

Pflegeheimplanung 2020 Kanton Solothurn

Botschaft und Entwurf des Regierungsrates
an den Kantonsrat von Solothurn
vom 2. Juli 2013, RRB Nr. 2013/1356

Zuständiges Departement

Departement des Innern

Vorberatende Kommission(en)

Sozial- und Gesundheitskommission

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	5
1. Auftrag	7
2. Vernehmlassungsverfahren.....	8
3. Ziel und Stossrichtungen der Solothurner Pflegeheimplanung	8
3.1 Selbständigkeit und Selbsthilfe	8
3.2 Wahlfreiheit	9
3.3 Solidarität und Selbstverantwortung	9
3.4 Einbezug von Seniorinnen und Senioren.....	9
3.5 Vernetzung.....	9
4. Handlungsfelder	9
5. Aktivitäten und Massnahmen vor einem Heimeintritt: Handlungsfelder 1-4.....	10
5.1 Handlungsfeld 1: Auseinandersetzung mit dem Alter.....	10
5.2 Handlungsfeld 2: Prävention – Gesundheitsförderung und Selbständigkeit.....	10
5.3 Handlungsfeld 3: Pflege und Betreuung zu Hause	11
5.3.1 Unterstützung pflegender Angehörigen	11
5.3.2 Freiwilligenarbeit.....	11
5.3.3 Ambulante Versorgung durch kommunale oder regionale Spitex-Dienste	11
5.3.4 Ambulante Versorgung und Betreuungsangebote durch private Anbieter	13
5.3.5 Care-Migrantinnen und -Migranten.....	14
5.3.6 Hausärztinnen und Hausärzte	14
5.4 Handlungsfeld 4: Zukunftsorientierte Wohn- Begleit- und Betreuungsangebote	14
5.4.1 Quartier- und Ortsentwicklung	14
5.4.2 Alterssiedlungen und -wohnungen – begleitetes und betreutes Wohnen	15
5.4.3 Tagesstätten	17
5.4.4 Entlastungsbetten.....	18
5.4.5 Angebote mit Pilotcharakter	19
6. Stationäre Pflege- und Betreuungsplätze: Handlungsfeld 5.....	19
6.1 Ziele der Pflegeheimplanung.....	19
6.1.1 Organisationsstrukturen vereinfachen - Alterszentren bilden.....	19
6.1.2 Altersheimbetten in Pflegebetten umwandeln.....	20
6.1.3 Langzeitpflegebetten in Spitälern in Passerellebetten umwandeln.....	20
6.2 Neue Formen der Durchmischung in Pflegeheimen	21
6.2.1 Eigenverantwortung und Normalisierung anstreben	21
6.2.2 Grundangebot und Basisqualität sichern.....	21
6.2.3 Infrastruktur der Heime erneuern	21
6.2.4 Entlastungsangebote fördern	22
6.2.5 Personelle Anforderungen massvoll anpassen	22
6.2.6 Aus- und Weiterbildung intensivieren	22
6.2.7 Auslastung hoch halten.....	23
6.2.8 Bedarfserfassung RAI/RUG weiterentwickeln	23
6.2.9 Bewilligung, Aufsicht und Controlling effizient gestalten.....	23
6.2.10 Anprechstelle für Akteurinnen und Akteure im Pflegebereich betreiben	24
6.2.11 Besondere Ausprägung der Pflegebedürftigkeit verstärkt berücksichtigen.....	24
7. Besondere Ausprägung der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit 2020	24
7.1 Hochaltrige Menschen.....	24
7.2 Jüngere Menschen in der Langzeitpflege.....	24
7.3 Menschen mit Behinderung	25
7.4 "Feminisierung" des Alters	25
7.5 Betagte Migrantinnen und Migranten	26
7.6 Demenz.....	27

7.6.1	Definition	27
7.6.2	Verlauf	27
7.6.3	Häufigkeit	28
7.6.4	Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen	29
7.6.5	Bestehende Angebote für demenzkranke Menschen	29
7.6.6	Massnahmen zur Bewältigung der Herausforderung der Zukunft	30
7.7	Gerontopsychiatrie	30
7.7.1	Die gerontopsychiatrische Versorgung	30
7.7.2	Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst	30
7.8	Akut- und Übergangspflege	31
7.9	Palliativpflege- und -betreuung	31
8.	Bettenangebot in Pflegeheimen: Ist-Zustand.....	32
8.1	Aktuelles Bettenangebot	32
8.2	Geplante Betten.....	34
8.3	Entwicklung der Bettenzahl zwischen 2006 und 2012	34
9.	Soll-Zustand – Bettenplanung 2020	36
9.1	Ausgangslage.....	36
9.2	Die demographische Entwicklung.....	37
9.2.1	Schweiz	37
9.2.2	Demographische Entwicklung im Kanton Solothurn.....	38
9.2.3	Auswirkungen auf die Pflegebettenzahl: Fortschreibung	38
9.3	Weitere Berechnungsfaktoren	39
9.4	Auswirkungen auf die Pflegebettenzahl: Segmentierung nach Altersgruppen	40
9.5	Zwischenergebnis	41
9.6	Auswirkungen auf die Pflegebettenzahl: Segmentierung nach Pflegeintensität	42
9.7	Schlussfolgerung.....	42
9.7.1	Reduktion der errechneten Bettenzahl	42
9.7.2	Kriterien für die Zuteilung von Pflegebetten.....	43
10.	Heimkreise.....	43
10.1	Kanton: Ein-Kreis-Modell	43
10.2	Sozialregionen: Vierzehn-Kreis-Modell	44
10.3	Region: Drei-Kreis-Modell.....	45
10.4	Schlussfolgerung.....	45
11.	Kosten und Finanzierung	45
11.1	Finanzierung 2010 (vor Inkrafttreten Neuordnung Pflegefinanzierung)	45
11.2	Kantonale Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung: Uebergangsregelung 2011 ..	46
11.3	Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung ab 1. Januar 2012.....	46
11.4	Auswirkungen der Pflegefinanzierung auf die Einwohnergemeinden	47
11.5	Kostenprognose 2020.....	47
12.	Antrag	48
13.	Beschlussesentwurf.....	49

Kurzfassung

Die neue Pflegeheimplanung 2020 lässt sich vom Ziel leiten, den Bewohnerinnen und Bewohnern ein ihrer Persönlichkeit und ihrem Gesundheitszustand entsprechendes normales und aktives Leben zu ermöglichen.

Daraus resultieren die schon in der Heimplanung 2012 verwendeten Stossrichtungen:

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

Die Stossrichtungen sollen in folgenden fünf Handlungsfeldern umgesetzt werden:

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

Zentrale Planungsgrundlage bildet die demographische Entwicklung: 2025 - 2030 werden je nach Region rund 23 - 58 Prozent der in der Schweiz lebenden Menschen über 65-jährig sein. Diese Altersgruppen sind unter anderem Vertreterinnen und Vertreter der Babyboom-Generation, von der man heute noch nicht weiss, wie sie sich mit dem „älter werden“ auseinandersetzen werden. Soziologen und Entwicklungspsychologen gehen davon aus, dass die Babyboomer anders alt werden als die Generationen davor, denn es sind Menschen, die gewohnt sind, aktiv, mobil, selbstbestimmender und „jugendlicher“ zu sein.

Auch die individuell verbesserte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit führt dazu, dass Menschen vor einem Heimeintritt verstärkt Dienstleistungen zur Pflege und Betreuung zu Hause oder in besonderen Wohnformen einkaufen.

Es lässt sich feststellen, dass ältere Menschen auch bei auftretender Pflegebedürftigkeit später in ein Pflegeheim eintreten und in der Regel auch kürzer im Pflegeheim verweilen.

Die Fortschritte der Medizin führen dazu, dass Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen, massiven Körperverletzungen oder Hirnschädigungen bis ins hohe Alter überleben und länger-dauernde Langzeitpflege benötigen.

Eine der Herausforderungen zur Bestimmung der Pflege- und Betreuungsausrichtung in Heimen wird das Krankheitsbild der kognitiven Einschränkungen und damit die unterschiedliche Ausprägung demenzieller Erkrankungen sein.

Beeinflusst wird die Planung auch dadurch, dass einzelne bestehende Pflegeheime den heutigen baulichen oder betrieblichen Anforderungen oder dem „Anspruchsdenken“ der heutigen Generationen teilweise nicht mehr genügen.

Die Pflegeheimplanung 2020 geht davon aus, dass im Kanton Solothurn in den nächsten Jahren, je nach Berechnungsgrundlagen und unter Berücksichtigung der demenziellen Erkrankungen, zwischen 550 und 750 Betten neu geschaffen werden müssten, sofern die bisherige Praxis fortgeschrieben würde. Geht man davon aus, dass ein grosser Teil der rund 800 Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen der Pflegestufen 1- 3 länger zu Hause gepflegt und betreut wird, können deren Betten in Pflegebetten für mittlere und schwere Pflege umgewandelt werden.

Es rechtfertigt sich daher, vorerst nur 250 Betten neu zu schaffen und damit das Angebot auf 3'000 Betten zu beschränken. Dazu kommen 50 Passerellebetten der Solothurner Spitäler AG (**soH**). Daraus resultiert ein Gesamtbestand von 3'050 Betten. Gleichzeitig soll das Departement des Innern ermächtigt werden, diese Richtzahl situativ um +/-100 Betten anzupassen.

Diese Bettenzahl entspricht, umgerechnet auf die heutige Faustregel rund 18.5% der 80-Jährigen und über 80-Jährigen (**80+ -Jährigen**) oder 35% der 85+-Jährigen im Jahre 2020.

Aufgrund des Vernehmlassungsergebnisses soll auf das vorgeschlagene Drei-Kreis- Modell verzichtet werden. Der Kanton bildet – wie bis anhin – einen Heimkreis.

Sehr geehrte Frau Präsidentin
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen nachfolgend Botschaft und Entwurf zur Pflegeheimplanung 2020.

Bei der Erarbeitung der Pflegeheimplanung 2020 ging es in erster Linie darum, Erkenntnisse zu aktualisieren und neue Schwerpunkte zu setzen. Die demographische Entwicklung zeigt, dass in den nächsten Jahren immer mehr Menschen ein sehr hohes Alter erreichen werden.

Die in der Pflegeheimplanung 2012 erwähnten vier Phasen im Lebenslauf älterer Erwachsener haben zwar nach François Höpflinger (Age Report 2009; Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter, Zürich, Seismo Verlag 2009) immer noch Gültigkeit. Es gibt aber eine Verschiebung bei den Altersgrenzen. Es wird unterschieden zwischen dem höheren Erwachsenenalter respektive Seniorenalter (etwa von 50 – 65 Jahren), dem höheren Rentenalter (zwischen 65 - 85 Jahren), dem hohen Rentenalter mit verstärkter Fragilität (ab 85 Jahren) und der Phase der Hochaltrigkeit, in der sich zurzeit die Zahl der 100-jährigen alle 10 Jahre verdoppelt.

Die nachfolgend aufgestellten Ziele repräsentieren Vorstellungen über die zukünftigen Lebensbedingungen älterer und hochaltriger Menschen.

1. Auftrag

Nach Artikel 73 der Kantonsverfassung vom 8. Juni 1986 (BGS 111.1; KV) behandelt der Kantonsrat im Rahmen seiner politischen Planung grundlegende Pläne in einzelnen Aufgabenbereichen und nimmt davon Kenntnis. Nach § 20 des Sozialgesetzes vom 31. Januar 2007 (BGS 831.1; SG) legt der Regierungsrat in Zusammenarbeit mit den Einwohnergemeinden die wichtigsten Grundsätze seiner Sozialpolitik nach Art. 73 KV in einer Sozialplanung oder entsprechend den sozialen Leistungsfeldern in Teilplänen fest und passt sie periodisch den veränderten Verhältnissen an. Nach Absatz 3 beschliesst der Kantonsrat die Sozialplanung.

Der Plan (hier die Pflegeheimplanung) enthält insbesondere Angaben über:

- a) Ist- und Sollzustand;
- b) Ziele und Prioritäten;
- c) Bedarfszahlen und regionale Bedürfnisse;
- d) Grundangebot und Basisqualität;
- e) Notwendige Trägerschaften;
- f) Weitere notwendige rechtliche, wirtschaftliche und organisatorische Massnahmen.

