihrem Gemeindegebiet und die Gesamtverantwortung dafür, dass langzeitpflegebedürftige Einwohner und Einwohnerinnen adäquate Pflegemöglichkeiten erhalten.

Die Trägerschaften der Alters- und Pflegeheime im Kanton Solothurn sind vielfältig. Stiftungen, Zweckverbände, Vereine, Genossenschaften und private Anbieter prägen die Heimlandschaft. Die Einrichtungen stehen vor einem grossen Wandel, weil der Eintritt in ein Pflegeheim heute zunehmend aus der „Not“ heraus, d.h. aufgrund hoher Pflegebedürftigkeit und/oder wegen der Überforderung des "pflegenden Umfeldes" erfolgt. Hier sind Heimleitungen aber auch die Trägerschaften gefordert. Für die Heimleitungen gibt es klare Vorgaben an die berufliche Qualifikation. Trägerschaftsmitglieder hingegen werden oft „zufällig“ gewählt. Bei der Zusammensetzung eines Vorstandes sollte daher, gleich wie bei einem Verwaltungsrat eines gewinnorientierten Unternehmens, in erster Linie die Führungs-, Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz, sowie Wirtschaftskompetenz berücksichtigt und ein angemessener Mix der verschiedenen Fähigkeiten angestrebt werden. Weiterbildungen sind nicht nur für Heimleitungen notwendig, sondern sollten auch Trägerschaftsmitgliedern angeboten werden.

5.2.2 Anzahl Heime

Aufgrund der in der Heimplanung 2020 moderaten Erhöhung der Bettenzahl dürfte sich die Anzahl der Heime nur geringfügig verändern. Die Anzahl dürfte sich im Rahmen von 52-58 Heimen unterschiedlicher Grösse bewegen.

Die Möglichkeit einer Betriebsbewilligung für die Heime richtet sich jedoch streng nach dem ausgewiesenen Bedarf in der Heimplanung. Folgende Priorisierung wird dabei vorgenommen

- Schon bestehende Langzeitpflegeabteilungen in Spitälern sind konsequent vom Akutbereich zu trennen und als eigenständige Heime oder -abteilungen zu führen;
- Wenn die Gemeinden/Regionen ihren Verpflichtungen nicht nachkommen können oder wollen, kann der Kanton eigene Heime zulasten aller Einwohnergemeinde betreiben.

Nach § 19 Abs. 2 VO APHG darf für Pflegewohnungen in verantwortbarem Ausmass von Normen abgewichen werden, d.h. es können alternative Wohnformen (z.B. mit weniger als 15 Betten) gefördert werden. Durch den Abbau von Betten bei Sanierungs- und Umbauprojekten bei älteren Heimen entstehen in Regionen mit einem ausgeglichenen Bedarf Möglichkeiten für solche alternative und kleinere Wohnformen.

Dass diese kommunalen Wohnformen einem zunehmenden Bedarf entsprechen, lässt sich z.B. auch daraus ableiten, dass sich neben der subventionierten Pflegewohnung Oensingen weitere kleine Einheiten gebildet haben. Kontrollen durch die Aufsichtsbehörde haben gezeigt, dass diese Kleinsteinrichtungen durchaus Berechtigung haben, auf der Heimliste des Kantons Solothurn geführt zu werden.

Allerdings ist zu bedenken, dass Kleinsteinrichtungen um Aufnahme in die Heimliste zu finden, dieselben Voraussetzungen erfüllen müssen wie die Alters- und Pflegeheime. Es ist deshalb sinnvoll, wenn sich solche Einrichtungen unter das „Dach“ eines grossen Heimes begeben um

- gewisse administrative Leistungen kostengünstig und sinnvoll nutzen zu können.
- durch das Pflegeheim respektive deren Dienstleistungen bei Pflege- und Betreuungsfragen unterstützt zu werden.

Geplante Einrichtungen von einer Grösse unter 30 Betten benötigen ab 01.01.2006 eine Ausnahmebewilligung durch das Departement des Innern.

5.2.3 Baulicher Zustand der Heime

Die rückgestellten Mittel sollen in der Regel für notwendige Anpassungen verbunden mit Sanierungen und Erneuerungen verwendet werden. Die neuesten Erkenntnisse auf der Angebotsebene sind mit einzubeziehen. Die Heime sind verpflichtet, mit der Investitionskostenpauschale mindestens 50 % für Erneuerungs- und Neuinvestitionen zu sichern. Die verbleibenden 50 % haben die Einwohnergemeinden mitzutragen.

5.2.4 Konzeption

Der Trend zu reinen Pflegeheimen wird zunehmen. Die organisatorischen Strukturen und die rechtzeitig eingeleiteten baulichen Voraussetzungen in den solothurnischen Alters- und Pflegeheimen ermöglichen aber ein hohes Mass an flexiblen individualisierten Angeboten. Der Trend zum Pflegeheim kann daher mit der vorhandenen Infrastruktur aufgefangen werden. Die flexiblen Strukturen bergen allerdings auch die Gefahr von unkontrolliertem Wachstum im Bereich der Pflegebetten und innerhalb des Pflegebettenangebotes zu einer gewissen Ausrichtung nach der höchsten Pflegestufe.

Im Zuge der Erarbeitung von regionalen Alterskonzepten entstehen Pflegewohnungen oder pflegewohnungsähnliche Wohnformen. Im weiteren werden Alterswohnungen mehr und mehr den stationären Angeboten zugeordnet. Durch den Anstieg des Anteils von pflegebedürftigen Menschen in diesen Wohnformen werden die pflegerischen und betreuerischen Angebote ausgebaut.

Entlastende Angebote sollen zusammen mit den ambulanten Diensten geführt werden. Ein von den Spitex-Diensten gepflegter Klient soll während kürzerer oder längerer Zeit in einer betreuten Wohnform gepflegt werden können, ohne dass die sozialen Bezüge wie die vorhandene Wohnung und das soziale Netz wie Verwandte und Nachbarn zerstört werden.

Es sollen individuelle unverwechselbare (Heim)Kulturen entwickelt werden. Damit kann auch eine stärkere Identifizierung des Personals mit ihrem Heim stattfinden.

Die heute noch relativ klaren Grenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sollen sich "verwischen". Das Heim wird zum Dienstleistungszentrum. Tagesstätten müssen einem bereits bestehenden Alters- und Pflegeheim angegliedert werden. Es sollten Angebote für Nacht- und Wochenendaufenthalte möglich sein.

Durch den steigenden Anteil an gerontopsychiatrischen Bewohnerinnen und Bewohner sollen vermehrt differenziertere Angebote innerhalb der Gruppe der schwerer pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner realisiert werden. Denkbar sind spezialisierte Wohngruppen in geeigneten oder baulich angepassten Häusern. Auch die Spezialisierung von ganzen Heimen zu gerontopsychiatrischen Heimen ist ein durchaus denkbarer Weg.

5.2.5 Auslastung

Die heutige konstante Belegung von 100 % wird - abgesehen von regionalen Unterschieden - andauern. Differenziertere, vielfältigere Angebote führen jedoch zu einer Reduktion bei der Bettenbelegung und helfen so mit, den Mehrbedarf an Pflegebetten bis 2012 einzudämmen.

5.2.6 Personal

Die Professionalisierung wird auf der Stufe des Kaders fortgeführt. Die Managementfähigkeiten werden als wesentliche qualitätssichernde Elemente anerkannt. Anleitung und Weiterbildung innerhalb des Heimes mit prozessbezogenen Themen werden konsequent eingeführt.

Interdisziplinarität wird auch in der Pflege Alltag. Durch qualitätssichernde Massnahmen in der Pflege kann Kapazität für die sozialen Aspekte freigemacht werden.

Unsicherheit bereitet die Frage nach der Ausrichtung der Ausbildungen. Dabei geht es um die Frage, inwieweit der Schwerpunkt der Ausbildungen sozial oder pflegerisch zu sein hat. Die Tendenz zeigt klar dahin, dass ein geschicktes Nebeneinander eine hohe Pflege- und Betreuungsqualität ergibt.

Fast jedes Heim beschäftigt mehr oder weniger fremdsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zwar in allen Bereichen, also auch in der Pflege und Betreuung. Das kann auf der einen Seite zu Sprachschwierigkeiten zwischen Mitarbeitenden und pflegebedürftigen Menschen auf der anderen Seite zu Problemen im Team führen, das sich mit anderen Kulturen auseinandersetzen muss. Dies ist für alle Betroffenen eine anspruchsvolle und herausfordernde Arbeit. Fremdsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können einerseits helfen, wenn es zu Kommunikationsproblemen mit Migrantinnen und Migranten kommt, oder wenn es darum geht, die Kultur ausländischer Bewohnerinnen und Bewohner den schweizerischen Bewohnerinnen und Bewohnern näher zu bringen. Andererseits ist es ebenso wichtig, dass sich die fremdsprachigen Mitarbeitenden auf Deutsch verständigen können. Je nach Verantwortungsbereich muss Deutsch in Wort und Schrift beherrscht werden.