Nach Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; KVG) in Verbindung mit Artikel 58 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102; KVV) müssen im Sinn einer Publizitäts- und Transparenz Voraussetzung auch Pflegeheime gleichermassen wie die Spitäler in einer nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Liste des Kantons enthalten sein. Die Aufnahme auf die Liste setzt eine Bedarfsanalyse voraus. Dazu gehört die Definition des Kreises möglicher Patientinnen und Patienten – hier Bewohnerinnen und Bewohner -, wobei dieser nach Pflegebedürftigkeit zu unterteilen ist, sowie die Festlegung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten. Im Unterschied zur Spitalplanung ist das Festlegen der Anzahl Betten im Pflegebereich jedoch kein direktes Mittel zur Kostenkontrolle, da lediglich die erbrachten Pflegeleistungen, nicht aber die allgemeinen Infrastruktur- und Betriebskosten dem Leistungserbringer angerechnet werden. Die Aufenthaltsdauer und Eintrittsrate bei stationären Einrichtungen werden unter anderem von der Angebotsstruktur beeinflusst. Deswegen haben die Kantone auch im Pflegebereich mindestens Richtzah-

len für die stationären Betten festzulegen, die dem aktuellen und künftigen Bedarf ihrer Wohnbevölkerung entsprechen.

Die Kantone genügen den Vorgaben zur Pflegeheimplanung, wenn sie für die zugelassenen Institutionen die Anzahl der stationären Pflegebetten einzeln oder insgesamt als kantonale Richtzahl pro Pflegestufe festlegen. Was die Planung spezialisierter Bereiche wie die psychiatrische Behinderten- und Altenpflege betrifft, wächst nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes das Ermessen des planenden Kantons, je kleiner die Menge der vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen gemessen am Gesamtbedarf ist. Damit die Bedarfsgerechtigkeit gewährleistet ist, muss sich die Festlegung einer Bedarfszahl auf statistisches Material im Sinn von *Erfahrungswerten* stützen können (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 7. September 2009, BVGE 2009/48, Erw. 11.3).

Nach § 22 Absatz 1 Buchstabe a SG ist insbesondere der *Bedarfsnachweis* entsprechend der vom Kantonsrat beschlossenen Sozialplanung Voraussetzung für eine individuelle Betriebsbewilligung zur Eröffnung einer neuen Institution oder zur Erweiterung eines bestehenden Angebotes.

2. Vernehmlassungsverfahren

Mit RRB Nr. 2013/584 vom 26. März 2013 wurde der Entwurf zur Vorlage „Pflegeheimplanung 2020“ interessierten Kreisen zur Stellungnahme unterbreitet.

Die Auswertung der Stellungnahmen zeigt nun, dass der Beschlussesentwurf der Pflegeheimplanung 2020 – mit Ausnahme der Heimkreise - weitgehend auf Zustimmung stösst. Die soH wünscht sich für ihren Bereich eine etwas grössere Flexibilität, was die Bettenzahl anbelangt. Andere Vernehmlassungspartner tragen zwar die geplante Bettenzahl mit, stellen aber in Frage, ob sich die Entwicklung auf 7-8 Jahre „bettengenau“ feststellen lasse.

Die meisten Vernehmlassungspartner gaben jedoch vor allem wertvolle Anmerkungen zur Botschaft. Daraus resultierte auch die eine oder andere Forderung, zum Beispiel in Zukunft ein kantonales Altersleitbild und/oder eine integrale Langzeitpflegeplanung an die Hand zu nehmen. All diese Hinweise sollen bei der Umsetzung der Pflegeheimplanung und auch bei zukünftigen Planungen und Konzepten angemessen berücksichtigt werden. Spezifische Formulierungen zum Inhalt der Botschaft wurden weitgehend berücksichtigt.

Das Vernehmlassungsergebnis ist in RRB Nr. 2013/XXX vom 2. Juli 2013 zusammengefasst.

3. Ziel und Stossrichtungen der Solothurner Pflegeheimplanung

Nach § 142 Absatz 1 Buchstabe b SG sorgen die Einwohnergemeinen dafür, dass Heime für pflegebedürftige Personen betrieben werden, **mit dem Ziel**, den Bewohnerinnen und Bewohnern ein ihrer Persönlichkeit und ihrem Gesundheitszustand entsprechendes normales und aktives Leben zu ermöglichen.

Dieses Ziel soll in **5 Stossrichtungen** konkretisiert werden, auf denen schon die Pflegeheimplanung 2012 aufgebaut worden war, und die im Sinne der Kontinuität beibehalten werden sollen.

3.1 Selbständigkeit und Selbsthilfe

Menschen, die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege in Anspruch nehmen, haben das Recht auf Förderung und Aufrechterhaltung ihrer Selbständigkeit. Dieser Grundsatz steht in engem

Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Geistige und körperliche Beweglichkeit, aber auch Teilnahme und Teilhabe an der Gesellschaft sind der Schlüssel zu Selbständigkeit und Selbstbestimmung. Dabei muss besondere Aufmerksamkeit den sozio-ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen geschenkt werden, da hier die Sensibilisierung auf Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbsthilfe öfter fehlt als bei gut ausgebildeten und finanziell abgesicherten Seniorinnen und Senioren.

3.2 Wahlfreiheit

Auch ältere und hochaltrige Menschen sollen die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Wohn- und Lebensformen haben. Sie sollen wählen können, wo sie ihren Lebensabend verbringen möchten und damit verbunden selber entscheiden dürfen, welche Hilfestellungen und Dienstleistungen sie dafür benötigen. Die Wahlfreiheit findet aber ihre Grenze im Aufwand der Pflegebedürftigkeit und letztlich auch in der eigenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

3.3 Solidarität und Selbstverantwortung

Solidarität und Selbstverantwortung und damit die Rücksichtnahme auf unterschiedliche Bedürfnisse der verschiedenen Generationen ist nicht nur eine Grundvoraussetzung für das Gelingen einer guten Alterspolitik, sondern auch für die Integration von älteren und hochaltrigen Menschen, die der Begleitung, Betreuung und/oder Pflege bedürfen. Solidarität und Selbstverantwortung spielen eine grosse Rolle, wenn es darum geht, Mittel für bedarfsgerechte Angebote für ältere und hochaltrige Menschen bereitzustellen.

3.4 Einbezug von Seniorinnen und Senioren

Seniorinnen und Senioren müssen miteinbezogen werden, wenn es um die Fragen geht, welche Angebote sie für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege für notwendig erachten. Dabei sind alle Gruppen miteinzubeziehen, also auch sozioökonomisch benachteiligte Menschen und Migrantinnen und Migranten.

3.5 Vernetzung

Bestehende und neue Angebote sind zu vernetzen. Im Vordergrund steht nicht nur die optimale Nutzung eines vielfältigen Angebotes sondern auch der effiziente Einsatz der knappen finanziellen Ressourcen.

4. Handlungsfelder

Um diese 5 Stossrichtungen zu konkretisieren, wurden schon in der Heimplanung 2012 **5 Handlungsfelder** bestimmt.

- Handlungsfeld 1: Auseinandersetzung mit dem Alter
- Handlungsfeld 2: Prävention, Gesundheitsförderung und Selbständigkeit
- Handlungsfeld 3: Pflege und Betreuung zu Hause
- Handlungsfeld 4: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsformen
- Handlungsfeld 5: Stationäre Pflege- und Betreuung

Auch diese Handlungsfelder sind – leicht modifiziert - im Sinner der Kontinuität weiter zu verfolgen. Vier dieser Handlungsfelder beziehen sich nicht auf die stationäre Langzeitpflege, sondern bündeln Aktivitäten, welche **vor einem Heimeintritt** zu treffen sind. In einem ersten Schritt sollen die Aktivitäten in diesen vier Handlungsfeldern beschrieben werden.

5. Aktivitäten und Massnahmen vor einem Heimeintritt: Handlungsfelder 1-4

5.1 Handlungsfeld 1: Auseinandersetzung mit dem Alter

Es wäre wünschenswert, wenn sich bereits die 60+-Jährigen Gedanken über ihr „Alter“ machen und sich folgende Fragen stellen würden: Wie sollen die noch kommenden 30 – 40 Jahre gelebt werden, wie ist diese Zeit zu gestalten, welches Wohnumfeld wäre geeignet? Gibt es Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung, zur Erbringung von freiwilligen Dienstleistungen? Wie sollen Generationenbeziehungen aufrechterhalten und gepflegt werden? In all diesen Fragen können beratende Angebote privater Anbieter unterstützend wirken.

Die bestehenden Angebote und Dienstleistungen sollten stärker vernetzt und laufend den sich wandelnden Anforderungen angepasst werden. Die Umsetzung der Vernetzung und Integration ist Aufgabe der Einwohnergemeinden. Die Einwohnergemeinden sind aufgefordert, entsprechende Altersleitbilder auszuarbeiten und sich verstärkt mit Altersfragen in der Region zu befassen. Dabei sind Seniorinnen und Senioren miteinzubeziehen, damit nicht an ihren Bedürfnissen „vorbei“ geplant wird.

In welcher Form ein kantonales Altersleitbild oder kommunale und regionale Altersleitbilder zu erarbeiten sind, wird in einem gesonderten politischen Prozess zu entscheiden sein.

5.2 Handlungsfeld 2: Prävention – Gesundheitsförderung und Selbständigkeit

Die Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung hat bei Seniorinnen und Senioren einen hohen Stellenwert. So soll die Freiheit bestehen, den Tag so zu gestalten, wie man will, die Kontakte selber zu knüpfen, im eigenen Haus wohnen bleiben zu können, ohne einer dauernden Kontrolle unterworfen zu sein. Dienstleistungen für Seniorinnen und Senioren müssen so erbracht werden, dass die noch vorhandenen Fähigkeiten erhalten und gefördert werden.

Mit RRB Nr. 2011/1800 vom 30. August 2011 wurde der Pro Senectute der Auftrag erteilt, eine kantonale *Koordinationsstelle Alter* (§ 118 SG) aufzubauen. Der Kanton hat in diesem Zusammenhang mit der Pro Senectute über die Jahre 2011 - 2014 eine Vereinbarung für die Erbringung dieser Leistungen abgeschlossen. Eine wichtige Aufgabe dieser Koordinationsstelle ist die Schaffung von Angeboten für ältere Menschen, die Unterstützung von Institutionen sowie auch die Beratung für die Betreuung und Pflege von Angehörigen. Dadurch wird die Zielgruppe befähigt, ihre Lebensqualität zu sichern, ihre Selbstinitiative zu fördern, ihre materielle Sicherheit zu erhalten, um damit auch die individuelle gesellschaftliche Stellung von älteren Menschen zu verbessern. Nebst vielen Aktivitäten für Seniorinnen und Senioren bietet Pro Senectute Unterstützung bei häuslichen Verrichtungen und der Bewältigung des Alltages mit einem Haushilfedienst mit Aktivierungsprogramm. Pro Senectute ist damit eine wichtige Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige.

Mit dem Projekt Sanaprofil konnte das gesundheitsbewusstere Verhalten im Alter im Kanton Solothurn gefördert werden. Als Basis diente ein umfassender Gesundheitsfragebogen, ein daraus resultierender Gesundheitsbericht, aus dem nach Besprechung mit dem Hausarzt persönliche Massnahmen realisiert wurden. Das freiwillige Angebot wurde jedoch nie in der gewünschten Breite genutzt, weshalb das Projekt nach Ablauf der vierjährigen Pilotphase Ende 2010 beendet wurde. Im Rahmen der Leistungsvereinbarung zwischen Kanton und Pro Senectute werden jedoch weiterhin *gesundheitsfördernde und präventive Kurse* angeboten.

Prävention bleibt dabei gemeinsame Aufgabe von Einwohnergemeinden und Kanton.

Wer heute 60 Jahre alt ist, kann damit rechnen, noch mindestens 20 – 30 Jahre bei guter Gesundheit zu erleben. Die traditionellen Vorstellungen vom Altern, welche diese späteren Lebensphasen mit Abbau und Krankheit gleichsetzen, sind überholt. Statt Ruhestand und Rückzug

sind künftig Engagement und Mitverantwortung gefragt. Ein verstärktes Augenmerk ist in Zukunft auf sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu richten, die noch wenig Zugang zu Präventionsprojekten haben. Denn diese fühlen sich oft nicht angesprochen oder finden den Zugang zu den notwendigen Informationen nicht.

5.3 Handlungsfeld 3: Pflege und Betreuung zu Hause

Die Pflege zu Hause besteht schon heute aus einem Bündel verschiedener Aktivitäten, Angebote und Massnahmen, die nachfolgend umschrieben werden.

5.3.1 Unterstützung pflegender Angehörigen

Nach wie vor wird ein grosser Teil der pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz und damit auch im Kanton Solothurn zu Hause von Angehörigen betreut und gepflegt. Personell und auch finanziell könnte die Altersversorgung nicht ohne das unentgeltliche Engagement von Angehörigen aufrechterhalten werden. Verschiedene Organisationen wie z.B. das Schweizerische Rote Kreuz, die Pro Senectute, weitere Partnerorganisationen, aber auch privat organisierte Hilfe tragen heute schon viel zur Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Zurzeit leisten schätzungsweise 240'000 Angehörige in der Schweiz täglich Pflege- und Betreuungsarbeit im Wert von jährlich rund 1,2 Milliarden Franken. Für den Kanton Solothurn gibt es keine erhärteten Zahlen. Abgestellt auf die Basis von rund 3,3%, welche die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn an der gesamtschweizerischen Wohnbevölkerung ausmacht, kann davon ausgegangen werden, dass im Kanton rund 8'000 Angehörige Arbeit im Wert von rund 40 Mio. Franken erbringen. Dabei sind es grossmehrheitlich Frauen, die diese Aufgabe innerhalb der Familie wahrnehmen. Die Pflege und Betreuung von Angehörigen ist oft mit zeitlichen, psychischen und physischen Belastungen und teilweise auch finanziellen Einbussen verbunden.

Bestrebungen, welche zum Ziel haben, pflegende Angehörige zu entlasten, sind zu fördern. Es handelt sich dabei unter anderem um fachliche Unterstützung und Entlastung oder gar finanzielle Entschädigungen. Wenn Angehörige die Möglichkeit haben, sich regelmässig zu erholen, sind sie eher in der Lage, weiterhin Betreuungs- und Pflegeleistungen zu erbringen. Dazu braucht es Ferienangebote, Entlastungsbetten für Wochenend- und Kurzaufenthalte sowie Tagesstätten mit langen Öffnungszeiten.

5.3.2 Freiwilligenarbeit

Freiwilligenarbeit wird heute schon von sehr vielen Menschen überall in der Gesellschaft geleistet, ohne dass gross darüber gesprochen wird. Eine Umfrage von Benevol CH (Freiwilligenarbeit) zeigt, dass viele Pflegeheime mit Freiwilligen arbeiten. Sie werden vor allem in der Alltagsgestaltung und Aktivierung, bei Festen und Veranstaltungen, Einzelbegleitungen sowie Fahrdiensten und Ausflügen eingesetzt.

Viele Seniorinnen und Senioren haben nach ihrer Pensionierung noch viele Lebensjahre vor sich und es liegen viele wertvolle Ressourcen brach. Einzelne Personen rufen selber Projekte ins Leben, mit denen sie andere bei der Bewältigung des Alltags unterstützen können, andere möchten sich auch engagieren, brauchen dazu aber einen Anstoss für eine wertgeschätzte und sinnstiftende Tätigkeit. Hier sind die Gemeinden und Institutionen gefordert, Projekte zu unterstützen, die den Ausbau und die Weiterentwicklung der Freiwilligenarbeit fördern. Organisatorisch ist zu prüfen, ob sich Anbieter von freiwilligen Einsätzen nicht unter einem „gemeinsamen Dach“ organisieren könnten. Dies um einerseits die Arbeit effizienter zu gestalten sowie Weiterbildungen anzubieten und um sich andererseits gegenseitig zu unterstützen.

5.3.3 Ambulante Versorgung durch kommunale oder regionale Spitex-Dienste

Der wohl bedeutendste Pfeiler in der ambulanten Versorgung ist neben der Angehörigenpflege die „Spitex“. Deren Angebot geht weit über die ehemals spitalexterne Hilfe hinaus. Die Spitex-Leistungserbringer fördern, unterstützen und ermöglichen mit ihren Dienstleistungen das Wohnen und Leben zu Hause für Menschen aller Altersgruppen, die der Hilfe, Pflege, Betreuung, Begleitung oder Beratung bedürfen. Die Spitex-Leistungen sind ein wesentlicher Teil des gesamtschweizerischen Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Spitex-Statistik 2010 des Bundesamtes für Statistik, welche die Leistungen aller privatrechtlich-gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Organisationen sowie neu zusätzlich die privatrechtlich-erwerbswirtschaftlichen Organisationen und selbständigen Pflegefachleute umfasst, zeigt folgendes Bild: 2010 wurden in der Schweiz rund 3,3% der Gesamtbevölkerung von der Spitex betreut. 1'162 Leistungserbringende beschäftigten 36'409 Personen. Für die Spitexleistungen wurden 1,6 Mia. Franken aufgewendet, was etwa 2,6% der Kosten im Gesundheitswesen entspricht. 81% der verrechneten Arbeitsstunden wurden für Klientinnen und Klienten erbracht, die älter als 65 Jahre sind; 2/3 aller Klientinnen und Klienten sind zudem Frauen.

2011 arbeiteten im Kanton Solothurn 40 vom Kanton bewilligte Organisationen mit einer Leistungsvereinbarung einer oder mehrerer Einwohnergemeinden. Die Kinderspitex Nordwestschweiz hat für die Abgeltung der „gemeinwirtschaftlichen Kosten“ eine spezielle Leistungsvereinbarung mit dem Verband Solothurner Einwohnergemeinden. Zwei gemeinnützige Organisationen bieten nur Grundpflege und Haushilfe an, arbeiten aber eng mit einer grösseren Organisation zusammen. Von den 21 privaten Spitex-Organisationen sind zwei in eine Seniorenresidenz integriert, drei betreuen nur Menschen mit einem spezifischen Krankheitsbild und zwei betreuen ausschliesslich Kinder mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen. Von den 21 privaten Spitex-Organisationen haben 11 ihren Sitz in einem anderen Kanton (Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Bern, Zug).

Nachfolgend einige Zahlen aus der Spitexstatistik 2010 Kanton Solothurn, aufgeteilt nach Sozialregionen

Sozialregion	Anzahl Klientinnen/Klienten	KLV-Stunden	HW-Stunden
Bucheggberg, Biberist, Lohn-Ammansegg (BBL)	662	26'575	9'211
Dorneck	409	18'390	3'827
Mittlerer u. U. Leberberg	976	37'044	9'495
Oberer Leberberg	795	25'568	8'097
Oberes Niederamt	436	10'255	3'883
Oltén	1'072	32'360	11'687
Solothurn	729	22'596	14'982
Thal-Gäu	1'376	46'043	11'410
Unteres Niederamt	441	11'300	3'395
Untergäu	599	12'794	7'108
Wasseramt Ost und Süd	743	26'121	9'812
Zuchwil/Luterbach	601	19'310	8'203
Gesamttotal	8'839	288'356	101'110

Die zahlenmässig grösste Altersgruppe der Klientinnen und Klienten war über 80-jährig, nämlich 49,9%. Bei den 65 – 79-jährigen waren es 28%; bei den 20 – 65-jährigen 19,8%; bei den 5 – 19-jährigen 1,4% und den 0 – 4-jährigen gerade mal 0,9%.

Um mit der Entwicklung Schritt halten zu können, müssen die Spitex-Organisationen ihr Angebot den heutigen und zukünftigen Ansprüchen von Klientinnen und Klienten und ihrem Umfeld anpassen. Soll auch in Zukunft eine qualitativ gute Versorgung gewährleistet werden, müssen die Spitex-Organisationen in der Lage sein, Lehrstellen sowie Praktikumsplätze anzubieten und

den Weg hin zu einem 24-Stunden-Pflegedienst zu gehen. Hier sind die Einwohnergemeinden gefordert, über die Gemeindegrenze hinaus zu denken und bereit zu sein, neue Finanzierungsformen (zum Beispiel eine Subjektfinanzierung im Rahmen von Leistungsvereinbarungen) zu diskutieren.

Die hohe Mobilität der älteren Bevölkerung bedeutet unter Umständen auch, dass Einwohnerinnen und Einwohner von anderen Organisationen als der „gemeindeeigenen“ Spitex gepflegt werden. Die Dienstleistungen können von Organisationen inner- aber auch ausserkantonaler Erbracht werden. Ein flexibles Betreuungssystem ermöglicht zudem die vorübergehende Entlastung von pflegenden Angehörigen. Auch hier sind die Einwohnergemeinden gefordert. Sobald die Kostenrechnung für Spitexdienste im Kanton Solothurn eingeführt ist, haben sie auch Klarheit in Bezug auf die Ausrichtung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen, insbesondere an „fremde“ Organisationen.

Diese neuen Anforderungen an die Spitex-Organisationen verlangen nach neuen Strukturen. Vermehrte Zusammenschlüsse sind unausweichlich. Per 1. Januar 2013 haben sich beispielsweise die Spitex Vereine Flumenthal-Hubersdorf und Riedholz aufgelöst und einer bestehenden grösseren Organisation angeschlossen. Im Bezirk Thal und in den Gemeinden Wolfwil, Fulenbach und Kestenholz wurden die bisherigen Organisationen in je einem Verein zusammengefasst.

5.3.4 Ambulante Versorgung und Betreuungsangebote durch private Anbieter

Seit Jahren können freiberufliche Pflegefachleute (Tertiärstufe) eine Berufsausübungsbewilligung beim Gesundheitsamt einholen. Sie pflegen, betreuen und begleiten nicht nur betagte Menschen, sondern auch Mütter im Wochenbett und psychisch beeinträchtigte jüngere und ältere Menschen. Hinzu kommen Wundambulatorien, Diabetesberatung u.a.m. Viele freiberufliche Pflegefachleute arbeiten gemeinde- oder sogar kantonsübergreifend. Bis August 2011 wurden 179 Bewilligungen für freiberufliche Pflegefachleute erteilt. 69 Berufsleute haben Wohnsitz im Kanton Solothurn. Viele „Freiberufliche“ arbeiten aber höchstens stundenweise oder sind nicht mehr selbständig erwerbend.

Die Spitex-Statistik 2010 des Bundesamtes für Statistik zeigt, dass nur vier freiberufliche Pflegefachpersonen die für die Statistik relevante „Grundgesamtheit an Leistungsstunden KLV“ erbracht haben. Nach der Spitex-Statistik 2011 waren es 6 Personen, die diese „Grundgesamtheit“ erbrachten. Die Interessengruppe ambulante psychiatrische Betreuung hat selber einige statistische Zahlen zusammengestellt. Es handelt sich dabei um 15 freiberuflich Tätige im Kanton Solothurn, die 250 – 280 Klientinnen und Klienten betreuen. Zuweisende Stellen sind nebst der Psychiatrie, Hausärzte, Pro Infirmis, Krebsliga, Familienbegleitung, Spitexorganisationen, IV-Stellen, Sozialämter und Vormundschaftsbehörden (neu Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden).

Auch bei den freiberuflichen Pflegefachleuten stellt sich die Frage, ob sie sich nicht unter einem „gemeinsamen“ Dach zusammenfinden oder eine Kooperation mit der öffentlichen Spitex oder privaten Anbietern eingehen wollen. Dadurch könnten gerade administrative Arbeiten effizienter und kostengünstiger erbracht werden.

In den letzten Jahren sind immer mehr private Spitex-Organisationen bewilligt worden. Private Organisationen übernehmen aber eher selten Kurzeinsätze, denn ihre Mindesteinsatzzeit beträgt in den meisten Fällen zwei und mehr Stunden pro Einsatz. Dafür bieten sie schon seit Jahren eine 24-Stunden-Betreuung und -Pflege an. Von einzelnen, gemeinnützig ausgerichteten, regionalen Spitexorganisationen werden sie immer noch als Konkurrenz betrachtet. Umgekehrt monieren private Anbieter, sie würden mit „ungleich langen Spiessen“ behandelt.

Grundsätzlich ist es aber ein ergänzendes Angebot, da es verschiedene Modelle der Betreuung zu Hause gibt. Einzelne Anbieter arbeiten mit „Fast-Freiwilligen“, welche stundenweise eine

Person zu Hause aufsuchen und mit ihr eine gewisse Zeit des Tages gestalten. Dies kann einmal wöchentlich, aber auch täglich sein; je nach Bedürfnis des „Bestellers“. Sie bieten zusätzlich 24-Stundendienste, Ferienbegleitung etc. an.

5.3.5 Care-Migrantinnen und -Migranten

Wie in andern westeuropäischen Staaten manifestiert sich auch in der Schweiz seit einigen Jahren ein Phänomen, das als „Pendelmigration“ oder „Care-Migration“ bezeichnet wird. Diese Bezeichnung umschreibt ein häusliches Versorgungsarrangement, bei welchem betreuende Personen aus dem Ausland im gleichen Haushalt mit der zu betreuenden Person leben und sich während dreier Monate rund-um-die-Uhr um die betreuungsbedürftige Person kümmern. Sie kommen heute vornehmlich aus Osteuropa und kehren nach drei Monaten entweder in ihre Herkunftsländer zurück oder bieten ihre Pflege abwechselnd in anderen westeuropäischen Staaten an.