5.2.7 Bedarfs- und Leistungserfassung

Das Bedarfs- und Leistungserfassungsinstrument RAI/RUG wurde im Jahr 2000 im Kanton Solothurn flächendeckend eingeführt. Es wurde beschlossen, eine Einteilung in zwölf Pflegeaufwandgruppen vorzunehmen. Dies hat sich bis heute bewährt. Die Einführung des Schweizer Indexes musste wegen des Tariffestsetzungsverfahrens auf Eis gelegt werden. Möglicherweise kann die kleine Anpassung der Pflegeaufwandgruppen PA0 und PAA auf 2008 realisiert werden.

5.2.8 Qualitätsförderung und -sicherung

Die Qualitätsförderung und -sicherung ist weiterzuführen. Der Kanton will den Heimen einen Rahmen geben, um die Wahrung der persönlichen Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner möglichst weitgehend zu gewährleisten. Die Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität“ werden zur Zeit eingeführt und treten am 01. Juli 2006 in Kraft. Ausnahmegewilligungen werden bei den Zimmergrössen und spezifischen Einrichtungen, z.B. Demenz, erteilt.

5.2.9 Kostenrechnung

Aufgrund des Bundesratsentscheides (s. auch Ziffer 5.1.9) muss die heutige Form der Kostenrechnung überarbeitet und angepasst werden.

5.2.10 Aufsicht und Controlling

Mit der Einführung der neuen Bedarfserfassung RAI/RUG ist die Finanzstatistik komplett zu erneuern.

Mittels eines Fragebogens zu den Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität“ können die Mindestanforderungen an die Alters- und Pflegeheime überprüft werden. Die Trägerschaften müssen ebenfalls mit einbezogen werden. Die Leistungen sind auf einem qualitativ guten Niveau und wirtschaftlich zu erbringen.

6. Kosten und Finanzierung

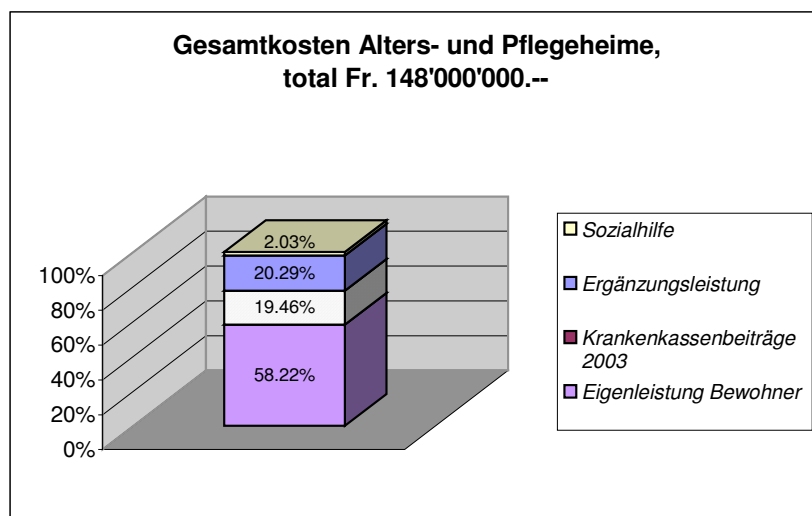
6.1 Betriebskosten

Die jährlichen Betriebskosten der solothurnischen Alters- und Pflegeheime betragen rund Fr. 148 Mio. Franken (Basis 2003). Darin eingeschlossen sind die Investitionskostenpauschalen, welche den Unterhalt des Heimes und die Erneuerung des Heimes als Vorfinanzierung auf der Basis einer (Amortisations-) Abschreibungsdauer von 25 Jahren zu rund 50% decken sollen. Die übrigen 50% sind fremd zu finanzieren, sei es auf dem Kapitalmarkt oder als Investitionsbeiträge von den Einwohnergemeinden.