Caritas Schweiz betreut seit September 2012 in den Regionen Luzern, Zug und Zürich ein Pilotprojekt zur fairen Vermittlung von Betreuerinnen aus dem europäischen Caritas-Netz. Sie schafft damit Sicherheit und Qualität für ältere Menschen in der 24-Stunden Betreuung zuhause. Die Betreuerinnen sind bei Caritas Schweiz zu korrekten Bedingungen angestellt.

Auf dem Markt gibt es zudem verschiedene seriöse Organisationen, die diese Angebote vermitteln und darum besorgt sind, dass konforme Löhne bezahlt werden und nach drei Monaten ein reibungsloser Wechsel stattfindet. Ein Teil der Dienstleistenden kommt aber auch auf privater Basis, d.h. als selbständig erwerbende Personen in die Schweiz. Aufgrund des Freizügigkeitsabkommens braucht es bei einem Aufenthalt von höchstens 90 Tagen keine Arbeitsbewilligung.

Bei dieser Form von Betreuung handelt es sich um ein weiteres Angebot auf einem Markt mit stetig wachsendem Bedarf. Diese Begleit- und Betreuungsform ermöglicht der älteren Generation, länger in den eigenen vier Wänden verbleiben zu können. Dies ist grundsätzlich positiv zu werten, liegt der Entscheid doch bei der zu betreuenden Person oder ihren Angehörigen. Sie tragen letztlich die Verantwortung für das gute Gelingen solcher Einsätze. Auch die rechtlichen Vorgaben, insbesondere die Regelungen des Normalarbeitsvertrages über Hausdienste müssen erfüllt werden. Seit 2007 gilt für die EU-15/EFTA-Staaten und seit 2011 für die EU-8/EFTA-Staaten die Personenfreizügigkeit mit der Schweiz. Kurzaufenthalter aus EU/EFTA-Staaten, die sich in der Schweiz aufhalten, dürfen einer Verdienstmöglichkeit nachgehen. Bleiben sie nur drei Monate im Land, muss der Arbeitgeber lediglich die Person im Meldeverfahren anmelden (vgl auch KR. Nr. I 223/2011 vom 24. April 2012 zur Interpellation Trudy Küttel). Trotz Meldepflicht dürfte die Kontrolle nicht einfach auszugestalten und wahrzunehmen sein.

5.3.6 Hausärztinnen und Hausärzte

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann nur funktionieren, wenn auch genügend Hausärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen. Es ist sachlogisch, dass die Angehörigen die Pflege zwar ausüben können, die pflegebedürftigen Menschen aber über eine genügende Grundversorgung verfügen müssen. Dies bedingt unter anderem Hausbesuche durch die Hausärztin oder den Hausarzt.

5.4 Handlungsfeld 4: Zukunftsorientierte Wohn- Begleit- und Betreuungsangebote

Auch dieses Handlungsfeld ist geprägt durch mannigfaltige Angebote und Massnahmen.

5.4.1 Quartier- und Ortsentwicklung

Ein Gutachten der Fachhochschule Nordwestschweiz (2011) im Auftrag der Einwohnergemeinde und Stadt Olten zeigt auf, dass eine qualitativ gute Quartier- und Ortsentwicklung - wie wohl

für alle Generationen - gerade auch für ältere Menschen eine grosse Rolle spielt. Ein Wohnort soll zentral gelegen sein, muss die Möglichkeit zum Einkaufen und eine gute Anbindung an medizinische Dienste und an den öffentlichen Verkehr bieten. Gerade die drei Städte haben im Rahmen ihrer Quartierentwicklungen nicht nur die Migration sondern auch das Alter mitzubedenken.

Gedanken zum Wohnen in den eigenen vier Wänden, mit oder ohne ambulante Betreuung und Pflege, und zur Quartier- und Dorfentwicklung sollen in ein kantonales Altersleitbild einfließen, das in der Amtsperiode 2013 - 2017 erarbeitet werden soll. Dabei muss ein besonderes Augenmerk darauf gerichtet werden, wie in Zukunft die Generationen zusammenleben und sich gegenseitig unterstützen können. Ältere Menschen sind Willens und in der Lage, ihre Ressourcen sinnvoll für die Gesellschaft einzusetzen.

Im Rahmen der Pflegebedürftigkeit ist die Integration von demenzkranken Menschen in die Quartiere oder Dörfer zu verstärken. Modelle gibt es bereits in Deutschland, wo mit breiter Unterstützung von Nachbarschaft, Geschäften, häuslicher Betreuung und Erwachsenenschutzmassnahmen diese Menschen lange in den eigenen vier Wänden betreut werden können.

5.4.2 Alterssiedlungen und -wohnungen – begleitetes und betreutes Wohnen

Bei Alterssiedlungen und -wohnungen handelt es sich grundsätzlich um Formen des selbständigen Wohnens, die nicht zur Langzeitpflege zu zählen sind. Gerade die private Bauherrschaft hat dieses Segment „entdeckt“. Eine Vielzahl von „Alterswohnungen“ sind entstanden und werden weiterhin gebaut. Baurechtliche Vorschriften haben allerdings dafür zu sorgen, dass nicht „seelelos“ auf kleinstem Raum Kleinwohnungen aneinandergereiht und aufgeschichtet werden. Alterswohnungen sind nicht einfach kleinere Wohnungen, sondern haben eine gute behinderten- und altersgerechte Infrastruktur, einschliesslich der Umgebung, zu enthalten.

Alterswohnungen sind in Zukunft verstärkt mit technischen und elektronischen Assistenzhilfen auszustatten und mit externen „Dienstleistungen“ zu kombinieren, die ein begleitetes und betreutes Wohnen ermöglichen.

Es gibt keine einheitlichen Konzepte und Formen des begleiteteten oder betreuten Wohnens. So gibt es weder eine allgemein verbindliche Definition noch verbindliche Leistungsvoraussetzungen oder Baustandards. Beim begleiteteten und betreuten Wohnen handelt es sich um einen schwer planbaren und sich eigenständig weiterentwickelnden Prozess.

Zentrale Bestandteile des begleiteteten und betreuten Wohnens sind:

- Barrieren- und hindernisfrei gestaltete Wohnungen im Verbund mit einer Wohnanlage (Alterssiedlung, Wohngenossenschaft);
- Gemeinschaftseinrichtungen wie z.B. Bibliothek, Café, Pflegebad, Wasch- und Trocknungsmöglichkeiten.
- Vermittlung und Angebot wohnungsnaher Dienstleistungen wie Hauswirtschaft, Beratung, Betreuung und ambulante Pflegeleistungen.

Dabei gelten zwei zentrale Grundideen:

- Anstelle einer „Rundumversorgung“, wie sie in einer Alterseinrichtung angeboten wird, soll jeweils nur soviel Hilfe gewährleistet werden, wie im jeweiligen Einzelfall notwendig ist. Die älteren Menschen sollen selber bestimmen können, wann sie pflegerische Hilfe anfordern wollen und es soll nicht das Gefühl vermittelt werden, es sei eine „Institution“, die ihnen Hilfe aufzwingt.
- Das private und selbständige Wohnen soll erhalten bleiben, auch wenn die älteren Menschen ein verstärktes Mass an Hilfe benötigen.

Elemente des begleiteten und betreuten Wohnens sind beispielsweise:

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. Besuchsdienste vermitteln z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der Betagten-, Behinderten- und Nachbarschaftshilfe ausgebildet sind.

Bereits heute stellen Besuchsdienste in Zusammenarbeit mit Senioren- und Behinderteninstitutionen sowie Spitex-Organisationen im Kanton Solothurn und dem angrenzenden Kanton Bern (Region Mittelland) ein breitgefächertes Dienstleistungsangebot zur Verfügung.

Dieses Angebot ist aufrecht zu erhalten und auszubauen. Soweit die Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand eingefordert wird, ist darauf zu achten, dass nur der Bedarf und nicht individuelle Bedürfnisse abgegolten werden.

Ambient Assisted Living (AAL)

Technisch ist inzwischen vieles möglich: der telefonische Notruf oder der „rote Knopf“ am Handgelenk, sind die bekanntesten Geräte, die es Menschen ermöglichen, länger in ihren eigenen vier Wänden zu leben, obwohl sie alt oder krank sind. Mittlerweile gibt es aber auch weitere Möglichkeiten – ohne gleich den Pflegeroboter zu nennen: elektrische Schiebetüren auch im Privatbereich, Licht, das auf Klatschen ein-oder ausschaltet, Teppichböden mit Sensoren, die einen Alarm senden, wenn jemand stürzt, bis hin zu Kühlschränken, die automatisch Lebensmittel nachbestellen können, die dann nach Hause geliefert werden. Solche technischen Assistenzsysteme für daheim, in der Fachsprache Ambient Assisted Living (AAL) genannt, werden in den kommenden Jahren wichtiger werden.

Wohnen in einer Gastfamilie

Eine besondere Ausgestaltung des begleiteten Wohnens zeigt sich im Aufenthalt von erwachsenen Menschen mit einer besonderen Lebens- und Problemlage (Alter, Behinderung) in einer Gastfamilie. Gerade für Menschen mit landwirtschaftlichem oder ländlichem Hintergrund, für Menschen mit besonderem Zugang zu Tieren, aber auch für Menschen, die einen Ausstieg aus den urbanen Strukturen suchen, und für Menschen, die eher Anschluss an eine Familie suchen, kann betreutes Wohnen in Gastfamilien eine sinnvolle Alternative zu einem Heimaufenthalt bilden. Im Sinne einer erhöhten Wahlfreiheit, einer besonderen Eignung im Einzelfall, einer zahlenmässig beschränkten Ergänzung zum stationären Angebot und damit im Sinne eines Nischenproduktes entspricht betreutes Wohnen in Gastfamilien einem Bedarf. Betreutes Wohnen in Gastfamilien setzt voraus, dass die Gastfamilie vorgängig fachlich sorgfältig auf ihre Eignung abgeklärt wird. Basisqualität ist zudem nur möglich, wenn die Gastfamilien in der Betreuung des Gastes, d.h. des Menschen mit alters- oder behinderungsbedingten Einschränkungen, begleitet und beaufsichtigt werden. Die Aufnahme, die Wohnsituation, die Verpflegung, die Betreuung, die Rechte und Pflichten der Beteiligten sowie die Leistungsabgeltung sind in einem Betreuungsvertrag zu regeln. Das betreute Wohnen in einer Gastfamilie wird an die Bedingung geknüpft, dass sich diese einer Organisation für betreutes Wohnen anschliesst und von dieser abgeklärt, begleitet, weitergebildet und beaufsichtigt wird.

Aktuell gibt es im Kanton 11 bewilligte Gastfamilien, welche je einen Platz anbieten, wobei diese bisher ausschliesslich von Menschen mit einer behinderungsbedingten Einschränkung belegt werden. Die Zusammenarbeit erfolgt mit der Oekonomischen und Gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Bern (OGG) und der Stiftung Landwirtschaft und Behinderte, Brugg (LuB).

Betreutes Wohnen

Das betreute Wohnen liegt nahe beim begleiteten Wohnen und wird mit Pflegeleistungen der häuslichen Pflege erweitert.

Es ist offensichtlich, dass auch solche Modelle weiter zu verfolgen und auszubauen sind. Da ist einerseits der internationale Trend einer verstärkten Ent-Institutionalisierung der Altershilfe zu erwähnen. Begleitetes und betreutes Wohnen entspricht dem klientenorientierten Lösungskonzept (Betreuung und Pflege nach Mass) und verdrängt wohl *längerfristig* das Konzept der einseitigen „Pflegeheimplanung“. Die Pflegeheimplanung 2020 des Kantons Solothurn trägt dieser Entwicklung Rechnung.

Andererseits haben sich die intergenerationellen Beziehungen aus demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Gründen verändert. Auch „alte Eltern“ möchten heutzutage möglichst lange selbständig leben und nicht unbedingt auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen sein. Zudem hat der wachsende materielle Wohlstand dazu beigetragen, dass die Ansprüche an Wohnen und Hilfeleistungen angestiegen sind.