Die jährlichen Betriebskosten von **Alters- und Pflegeheimen** werden bei 704'304 Pflege- und Betreuungstagen wie folgt getragen:

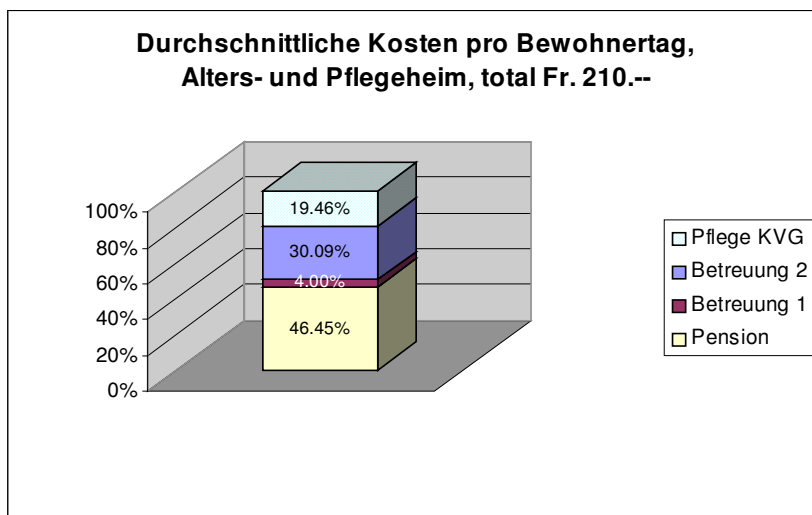
Gesamtkosten Alters- und Pflegeheime

Gesamtkosten Heime	147'847'496	
Eigenleistung Bewohner	86'076'677	58.22%
Krankenkassenbeiträge 2003	28'770'818	19.46%
Ergänzungsleistung	30'000'000	20.29%
Sozialhilfe	3'000'000	2.03%
Total	147'847'496	100.00%



Durchschnittliche Kosten pro Bewohnertag Alters- und Pflegeheim

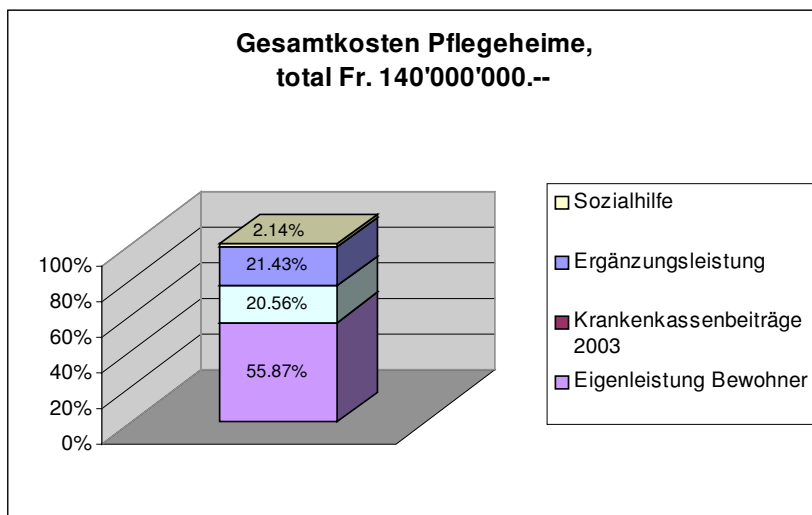
Pension	97.5	46.45%	68'669'640.00
Betreuung 1	8.4	4.00%	5'916'153.60
Betreuung 2	63.17	30.09%	44'490'883.68
Pflege KVG	40.85	19.46%	28'770'818.40
	209.92	100.00%	147'847'495.68



Werden nur die Betriebskosten des **Pflegeheimbetriebes** ausgewertet, ergeben sich bei 623'568 Pflege- und Betreuungstagen folgende Werte:

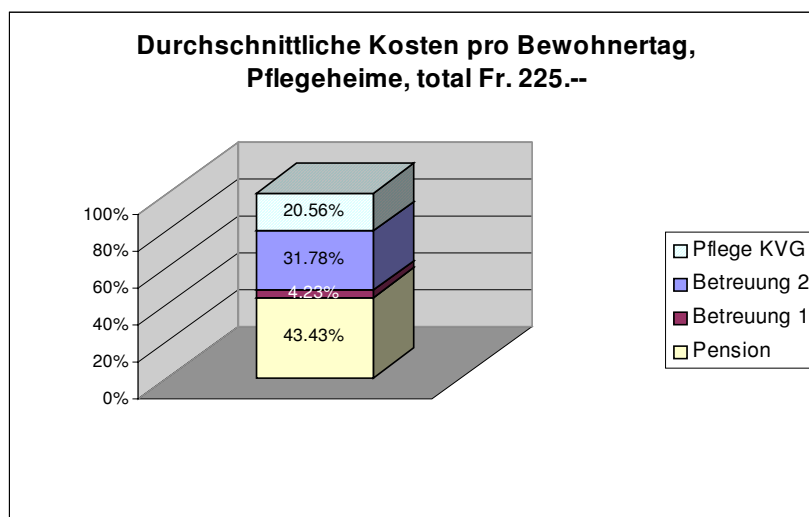
Kosten Pflegeheime

Kosten Pflegeheime	139'978'545	
Eigenleistung Bewohner	78'200'881	55.87%
Krankenkassenbeiträge 2003	28'777'663	20.56%
Ergänzungsleistung	30'000'000	21.43%
Sozialhilfe	3'000'000	2.14%
	139'978'545	100.00%



Durchschnittliche Kosten pro Bewohnertag, Pflegeheime

Pension	97.5	43.43%	60'797'880.00
Betreuung 1	9.49	4.23%	5'917'660.32
Betreuung 2	71.34	31.78%	44'485'341.12
Pflege KVG	46.15	20.56%	28'777'663.20
	224.48	100.00%	139'978'544.64



Nach Art. 50 KVG vergütet der Versicherer beim Aufenthalt in einem Pflegeheim die gleichen Leistungen wie bei ambulanter Krankenpflege und bei Krankenpflege zu Hause. Er kann mit dem Pflegeheim pauschale Vergütungen vereinbaren. Nach Art. 7 der Verordnung des Eidgenössischen Departementes des Innern über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 29. September 1995 (Krankenpflege-Leistungsverordnung; KLV; SR 832.112.31) übernimmt die Versicherung dabei die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen) die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Verordnung hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden. In Art. 9a KLV wird die volle Übernahme der Kosten abhängig gemacht von den mit den Versicherern gemeinsam erarbeiteten Kostenberechnungsgrundlagen. Diese Grundlagen wurden vom Forum für stationäre Altersarbeit Schweiz geschaffen.

Aufgrund der kantonalen Berechnungen hätten somit die Krankenversicherer auf der Basis der Zahlen 2003 durchschnittlich Franken 117.50 pro Aufenthaltstag in einem Pflegeheim oder insgesamt Franken 73.3 Mio. im Jahr tragen müssen. Stattdessen anerkannten sie aber nur eine Leistungspflicht von durchschnittlich Franken 46.-- pro Aufenthaltstag oder insgesamt Franken 28.8 Mio. pro Jahr.

Damit scheiterten die Verhandlungen zwischen den Alters- und Pflegeheimen und der santésuisse und der Regierungsrat musste die Tarife 2004 von Amtes wegen festlegen. Dabei nahm er die dargestellten Ergebnisse der erfassten Kostenrechnung über alle Alters- und Pflegeheime als Grundlage. Die santésuisse erhob Beschwerde beim Bundesrat. Leider hat der Bundesrat die Beschwerde der santésuisse gutgeheissen. Somit gilt die paradoxe Situation, dass die von den Krankenversicherern anerkannten Pflegekosten in einem Pflegeheim nur rund Fr. 46.-- pro Tag betragen, die übrigen Kosten aber aus Pension und Betreuung bestehen sollen. Die Unsinnigkeit einer solchen Annahme ist offensichtlich; aber unter den gegebenen politischen Verhältnissen gegenwärtig nicht zu ändern.

6.2 Taxen

Nach § 5 Abs. 2 in Verbindung mit § 19 APHG legt der Regierungsrat die für die Berechnung der Ergänzungsleistungen der AHV/IV und eines allfälligen Sozialhilfebeitrages massgebenden Taxen (Höchsttaxen) für die gesamte Langzeitpflege fest. Mit RRB Nr. 522 vom 15. März 1999 haben wir die Grundlagen für die Festlegung der Taxen beschlossen. Dieser RRB gilt integral für die Langzeitpflege und damit auch für die Langzeitpflege in den Spitälern und Kliniken.

Die Höchsttaxen werden von uns jährlich festgelegt.

Die generellen Höchsttaxen setzen sich dabei aus einer **Pensionstaxe** und aus einer **Pflegetaxe** zusammen.