Allerdings finden all diese Modelle, soweit es sich um eine Mitfinanzierung durch die öffentliche Hand handelt, ihre Grenzen am Grad der eigenen Pflegebedürftigkeit und an der eigenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Bei einer mittleren bis schweren Pflegebedürftigkeit macht es Sinn, einen Heimeintritt in Erwägung zu ziehen, denn die Krankenversicherer verlangen seit kurzem, dass ab 3 Stunden Pflege die Verrechnung der Leistungen analog den Pflegeheimen erfolgt. Angebote des begleiteten und betreuten Wohnens in unmittelbarer Nähe eines Pflegeheimes erweisen sich als vorteilhaft. Heiminterne Spitex mit kurzen Wegzeiten und hoher Verfügbarkeit zur „betreuten Wohnung“ kann unmittelbar Pflege und hauswirtschaftliche Unterstützung anbieten und den Einsatz im Notfall sicherstellen.

5.4.3 Tagesstätten

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.
- Betagten Menschen mit wenig sozialen Kontakten wird mit Tagesstätten die Möglichkeit geboten, aus den eigenen vier Wänden auszubrechen, soziale Kontakte zu knüpfen und Neues zu erleben.
- Das vielseitige Angebot 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.

2012 gibt es im Kanton Solothurn 10 bewilligte Tagesstätten:

Tagesstätte	Ort	Anzahl Plätze
Sonnehuus	Aedermannsdorf	8
Läbesrad	Bettlach	10
Tageszentrum Dorneck	Dornach	8
Zytlos	Dornach	10 – 12 (Demenz)
Y-Psilon	Grenchen	5 (Demenz)
Tages-treff (sz untergäu)	Hägendorf	10 – 12
Kopf-Hand-Herz	Mümliswil	8
Sonnegg	Olten	18
Wengistein	Solothurn	8

Blumenfeld	Zuchwil	3 + Ferien/Kurzzeitaufenthalte
Gesamttotal		88-92

Seit 2010 ermöglicht ein Vertrag zwischen dem Spitex Verband Kanton Solothurn, der Gemeinschaft solothurnische Alters- und Pflegeheime und der santésuisse die Beteiligung der Krankenversicherer mit Pauschalbeiträgen an Tagesheimgäste, sofern gewisse Voraussetzungen erfüllt sind.

Das Angebot an Tagesstätten für Senioren und Seniorinnen (SETA) soll weiter ausgebaut werden. Allerdings muss auf 2014 hin die Finanzierung über die Krankenversicherer neu geklärt werden. Dabei gibt es Signale, dass die bisher einfache Regelung abgelöst werden soll durch einen gesamtschweizerischen Administrativvertrag zwischen dem Spitex Verband Schweiz einerseits, der Association Spitex Privée Suisse andererseits sowie der santésuisse. In diesem Zusammenhang sollen Tagesstätten mit einem Leistungserfassungssystem arbeiten müssen, damit eine Einstufung der Tagesgäste möglich wird.

Offen ist die Antwort auf die Frage einer finanziellen Beteiligung der Einwohnergemeinden an den Kosten der Tagesstätten. Mit KR. Nr. A 197/2012 vom 28. Mai 2013 wurde der Auftrag Fränzi Burkhalter über „bezahlbare Aufenthalte in Tagesheimen/Tagesstätten für alle“ erheblich erklärt.

5.4.4 Entlastungsbetten

Pflegeheime

Gerade für Angehörige sind Entlastungsbetten (Wochenendbetten, Ferienbetten) – gleich wie Tagesstätten – ein zusätzlicher Anreiz, die häusliche Betreuung fortzuführen. Für die Heime ist momentan die Bereitstellung solcher Entlastungsplätze oft wenig attraktiv. Der durch die häufigen Ein- und Austritte bedingte Mehraufwand und die mögliche Unterauslastung (deshalb auch Kurzzeitbetten genannt) dieser Plätze werden finanziell nicht abgegolten. Hier sind neue Lösungen zu suchen: monetär ist zu prüfen, ob zum Beispiel eine „Ferienbetttaxe“ auf der Basis einer Auslastung von 66% (entspricht einer um ein Drittel erhöhten Hotellerietaxe) erhoben werden könnte.

soH – psychische Erkrankung

In Solothurn und in Olten werden je 16 Plätze für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, sei es nun eine beginnende Demenz oder eine Depression angeboten. Die Tagesklinik-Behandlung eignet sich für Menschen, die unterstützt durch Angehörige oder Spitex noch in der Lage sind zu Hause zu leben, gleichzeitig aber von der Struktur der tageweisen psychiatrischen Behandlung profitieren können. Dieses Angebot der soH in Solothurn und in Olten ist auszubauen.

soH- Passerellebetten

Eine Sonderstellung unter den „Entlastungsbetten“ nehmen die „Passerellebetten“ der soH ein (nicht zu verwechseln mit Betten für die Akut- und Übergangspflege). Es handelt sich um Plätze, in welche ausschliesslich Patientinnen und Patienten der eigenen Akutabteilungen als Bewohnerinnen und Bewohner aufgenommen werden, die noch keine Aufnahme in einem Pflegeheim gefunden haben, die Anmeldung aber bereits erfolgt ist (selber, durch Angehörige oder den spitalinternen Sozialdienst). Die Zahl der Entlastungsbetten wurde mit der Heimplanung 2012 auf 0,5% aller 80+-Jährigen oder 65 Betten beschränkt. Die soH konnte dieses Ziel nahezu erreichen. Allerdings wird weiterhin ein Pflegeheim mit rund 21 Plätzen im Spital Dornach betrieben, das sachfremd auch Plätze für die Langzeitpflege auf Dauer anbietet.

Im Rahmen der Pflegeheimplanung soll die Zahl der Passerellebetten als Standardwert auf rund 50 beschränkt werden; die Belegung soll in der Regel auf drei Monate limitiert sein; auch im Spital Dornach sollen zukünftig nur noch solche Plätze angeboten werden.

5.4.5 Angebote mit Pilotcharakter

Einzelne Angebote nehmen eine Mittelstellung zwischen häuslicher Pflege und Heimpflege ein. Gerade in Alterswohnungen oder –siedlungen, welche an ein Pflegeheim gekoppelt sind, liesse sich – vor allem für selbstzahlende Personen - der Anteil an Pflegeleistungen erhöhen, ohne dass ein Heimeintritt im eigentlichen Sinn erfolgen muss. 2009 und 2010 wurden mit zwei Pilotprojekten neue Wege beschritten, indem ein kleines Pflegebettenkontingent für einzelne Fälle in bestehenden Alterswohnungen bewilligt wurde. Ein Projekt richtete sich explizit an Ehepaare, bei denen der Partner oder die Partnerin pflegebedürftig ist. Als vorläufiges Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Gesamtkosten für einen Pflgetag günstiger ausfallen als für einen Heimplatz. Solche Modelle sind weiter zu verfolgen.

6. Stationäre Pflege- und Betreuungsplätze: Handlungsfeld 5

Im Kanton Solothurn steht heute ein dichtes Netz von Pflegeheimen mit einem vielfältigen und differenzierten Angebot zur Verfügung. Grundlage ist die Pflegheimplanung 2012. Der Planungsbeschluss basierte auf der 80+-jährigen Bevölkerung im Jahr 2012. Dabei wurde eine Bettenzahl von 2'750 Betten festgelegt, wovon 20,5 % auf Pflegeheime und 0,5 % auf Passerelle- oder Transferbetten in den Spitälern entfielen. Entgegen dem Antrag des Regierungsrates, die Planung nach Sozialregionen zu gestalten, wurde beschlossen, dass das Kantonsgebiet weiterhin einen einzigen Heimkreis bilden soll.

6.1 Ziele der Pflegeheimplanung

6.1.1 Organisationsstrukturen vereinfachen - Alterszentren bilden

Die Trägerschaften der Pflegeheime im Kanton Solothurn sind vielfältig. Stiftungen, Zweckverbände, Vereine, Genossenschaften, GmbHs und Aktiengesellschaften prägen die teilweise kleinräumige Heimlandschaft. Ein solches Modell mag zwar den jeweiligen Besonderheiten Rechnung tragen, erweist sich aber auf Dauer als teuer.

Mit der Pflegeheimplanung 2012 haben sich die Solothurner Pflegeheime qualitativ weiterentwickelt. Viele sind heute mehr als nur ein „Heim“; sie bieten unterschiedlichste Dienstleistungen an, nehmen Tagesgäste auf (ohne eine Tagesstätte im eigentlichen Sinn zu führen) bieten im kleinen Umfang Entlastungs- und Ferienaufenthalte sowie Kurzzeitpflege (nicht im Sinne der Akut- und Übergangspflege) an und haben ein breites Angebot in Bezug auf die Alltagsgestaltung.

Obwohl die Menschen immer später in ein Heim eintreten, multimorbid und gebrechlich sind, wird ihnen im Pflegeheim eine hohe Lebensqualität geboten. Heute bieten die meisten Häuser nur noch Einzelzimmer mit integrierter Nasszelle an, Zweierzimmer wurden sukzessive abgebaut. Gartenanlagen entwickeln sich zu „Therapiegärten“. Geschätzt wird auch die Möglichkeit zur Begegnung mit Kindern und Jugendlichen, was in Zusammenarbeit mit den Schulen auch gefördert wird. Einzelne Heime haben einen Kinderhort oder die Mütter- und Väterberatung im Haus. So kommt es immer wieder zu spontanen Begegnungen zwischen Jung und Alt.

Öffentliche Heimrestaurants ermöglichen es, den älteren Menschen im Quartier im Pflegeheim Mahlzeiten einzunehmen und Kontakte zu knüpfen. Viele Heime bieten in Zusammenarbeit mit der Spitex vor Ort auch einen Mahlzeitendienst an.

Dieser „Zentrumsgedanke“ ist auszubauen. Gemeint ist ein Ort, wo die Fäden in Bezug auf die betreuerischen und pflegerischen Dienstleistungen, ambulant und stationär, zusammenlaufen. Daher geht der Trend grundsätzlich hin zu grösseren und/oder vernetzten Organisationseinheiten, beispielsweise „drei Heime unter einem Dach“ oder ein „Heimnetzwerk“. Dadurch sind re-

gionale Alterszentren realisierbar, welche Gesundheitsprävention, häusliche Pflege, Seniorentagesstätten (SETA), betreutes Wohnen und Heimpflege „aus einer Hand“ anbieten könnten. Ein solches Zentrum bietet Dienstleistungen im Quartier/Dorf an, berät Angehörige, hat ein offenes Haus für Jung und Alt und entwickelt zusammen mit Einwohnergemeinden und anderen Anbietern das Angebot für Seniorinnen und Senioren weiter. Solche Modelle erhöhen die Verfügbarkeit, sparen Organisationskosten und ermöglichen den einzelnen Organisationseinheiten innerhalb *einer* Institution trotzdem, eine spezifische Kultur zu entwickeln.

Die soH, der Spitex Verband Kanton Solothurn, die Gemeinschaft solothurnischer Alters- und Pflegeheime (GSA) und das Amt für soziale Sicherheit (ASO) haben zusammen das Netzwerk Spital-Heime-Spitex (SHS) aufgebaut. Dabei geht es um Austausch und Zusammenarbeit im Zusammenhang mit der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

6.1.2 Altersheimbetten in Pflegebetten umwandeln

Verschiedene Heime im Kanton Solothurn sind noch keine reinen Pflegeheime. Das klassische Altersheim, das auch Menschen ohne Pflegebedürftigkeit aufnimmt, ist jedoch ein Auslaufmodell. Die Zahl von Menschen, die ohne Pflegebedürftigkeit in einem Heim leben, nimmt sukzessive ab. Aus diesem Grund wird in der Pflegeheimplanung 2020 – wie auch im Sozialgesetz seit 2008 vorgegeben und unabhängig davon, wie sich die einzelnen Institutionen nennen - nur noch von Pflegeheimen gesprochen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung richtet sich der Fokus neu auf diejenigen Menschen, welche zurzeit rund 800 Betten oder 30% der verfügbaren Plätze belegen, obwohl sie „nur“ geringfügig oder leicht pflegebedürftig sind. Es ist zwar nachvollziehbar, dass Menschen nicht allein sein wollen, sich mit einer 24-Stunden-Betreuung und Pflege sicher aufgehoben fühlen und gerade in winterlichen Zeiten einer Depression entfliehen können. Aus wirtschaftlichen Gründen erscheint es aber nicht sinnvoll, eine relativ teure Infrastruktur, welche schweremwichtig auf mittlere und schwere Pflege und Betreuung ausgerichtet ist, dafür zu nutzen. Vielmehr sind vorerst verstärkt die dargestellten ambulanten oder teilstationären Angebote wahrzunehmen.