6.2.1 Pensionstaxe

Die **Pensionstaxe** besteht dabei aus einer

- Grundtaxe
- Investitionskostenpauschale
- Betreuungstaxe (Taxe für Betreuung, Haushalt und Verwaltung).

In der **Grundtaxe** sind die gesamten „Hotelkosten“ enthalten.

Die **Investitionskostenpauschale** sichert Rückstellungen für Investitionen (Errichtung, Ausbau, Erneuerung und Einrichtungen) sowie anrechenbare Kapitalfolgekosten (Zinsen und Abschreibungen).

In der **Betreuungstaxe** sind die nicht kassenpflichtigen Aufwendungen enthalten, welche sich aus psycho-sozialer Begleitung, Haushalt (Alltagsverrichtungen) und daraus resultierender Verwaltung ergeben. Sie ist proportional zu den 12 Betreuungs- und Pflegestufen nach RUG berechnet.

6.2.2 Pflegetaxe

Die **Pflegetaxe** berechnet sich aus den kassenpflichtigen und damit von den Krankenversicherern anerkannten Kosten. Die Pflegetaxe ergibt sich aus den Pflegestufen nach RAI/RUG.

6.2.3 Nicht inbegriffene Leistungen

In den Taxen sind die Nebenkosten nicht inbegriffen.

Nebenkosten sind hauptsächlich Kosten für Leistungen, die extern bezogen werden müssen. Für die Deckung dieser Kosten ist der von der EL eingesetzte **Betrag für die persönlichen Auslagen** des Bewohners zu verwenden. Dieser deckt die folgenden Bereiche ab:

Taschengeld für den persönlichen Bedarf

- Coiffure
- Pedicure
- Kleider
- Rückstellung für grössere Auslagen

Dazu kommen weitere Auslagen, wie

- nicht von der Krankenkasse gedeckte Kosten wie Selbstbehalte und Franchisen
- ungedeckte Spitalkosten
- Zahnarzt
- Brille etc.
- Hörgerät

6.2.4 Beispiel: Höchstaxen 2006

Die **Pensionstaxe** (Hotellerie) beträgt zur Zeit Fr. 96.—.

Um die Flexibilität zu erhöhen und der Situation des einzelnen Heimes verstärkt Rechnung zu tragen wird die **zwingende Investitionskostenpauschale** mit einem Rahmen von Fr. 10.— bis Fr. 15.— festgesetzt.

Laut § 5 lit. c APHG müssen Alters- und Pflegeheime allen Kantonseinwohnerinnen und –einwohnern offen stehen. Es ist aber möglich, Zuschläge auf der Grundtaxe für Solothurnerinnen und Solothurner zu verlangen, die nicht Einwohnerinnen/Einwohner der Zweck- oder Stiftergemeinden, Vereins- oder Genossenschaftsmitglieder sind. Die Zuschläge dürfen aber die Höchsttaxe von Fr. 106.— nicht überschreiten.

Es wird davon ausgegangen, dass die **Betreuungstaxe** proportional zu den Betreuungs- und Pflegestufen nach RAI/RUG ist. Die Betreuungskosten bestehen grundsätzlich aus der Differenz zwischen dem Referenzwert RUG PAA1 und den von den Krankenversicherern anerkannten Pflegekosten. Für die Bewohner und Bewohnerinnen mit Selbständigkeit in den Alltagsverrichtungen, welche keine Pflege, sondern höchstens Aufsicht und Begleitung in Einzelfällen benötigen, in den alltäglichen Entscheidungen aber unabhängig sind, kann als Betreuungstaxe Fr. 4.— pro Tag verrechnet werden.

Die Pflege- und Betreuungstaxe basiert auf dem Referenzwert PAA1 von Fr. 24.50. Die von den Krankenversicherern anerkannten Pflegekosten betragen Fr. 8.50, die Betreuungstaxe PAA1 Fr. 16.—.

6.2.5 Ausserkantonale Heime

An ausserkantonale Heime und Bewohner und Bewohnerinnen werden in der Regel keine Beiträge geleistet. Ausnahmen werden bei den Sozialhilfebeiträgen gemacht, wenn kein gleicher Heimtyp im Kanton Solothurn besteht (z.B. Krankenhäuser, Lighthouse) oder die regionalen Verhältnisse eine ausserkantonale Platzierung begründen. Auch ausserkantonale kann jedoch höchstens die Höchsttaxe des Kantons Solothurn angerechnet werden.

7. Fakultatives Referendum

Stossrichtungen, Handlungskonzept und Heimplanung sind grundlegende Pläne. Nach Artikel 73 Absatz 1 der Kantonsverfassung (KV) nimmt der Kantonsrat davon Kenntnis. Nach der Bestimmung von 37 Absatz 1 Buchstabe b^{bis} KV unterliegen Planungsbeschlüsse nach Artikel 73 KV weder dem obligatorischen noch dem fakultativen Referendum. Die Heimplanung geht aber über die Bedeutung einer grundlegenden Planung hinaus. Sie soll zwar vor allem mit ihren Stossrichtungen und Handlungsfeldern einerseits im Sinne von Artikel 73 Absatz 2 KV als Planungsbeschluss gelten, welcher Kantonsrat und kantonale Behörden gleichermassen bindet. Andererseits ist die Heimplanung 2012 gleichzeitig Bedarfsplanung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG), legt das Kantonsgebiet als einzigen Heimkreis mit Auswirkungen auf die Einwohnergemeinden fest, verankert ein grundsätzliches Baumoratorium für neue grössere Heime und hat damit auch indirekt Auswirkungen auf Dritte. Es rechtfertigt sich daher, Ziffer 2 des Beschlusses (Kapitel 4 der Botschaft) als einfachen Kantonsratsbeschluss nach Artikel 36 Absatz 1 Buchstabe b KV dem fakultativen Referendum zu unterstellen.

8. Antrag

Wir bitten Sie, auf die Vorlage einzutreten und dem nachfolgenden Beschlussesentwurf zuzustimmen.

Im Namen des Regierungsrates

Christian Wanner
Landammann

Yolanda Studer
Staatsschreiber-Stellvertreterin

9. **Beschlussesentwurf**

Stossrichtungen Alterspolitik und Heimplanung 2012

Der Kantonsrat von Solothurn, gestützt auf Artikel 36 Absatz 1 b, 37 Absatz 1 b^{bis}, 73 und 101 der Kantonsverfassung vom 8. Juni 1986¹, §§ 1-6 und 19 des Alters- und Pflegeheimgesetzes vom 2. Dezember 1990², nach Kenntnisnahme von Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom 26. Juni 2006 (RRB Nr. 2006/1218), beschliesst:

1. Von den Stossrichtungen und den Handlungsfeldern zur Alterspolitik sowie der Heimplanung 2012 wird Kenntnis genommen. Die Heimplanung 2012 gilt grundsätzlich als Planungsbeschluss und ist auf der **Basis der 80- und über 80-jährigen Bevölkerung im Jahre 2015** auszurichten.
2. Ueber die Planungsgrundlagen hinaus gelten folgende Verpflichtungen:
 - 2.1. Als Richtzahl für den **Bettenbedarf** für stationäre Betagtenpflege werden 21 % der 80- und über 80-jährigen Bevölkerung festgelegt. Davon entfallen 20.5 % auf Alters- und Pflegeheime sowie 0,5 % auf Langzeitpflegebetten als Pufferfunktion in Spitälern. Darin ist der Bedarf in den Spitälern an Altersrehabilitations-, Alterstherapie- und medizinisch-geriatrischen und medizinisch-psychiatrischen Betten im **Akutbereich** nicht eingeschlossen.
 - 2.2. Aufgrund der Bedarfszahlen gilt - mit Ausnahme von Pilotprojekten und Umnutzungen bestehender Institutionen - grundsätzlich ein **Baumatorium für neue Heime**, sofern die Zahl von **2'750 Betten** überschritten wird.
 - 2.3. Das Kantonsgebiet bildet einen einzigen Heimkreis.
3. Der Regierungsrat wird mit dem Vollzug beauftragt.
4. Die Heimplanung 2012 tritt auf **1. Januar 2007** in Kraft und **auf 31. Dezember 2012 ausser Kraft**. Auf diesen Zeitpunkt hin ist dem Kantonsrat eine erneuerte Heimplanung zu unterbreiten.

Im Namen des Kantonsrates

Präsident

Ratssekretär

Ziffer 2 dieses Beschlusses unterliegt dem fakultativen Referendum.

¹ BGS 111.1
² BGS 838.11

Verteiler KRB

Departement des Innern
Amt für soziale Sicherheit (3)
Amtsblatt
GS