6.1.3 Langzeitpflegebetten in Spitälern in Passerellebetten umwandeln

Die soH hat seit der Pflegeheimplanung 1993 von damals 343 Langzeitpflegebetten auf aktuell 69 Betten reduziert. Im Rahmen dieser Pflegeheimplanung soll die Bettenzahl auf einen Standardwert von rund 50 reduziert werden:

Entwicklung Langzeitbetten in der soH

Spitäler - soH	Ort	Bettenzahl 1992	Bettenzahl 2004	Bettenzahl 2012	Bettenzahl 2020
Kantonsspital	Olten	46	0	17	12
Bürgerspital	Solothurn	87	25	16	12
Spital	Dornach	26	18	21	6
PDKS	Solothurn	57	20	15	20
Spital	Breitenbach	25	geschlossen	geschlossen	
Spital	Grenchen	11	1	geschlossen	
Allerheiligenberg	Hägendorf	5	22	geschlossen	
Fridau	Egerkingen	65	55	geschlossen	
Spital	Niederbipp	21	0	geschlossen	
Total		343	141	69	50

Für die soH bindend ist dabei die Gesamtzahl. Die soH kann die Betten entsprechend dem Bedarf - unabhängig des Standortes - verwenden. Das Departement des Innern kann die neu festgelegte Standard-Bettenzahl innerhalb eines angemessenen Rahmens situativ anpassen.

6.2 Neue Formen der Durchmischung in Pflegeheimen

Die Pflegeheimplanung 2005 ging noch von einer anzustrebenden Durchmischung von nicht pflegebedürftigen Altersheimbewohnerinnen und -bewohnern und pflegebedürftigen Menschen aus. Mit der Heimplanung 2012 wurde unter Durchmischung verstanden, dass im gleichen Pflegeheim in der Regel Bewohnerinnen und Bewohner, unabhängig ihrer Pflegebedürftigkeit, ihres Geschlechtes und ihrer Herkunft aufgenommen werden.

Der Leitsatz der Durchmischung bekommt nunmehr eine neue Dimension. Diese Regel soll eingeschränkt werden auf mittlere und schwere Pflegebedürftigkeit, einschliesslich dementer Erkrankungen, welche eine Zuweisung in ein Heim notwendig machen. Für psychisch- und demenzkranke Personen können besondere Wohngruppen gebildet werden.

Für Personen mit einer leichten Pflegebedürftigkeit sind adäquatere ambulante oder teilstationäre Angebote zur Verfügung zu stellen.

6.2.1 Eigenverantwortung und Normalisierung anstreben

Jede Betreuungsform neigt zu verstärkten Abhängigkeiten. In den letzten Jahren wurden grosse Anstrengungen unternommen, mit dem Ziel, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime

- im Rahmen ihrer Möglichkeiten über sich selbst bestimmen können.
- ein ihrer Persönlichkeit und ihrem Gesundheitszustand entsprechendes normales und aktives Leben führen können.
- bei ihren vorhandene Ressourcen "abgeholt" werden, die zu erhalten und zu fördern sind.

Diese Bestrebungen sind weiterzuführen.

6.2.2 Grundangebot und Basisqualität sichern

Die Alters- und Pflegeheime haben die Richtlinien „Grundangebot und Basisqualität“, Version 2006, der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn umgesetzt. Diese Mindestanforderungen an die Qualität in den Heimen werden seit 2008 von einer neutralen Fachperson oder der Aufsichtsperson des Amtes für soziale Sicherheit periodisch überprüft. Die Heime sind denn auch auf einem qualitativ guten Stand.

Die bisherigen Richtlinien zum Grundangebot und zur Basisqualität haben sich grundsätzlich bewährt. Die Richtlinien wurden 2012 zusammen mit den jeweiligen Verbänden überarbeitet und moderat angepasst. Neu werden sie ab 1. Juli 2013 als „qualivista“ bezeichnet und ermöglichen den Heimleitungen, auch dank einer elektronischen Fassung, eine regelmässige Selbstkontrolle. Dadurch kann die Kadenz der Aufsichtsbesuche reduziert und die Bewilligungsdauer von 4 auf 6 Jahre ausgedehnt werden.

6.2.3 Infrastruktur der Heime erneuern

Das Augenmerk richtet sich insbesondere auf kurze Wege, selbstredend barrierefreie Bauweise und die Zimmergrösse. Galt in den 70er Jahren für ein Einzelzimmer noch ein Standard von 9-11 m², sehen die überarbeiteten Richtlinien „qualivista“ eine Mindestgrösse von 16 m² und bei Ferienzimmern von 14 m² vor. Kleinere Zimmer müssen aufgehoben oder mit dem benachbarten Zimmer zusammengelegt werden.

In den letzten Jahren wurde ein guter baulicher Stand erreicht, einzelne Heime bleiben aber sanierungsbedürftig. Diverse Ausnahmegewilligungen bezüglich mangelnder baulicher Voraussetzungen konnten im Lauf der Jahre 2010/2011 aufgehoben werden. Andere Heime sind zurzeit daran, Zukunftsstrategien zu planen und umzusetzen. Die Kleinstheime selber werden aufgrund gegebener baulicher Strukturen nur gewisse Verbesserungen machen können.

Aktuell erfüllen zwei bestehende Heime die baulichen Vorgaben für eine optimale Pflege auf Dauer nicht mehr (Altbauten: lange Wege, enge Räume, mangelnde Rollstuhlgängigkeit, etc.) und müssen ersetzt werden.

6.2.4 Entlastungsangebote fördern

Die heute noch relativ klaren Grenzen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sollen aufgehoben werden. Das Heim wird zum Dienstleistungszentrum. Tagesstätten müssten idealerweise einem bereits bestehenden Pflegeheim angegliedert werden und es soll möglich sein, auch Wochenendaufenthalte, Nacht- und Ferienangebote anzubieten.

6.2.5 Personelle Anforderungen massvoll anpassen

Die Professionalisierung auf allen Stufen wird weitergehen. Gleich wie in den Bildungsberufen ist der Trend hin zu „höheren Bildungslevel“ nicht zu verkennen. So sind bereits heute, mit wenigen Ausnahmen, leitende Funktionen mit Personen mit tertiärem Bildungsabschluss besetzt.

Die Managementfähigkeiten einer Heimleitung 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 geschaffen werden. Der bisherige Schlüssel für den Bereich Pflege und Betreuung von 40% Pflegepersonal zu 60% Assistenz- und Unterstützungspersonal als allgemeine „Faustregel“, die sich auf den *Durchschnitt aller Heime* bezieht, soll so belassen werden. Je nach Pflege- und Betreuungsbedarf ist jedoch für das einzelne Heim in einem Normrahmen zwischen 30 - 50% eine individuelle Lösung zu finden. In komplexen Einzelfällen sind bis zu 60% an Fachpersonal notwendig. Auch Kleinheime weisen tendenziell einen höheren Fachpersonalschlüssel auf, um die Basisdienstleistungen – vor allem in der Pflege – überhaupt aufrechterhalten zu können. Es obliegt insbesondere den Trägerschaften, ihre Verantwortung gemeinsam mit den Heimleitungen wahrzunehmen und auf die Gratwanderung zwischen guter Pflege- und Betreuungsqualität und Kostenbewusstsein zu gehen.

6.2.6 Aus- und Weiterbildung intensivieren

Um einem sich abzeichnenden Pflegepersonalnotstand entgegenzuwirken sind die Heime seit 2011 verpflichtet, Mittel in einen Ausbildungsfonds einzulegen. Die zurückgestellten Gelder dürfen nur für die Ausbildung im Bereich Pflege verwendet werden. Die Erhebung der Stellenplanstatistik 2012 zeigt die Wirkung dieser Vorgabe: in den Pflegeheimen werden über 100 Personen allein im Bereich Pflege ausgebildet. Grundsätzlich lässt sich auch beobachten, dass die Pflegeheime im Kanton Solothurn angemessen aus- und weiterbilden. So werden laufend jüngere und ältere Menschen im Bereich Pflege und Betreuung, in der Hauswirtschaft und Küche, im technischen Dienst und vereinzelt in der Administration (KV) aus- und weitergebildet.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der zunehmenden Fremdsprachigkeit von Mitarbeitenden, aber auch von Bewohnerinnen und Bewohnern. Arbeitsmarktlich sind diese Anstellungen zwingend, um den Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal überhaupt decken zu können. Zwar kann es einerseits zu Sprachschwierigkeiten zwischen Mitarbeitenden und pflegebedürftigen Menschen und zu Problemen im Team führen. Hier sind beim Heimpersonal gute

Deutschkenntnisse zwingend einzufordern. Andererseits können fremdsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen, wenn es zu Kommunikationsproblemen mit Migrant/innen als Bewohner/innen kommt oder wenn es darum geht, Verständnis für die unterschiedlichen länderspezifischen Kulturen der Bewohnerinnen und Bewohner zu wecken.

6.2.7 Auslastung hoch halten

Stand heute sind die Heime voll ausgelastet. An dieser hohen Auslastung ist festzuhalten.

6.2.8 Bedarfserfassung RAI/RUG weiterentwickeln

Das schon per 1.1.2000 eingeführte KVG-konforme und damit von den Krankversicherern anerkannte Bedarfserfassungsinstrument RAI/RUG gilt weiterhin und wird laufend weiterentwickelt. Das Instrument beschränkt sich nicht nur auf die Bedarfserfassung; das Instrument beinhaltet auch qualitätssichernde Elemente, welche laufend optimiert und vereinfacht werden. Die Krankenversicherer prüfen regelmässig die Einstufungen ihrer Versicherten in den Heimen.

Die Gemeinschaft solothurnische Alters- und Pflegeheime hat einen Qualitätspool geschaffen, durch den unter anderem auch die Umsetzung und korrekte Systemanwendung des RAI/RUG überprüft werden kann. Das Kontrollsystem in Bezug auf die Anwendung des RAI/RUG in den Heimen ist jedoch neu zu konzipieren, da sich die Krankenversicherer aus dem bisherigen paritätischen Gremium zurückgezogen haben.

Eine interkantonale Zeitstudie in den RAI/RUG-Heimen ist geplant. Dabei geht es vor allem um die Gewichtung von Betreuung und Pflege bei demenzkranken und/oder verhaltensauffälligen Menschen. Je nach Ergebnis ist nicht auszuschliessen, dass daraus Pflegestufen und der Betreuungsbedarf anzupassen sind.

6.2.9 Bewilligung, Aufsicht und Controlling effizient gestalten

Die Erstbewilligung wird weiterhin auf zwei Jahre befristet erteilt und kann mit Bedingungen und Auflagen verbunden werden.

Nach Ablauf der 2 Jahre wird, wenn die Bewilligungsvoraussetzungen weiterhin erfüllt sind, die Betriebsbewilligung neu um sechs Jahre (bis anhin vier Jahre) befristet verlängert.

Nach drei Jahren findet ein Qualitätsaudit statt. Rechtzeitig vor Ablauf der sechsjährigen Betriebsbewilligung wird ein 2. Aufsichtsbesuch durchgeführt und die Bewilligung in der Regel erneut für sechs Jahre erteilt.

Die Pflegeheime reichen beim ASO jährlich einen standardisierten Qualitätsbericht nach KVG ein. Zusammen mit den Taxgesuchen sind die Budgets einzureichen und auch die jeweiligen Jahresrechnungen. Das ASO prüft die Rechnungen – als Basis für die Festlegung der Taxen des Folgejahres und unter anderem auch die Rückstellungen in Bezug auf die Investitionskostenpauschale und den Ausbildungsbeitrag.

Bereits im Jahre 2003 wurde eine einheitliche Kostenrechnung eingeführt. Nach mehrjährigen Auswertungen und im Rahmen eines Vorprojektes zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit in den Heimen hat sich jedoch gezeigt, dass das vorliegende Instrument nicht aussagekräftig genug ist, da Einnahmen und Ausgaben unterschiedlich verbucht werden. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit der Heime verunmöglicht. Zurzeit werden daher im Rahmen der Kostenrechnung Rechnungsmodelle erprobt, welche diese Vergleichbarkeit, namentlich in den Bereichen Hotellerie, Pflege und Betreuung herstellen. Dabei soll in Zukunft auch auf die Grundsätze von SWISS GA-AP FER (Schweizerische Standards für die Rechnungslegung in Unternehmen) abgestellt werden.

Erfüllen der Kontenrahmen und die Rechnungslegung von CuraViva die Voraussetzungen von SWISS GAAP FER kann dieses Instrument weiterhin verwendet werden.

6.2.10 Anprechstelle für Akteurinnen und Akteure im Pflegebereich betreiben

2008 schloss der Kanton Solothurn mit dem Verein Patientenstelle Aargau/Solothurn im Rahmen eines Pilotprojektes eine Leistungsvereinbarung bis 2012 ab, mit dem Ziel, eine unabhängige und neutrale Ombudsstelle für die ambulante und stationäre Betreuung und Pflege einzurichten. Die Ombudsstelle kann von Bewohnerinnen/Bewohnern, Angehörigen, aber auch Mitarbeitenden aus allen, vom ASO bewilligten Angebote aus den Bereichen Heime für Menschen mit Behinderung, Suchtinstitutionen, Pflegeheime, Spitexorganisationen angerufen werden.

6.2.11 Besondere Ausprägung der Pflegebedürftigkeit verstärkt berücksichtigen

Bezüglich der besonderen Betreuungs- und Pflegeformen (Demenz, Gerontopsychiatrie, Kurzzeitpflege und Palliativpflege und -betreuung) haben die Pflegeheime sehr viel unternommen und sich den verändernden Verhältnissen gestellt. Sie haben nicht nur das Personal geschult, sondern setzen heute zum Teil spezialisierte Teams (z.B. Palliative Care) für die Begleitung der Pflegenden und der Bewohnerinnen und Bewohner ein.

Auf diese Herausforderungen und besonderen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit soll im Folgekapitel eingegangen werden.

7. Besondere Ausprägung der Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit 2020

Als betreuungs- und pflegebedürftig 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 Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit häufig nicht auf eine einzelne, sondern auf verschiedene alters- und krankheitsbedingte Ursachen zurückzuführen. Diese Feststellung täuscht aber nicht darüber hinweg, dass die grosse Mehrheit der älteren Menschen heute bei guter Gesundheit ist und zu Hause lebt.

7.1 Hochaltrige Menschen

Mit höherem Alter treten immer mehr Krankheiten auf, was aber nicht heisst, dass Alter mit Krankheit gleichgesetzt werden darf. Von krankhaftem „Altern“ wird in der Regel gesprochen, wenn während des Alterungsprozesses spezifische Krankheiten und Krankheitssymptome auftreten (Multimorbidität). Diese führen häufig dazu, dass im Vergleich zu repräsentativen Durchschnittswerten eine verkürzte Lebensphase gleichzeitig eine eingeschränkte Lebensqualität nach sich zieht. Dabei stehen vom subjektiven Beschwerdegrad her betrachtet nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates wie Arthrosen und Osteoporose im Vordergrund.

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. Die Zunahme dieser Krankheit hat damit zu tun, dass die Menschen immer älter werden und damit das Risiko, an Demenz zu erkranken, kontinuierlich zunimmt.

7.2 Jüngere Menschen in der Langzeitpflege

Im Kanton Solothurn gibt es kaum spezialisierte Pflegeplätze für jüngere Menschen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation auf intensive Pflege angewiesen sind.

Auch für diese Menschen sollte eine gewisse Wahlfreiheit gegeben sein, wenn sie auf eine stationäre Betreuung angewiesen sind. Sie müssten wählen können, ob sie in einer spezifischen Wohngemeinschaft mit „Gleichaltrigen“ leben möchten oder in einem Pflegeheim. Grundsätzlich sind jüngere Menschen, die das AHV-Alter noch nicht erreicht haben, in einem Pflegeheim nicht fehlplatziert, wenn sie sich selber dafür entschieden haben.

Zum heutigen Zeitpunkt ist es aber so, dass es in Bezug auf diese Wahlmöglichkeit noch zu wenig Angebote gibt. Anlässlich der Erfassung der IST-Situation Anfang 2010 wurde festgestellt, dass rund 2 %, oder 58 Personen, von allen Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern unter 65 Jahre sind. Davon waren 11 jünger als 50-jährig. Weil keine adäquate Tagesstruktur angeboten werden konnte, mussten 5 Personen aus einem Behindertenheim oder der Psychiatrie ins Pflegeheim verlegt werden.

7.3 Menschen mit Behinderung

Seit dem 11. November 2009 hat der Kanton Solothurn ein Konzept „Möglichkeiten der Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung im Alter“. Grund dafür war die steigende Lebenserwartung und die damit verbundene Anzahl älterer Menschen mit einer Behinderung. Das Besondere ist, dass bei Menschen mit einer Behinderung der Alterungsprozess teilweise wesentlich früher einsetzt. Gesamtschweizerisch wurde in den letzten Jahren darüber diskutiert, ob Bewohnerinnen/Bewohner eines Behindertenheimes aus dem Heim austreten (und in ein Pflegeheim eintreten) müssen, wenn sie ins AHV-Alter kommen. Da die Betroffenen unter Umständen aber viele Jahre ihres Lebens im Behindertenheim verbracht haben, scheint eine solche Vorschrift übertrieben zu sein. Auf der anderen Seite sollen auch Menschen mit einer Behinderung im Alter wählen dürfen, wo sie leben möchten und das könnte durchaus auch in einem Pflegeheim sein.

Setzt man sich vertieft mit der „Materie“ Behinderung auseinander, wird bald klar, dass man es dabei nicht mit einer homogenen Gruppe zu tun hat. Behinderungen sind vielfältig, was sich z.B. eindrücklich am Beispiel „geistige Behinderung zeigt“. Hier werden vier Schweregrade unterschieden. Die psychische Behinderung wird ebenfalls in verschiedene Krankheitsbilder eingeteilt; nicht vergessen werden dürfen die körperliche Behinderung, die Sinnesbehinderung und die Behinderung infolge einer Suchterkrankung. Die optimale Wohnform zu finden für Menschen mit einer Behinderung ist deshalb nicht einfach; es sind verschiedene Lösungen gefragt.

Eine vom Kanton eingesetzte Arbeitsgruppe hat nach umfassenden Abklärungen Empfehlungen zur Lebensgestaltung alter Menschen mit Behinderung abgegeben. Diese sind je nach Wohnsituation vor Eintritt des AHV-Alters unterschiedlich. In Bezug auf die Menschen, die ein Leben lang in einer Behinderteninstitution verbracht haben, hat die Arbeitsgruppe aber beschlossen, dass sie solange wie möglich in ihrem angestammten Heim bleiben dürfen und erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit in ein Pflegeheim verlegt werden sollen. Inzwischen bieten auch einzelne Behindertenheime spezielle Wohneinheiten für ältere pflegebedürftige Menschen mit Behinderung an. Egal welche Wohnform gewählt wird, entscheidend sind Wunsch und Wohl der betroffenen Personen, sowie eine ihnen angepasste adäquate Betreuung und Pflege.

7.4 "Feminisierung" des Alters

Frauen leben nicht nur länger als Männer, sie bleiben auch länger gesund (Volkszählung 2000). Sie erleben deshalb aber auch mehr Jahre mit funktioneller Behinderung respektive bei schlechter bis sehr schlechter Gesundheit. Frauen leiden häufiger an Mobilitätsproblemen, Sehstörungen, körperlichen Beschwerden, Komorbidität und Depressionssymptomen als Männer. Diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden liegen – zum Vorteil der Frauen – unter anderem eine effektivere biologische Widerstandskraft und die Tatsache zugrunde, dass Frauen mehr auf ihre Gesundheit achten (Volkszählung 2000).

So umfasste die Altersgruppe der über 100-jährigen in der Schweiz im Jahr 2010 rund 800 Personen, wovon mehrheitlich Frauen. Auf den Kanton Solothurn bezogen zeigt sich die Verteilung Frauen/Männer wie folgt:

Altersgruppe	Frauen	Männer	Total
65 – 69	6'741	6'560	13'301
70 – 74	5'462	4'747	10'209
75 – 79	5'166	3'966	9'132
80 – 84	4'137	2'593	6'730
85 – 89	2'760	1'340	4'100
90 – 94	1'095	430	1'525
95 – 99	305	96	401
100 – 104	56	26	82
105 - 110	8	3	11
Total	25'730	19'761	45'491

7.5 Betagte Migrantinnen und Migranten

In der Schweiz wird in den nächsten Jahren die Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten stark ansteigen.

Stand 31. Dezember 2010 zeigt sich die Zahl der Migrantinnen/Migranten wie folgt:

Altersgruppe	Migrantinnen	Migranten	Total
65 – 69	516	718	1'234
70 – 74	494	572	1'066
75 – 79	294	349	643
80 – 84	157	144	301
85 – 89	75	47	122
90 – 94	21	11	32
95 – 99	5	1	6
100 – 104	0	0	0
105 – 110	1	1	2
Total	1'563	1'843	3'406

Neben der Muttersprache unterscheidet sich der Gesundheitszustand pensionierter Migrantinnen und Migranten am deutlichsten von gleichaltrigen Schweizerinnen und Schweizern. In der Regel härtere Arbeitsbedingungen mit starker körperlicher Belastung wie auch Mehrfachbelastungen der oft auf sich allein gestellten Familien haben zu Verschleisserscheinungen geführt, welche sich in der zweiten Lebenshälfte bemerkbar machen. Die Invaliditätsrate ist berufsbedingt hoch, psychosoziale Gesundheitsprobleme treten auf wegen familiären Trennungen und unsicheren Zukunftsperspektiven. Hinzu kommt das hohe Armutsrisiko. Studien zeigen, dass dieses bei über 60-jährigen Migrantinnen und Migranten aufgrund ihrer sozioökonomischen Situation doppelt so hoch ist als dasjenige gleichaltriger Schweizerinnen und Schweizer.

Diesen Herausforderungen und Problemstellungen wurde in der Altersarbeit bisher noch wenig Beachtung geschenkt. Der Verein Pro Migrante z.B. wünschte, dass die Einrichtungen der ambulanten und stationären Alterspflege sich interkulturell mehr öffnen, um den spezifischen kulturellen und sozialen Bedürfnissen der Seniorinnen und Senioren fremder Herkunft in angemessener Weise Rechnung zu tragen. Aufgabe der Gemeinden wäre unter anderem, Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen, welche die Integration von Gruppen und Individuen fördern. Zudem haben auch Migrantinnen und Migranten Ressourcen und Potentiale, die in der Altersarbeit genutzt werden könnten.

Dies ist zwar nicht einfach zu bewerkstelligen, gehören die Seniorinnen und Senioren doch den unterschiedlichsten Kulturen an. Zudem sind sie über alle Sozialregionen verteilt. Es ist deshalb schwierig, ein adäquates Angebot zu schaffen. Hilfreich könnten bei der Notwendigkeit eines Eintrittes in ein Pflegeheim kleine mediterrane Wohngruppen sein, mit Personal, das dieselbe Sprache spricht.

7.6 Demenz

Zurzeit beschäftigt das Thema Demenz die Solothurner Politik, was unter anderem mit einer Interpellation im Kantonsrat „Demenzkrankungen – eine Herausforderung für die Zukunft“ (KRB Nr. I 103/2011 vom 22. August 2011) zum Ausdruck kam.

Am 29. August 2011 luden das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK) zu einer Impulsveranstaltung nach Bern ein, um die gesundheitspolitische Bedeutung von Demenzerkrankungen zu diskutieren. Dabei wurden verschiedene „Problemfelder“ angesprochen, wie zum Beispiel die Früherkennung, die Finanzierung und die Unterstützung von betreuenden Angehörigen.

Die Forschung hat sich zum Ziel gesetzt, Alzheimer und andere Formen der Demenz in einem möglichst frühen Stadium diagnostizieren zu können. Dies würde erlauben, pharmakologische Therapien und interaktive Interventionen zur Erhaltung und Förderung der kognitiven Fähigkeiten zu einem frühen Zeitpunkt einzusetzen, um den Betroffenen eine möglichst lange Autonomie zu ermöglichen. Die Problematik der Früherkennung besteht unter anderem darin, dass es sich bei den Betroffenen meistens um ältere und hochaltrige Menschen handelt, weshalb Ärztinnen und Ärzte oft auf eine Abklärung verzichten, denn bei der Diagnose handelt es sich um ein langwieriges Ausschlussverfahren.

7.6.1 Definition

Gemäss der Internationalen Klassifikation medizinischer Diagnosen (ICD-10, Code F00-F03) ist die Demenz eine meist fortschreitende Erkrankung des Gehirns mit Störungen des Gedächtnisses und kognitiver Fähigkeiten wie Denken, Sprechen, Rechnen, Orientierung, Auffassung, Lernfähigkeit und Sprache sowie Fähigkeit der Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die Sinnesorgane und die Wahrnehmung funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, der Affektlage, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate bestanden haben. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Form der Demenz.

Es wird unterschieden zwischen primären und irreversiblen Demenzen, bei denen die Krankheit direkt im Gehirn beginnt, und sekundären Demenzen, denen eine internistische oder neurologische Grunderkrankung vorausgeht. Die letztgenannte Form ist unter Umständen reversibel, dazu braucht es aber zwingend eine rechtzeitige, fundierte Abklärung und Diagnose.

7.6.2 Verlauf

Im Lauf der letzten Jahre konnte aufgrund vieler Beobachtungen und Erfahrungen festgestellt werden, dass die Krankheit drei zum Teil sehr ausgeprägte Phasen oder Stufen durchläuft. Dabei wurde auch erkannt, dass – je nach Stadium – unterschiedliche Betreuungs- und Pflegeformen angebracht wären.

Die 1. Stufe ist gezeichnet von einer zunehmenden Orientierungslosigkeit. Es kommt zu Fehlleistungen in unterschiedlicher Ausprägung, was bei den Betroffenen Wut, Angst aber auch Trauer auslöst. In der 2. Stufe zeigen sich starke Wesensveränderungen. Die demenzkranken Menschen erkennen weder Angehörige, noch Freunde oder Nachbarn. Je nach Schweregrad ist ihr Verhal-

ten so auffällig, dass sie in einem geschützten Rahmen betreut und gepflegt werden müssen. In der 3. Stufe werden die demenzerkrankten Menschen immer bettlägeriger und stehen kaum selber auf. Sie werden oft in sogenannten „Oasen“ von der hektischen und lärmigen Umgebung abgeschirmt.

7.6.3 Häufigkeit

Die Anzahl demenzerkrankter älterer Menschen in der Schweiz kann aufgrund der Datenlage nur annähernd geschätzt werden. Je nach Annahme der sogenannten Prävalenzraten¹ lag die Zahl an Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, welche den Grad eines dementiellen Krankheitsbildes erreichen, im Jahr 2010 zwischen 100'000 und 125'000 Personen. Gleichzeitig ist bei dieser Zahl aber davon auszugehen, dass nur rund 1/3 eine „Demenzdiagnose“ hat, bei einem Drittel wird von einem „Verdacht“ einer demenziellen Erkrankung ausgegangen und bei einem Drittel besteht die „Möglichkeit“ einer demenziellen Erkrankung. Unabhängig der Datenlage ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahrzehnten trotz neuer Möglichkeiten in Prävention, Behandlung und Betreuung mit steigenden Zahlen von Demenzerkrankten zu rechnen ist, dies insbesondere deshalb, weil die geburtenstarken Jahrgänge das Alter erreichen, in dem das Demenzrisiko steigt. Aufgrund höherer Lebenserwartung sind Frauen sowohl als dementiell erkrankte Personen als auch als Angehörige von demenzerkrankten Menschen stärker betroffen als Männer.

Sowohl die Anzahl Neuerkrankungen wie auch die Anzahl bisheriger Erkrankungen steigt mit dem Lebensalter nahezu exponentiell an. Während in der Altersgruppe 65 – 69-jährige lediglich ein jährliches Neuerkrankungsrisiko von 0,3 – 0,4% besteht, liegt der Wert bei den 85 – 89-jährigen bereits bei 5,3 – 6,5%. Für 90-jährige und ältere Personen besteht sogar ein jährliches Neuerkrankungsrisiko von 8 - 10%.

Geht man nach Höpflinger, et al, (2011) von der tieferen Zahl von rund 100'000 demenziellen Erkrankungen aus, gibt es im Kanton Solothurn rund 3'000 Personen (Stand 2010), die an Alzheimer oder einer anderen Form von Demenz erkrankt sind oder erkrankt sein können.

Führt man das Rechnungsmodell weiter, gliedern sich die Zahlen nach Altersgruppen - gerundet - wie folgt auf:

Alter	Anzahl Kranke pro Altersgruppe		Total
	Frauen	Männer	
30-64	40	40	80
65-69	50	100	150
70-74	200	190	390
75-79	320	160	480
80-84	470	250	720
85-89	480	190	670
90+	390	120	510
Total	1930	1030	3000

Auch im Kanton Solothurn kann davon ausgegangen werden, dass wohl nur 1/3 oder rund 1'000 Personen über eine entsprechende Diagnose verfügen.

Präventive Massnahmen zur Verhinderung oder Verzögerung von Demenzerkrankungen decken sich mit den Massnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung. Physisches und psychisches Aktivbleiben, die Pflege von sozialen Beziehungen, der Verzicht auf Suchtmittelkonsum, ein sorgfältiger Umgang mit Medikamenten allgemein, usw. sind auch im Zusammenhang mit De-

¹ Diese Zahl ergibt sich aus den demographischen Daten und dem jeweiligen Anteil Kranker pro Altersgruppe, welche kognitive Beeinträchtigungen nach der internationalen Klassifikation medizinischer Diagnosen (ICD-10, Code F00-F03) aufweisen .

menzkerkrankungen wichtige Schutzfaktoren, welche diese Entwicklung auf Dauer bremsen können.

Neu entwickelte Medikamente, aber auch gezielte Trainings vermögen zudem das Eintreten alltagsrelevanter Auswirkungen hirnorganischer Störungen teilweise jetzt schon zu verzögern.

7.6.4 Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen

Nach den schon zitierten Quellen werden von den 3'000 Demenzkranken rund 60% oder 1'800 Personen zu Hause von ihren Angehörigen betreut. 40% oder 1'200 Personen werden schon heute in Heimen gepflegt und betreut.

Die Frage, ob demenzkranke Menschen in ein „Regel-Heim“ integriert werden können oder ob sie in einer speziellen Abteilung untergebracht werden müssen, wird kontrovers diskutiert. Je nach Schweregrad der Erkrankung ist es möglich, demenzkranke Menschen zu integrieren. Eine gute und klare Tagesstruktur hilft ihnen, möglichst lange in der herkömmlichen Umgebung zu leben. Ab Mitte der zweiten Krankheitsphase kommt aber der Zeitpunkt, wo die Betreuung auf einer spezifischen Abteilung sinnvoll ist. Dies vor allem dann, wenn das Bedürfnis nach Bewegung stark zunimmt, Tag und Nacht verschwimmen, die Weglaufgefahr wächst, Aggressivität und andere Verhaltensstörungen zunehmen. Zudem können Umwelteinflüsse wie Lärm, laute Musik, ein Kommen und Gehen von vielen Menschen, verwirrend wirken. Aus diesem Grund haben viele Heime in den letzten Jahren kleine Demenzabteilungen eingerichtet und zwar vor allem für die Heimbewohnerinnen und -bewohner, die schon längere Zeit im Heim leben. Heute hat das Personal in allen Heimen ein Grundwissen in Bezug auf Demenz. Wird auf einer Demenzabteilung gearbeitet oder handelt es sich um ein Demenzzentrum wird das Personal zusätzlich geschult.

7.6.5 Bestehende Angebote für demenzkranke Menschen

Die soH bietet in Olten und in Solothurn mit den gerontopsychiatrischen Tageskliniken und Ambulatorien der Psychiatrischen Dienste demenzspezifische Strukturen für die Versorgung der Bevölkerung an. Die Memory Clinic wurde geschaffen, weil es die Zusammenarbeit eines multi-professionellen Teams für Diagnostik und Beratung bei Demenzabklärungen braucht und die Früherkennung von Demenz gezielte therapeutische Massnahmen möglich machen würde.

Zurzeit sind im Kanton Solothurn rund 70% oder 1'900 aller Pflegeheimbetten von Menschen mit kognitiven Einschränkungen belegt. Davon dürften rund 900 Betten oder 33% aller Betten von Menschen mit demenziellem Krankheitsbild beansprucht werden. Für demenzkranke Menschen, die in einer spezifischen Abteilung untergebracht werden müssen, bestehen zurzeit rund 320 oder 12% spezifische Betten. Davon sind rund 50 Betten von Menschen mit einem gerontopsychiatrischen Krankheitsbild belegt (ohne soH).

Im Kanton Solothurn verfügen das Zentrum Passwang in Breitenbach und das St. Martin in Olten über ein Demenzzentrum, das nach dem 3-Welten-Modell aufgebaut ist. Das Demenz-Pflegezentrum Forst in Solothurn und das Alters- und Pflegeheim Pergola in Gerlafingen betreuen psychogeriatrische und demenzkranke Menschen im Sinne der Milieutherapie. Sie gehen davon aus, dass sich die Menschen nicht starr in drei Kategorien einteilen lassen, sondern, dass immer wieder Schwankungen auftreten, denen man gerecht werden muss. Beide Modelle haben ihre Vor- und Nachteile. Im Vordergrund steht aber das Individuum mit seinen ihm eigenen Bedürfnissen. Zusätzlich zu den hier erwähnten Angeboten, gibt es verschiedene Heime, die eine Demenzabteilung führen.

7.6.6 Massnahmen zur Bewältigung der Herausforderung der Zukunft

In den nächsten 20 Jahren wird die Anzahl demenzkranker Personen ansteigen und gleichzeitig wird die Angehörigenpflege abnehmen. Daher sind möglichst gute Voraussetzungen für die Betreuung und die Pflege der demenzkranken Personen **durch ihre Angehörigen** unabdingbar:

- **Spitexdienste stärken:** Demenzkranke Personen vergessen mit der Zeit viele ganz gewöhnliche Tätigkeiten und brauchen vermehrt ambulante Hilfe
- **Temporäre Entlastungsdienste anbieten:** Entlastungsdienste wie Tages- und Nachtstätten sowie Ferienbetten in den Heimen für kurzzeitige Betreuung ermöglichen Angehörigen „Verschnaufpausen“.
- **Informations- und Beratungsstellen einrichten:** gezielte Information gibt den Angehörigen Sicherheit und Selbständigkeit im Umgang mit der neuen und nicht einfachen Situation.
- **Öffentlichkeit sensibilisieren:** Verständnis schaffen und Hilfen für den Umgang mit krankheitsbedingt desorientierten Mitbürgerinnen und Mitbürgern bieten.

Im Rahmen der Bettenplanung in den Heimen sind vermehrt Betten bereitzustellen, welche auf die besonders ausgeprägte Form der kognitiven Beeinträchtigung hin zur Demenz ausgerichtet sind.

7.7 Gerontopsychiatrie

Die Gerontopsychiatrie ist ein Fachbereich der Erwachsenenpsychiatrie und befasst sich mit Akut- und Langzeiterkrankungen mit vorwiegend psychiatrischen Diagnosen nach ICD 10. Dieses Fachgebiet ist zum einen geprägt von Krankheitsbildern, die auch in der Psychiatrie bei jungen Erwachsenen zu finden sind: verschiedene Formen der Depression, Wahnsynndrome, Persönlichkeitsstörungen, Suchtverhalten. Zum anderen ist sie spezialisiert für die differenzielle Diagnostik und Behandlungsempfehlung komplexer gerontopsychiatrischer Zustandsbilder und Demenzabklärungen.

Für alle Betreuungspersonen sind auch diese gerontopsychiatrischen Störungen eine grosse physische und psychische Herausforderung. Für die Pflege und Betreuung bedeutet dies unabdingbar professionelles und interdisziplinäres Fachpersonal mit einer engen Verbindung zur Allgemeinmedizin, um das Versorgungsnetz gewährleisten zu können.

7.7.1 Die gerontopsychiatrische Versorgung

Auch im Bereich Gerontopsychiatrie gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Dem kommt ein Grundsatzentscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes entgegen: die Krankenversicherungen müssen nämlich die Kosten der ambulanten psychiatrischen Pflege unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen.

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 sollen jene Hilfen Vorrang haben, die zu Hause oder in den Quartieren in vertrautem Rahmen geleistet werden können. Diese werden vor allem von Hausärzten / freiberuflichen Pflegefachleuten / Spitex / Tageskliniken und –stätten und Heimen angeboten.

7.7.2 Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst

Um den Teams in den 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 (PD seit einigen 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 und Suizidalität sind im Heim schwer zu handhaben. Nicht selten ist der Verbleib im Heim grundsätzlich in Frage gestellt. In diesen Fällen bieten die PDKS – entsprechend dem Konsiliarprinzip, stets im Auftrag des Hausarztes – eine Konsultation an, die meist auch eine Beratung des Pflorgeteams, gegebenenfalls auch der Angehörigen mit einschliesst. Dadurch gelingt es oft, 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.

7.8 Akut- und Übergangspflege

Die Akut- und Übergangspflege ist nicht Bestandteil der Heimplanung, sondern ein Element der Spitalversorgung. Deshalb soll nur kurz darauf eingegangen werden.

Im Rahmen der Neuordnung Pflegefinanzierung wurde von den eidgenössischen Räten eine neue Pflegeform, die Akut- und Übergangspflege, eingeführt. Diese deckt einen zeitlich befristeten Pflegebedarf von maximal 14 Tagen im Anschluss an einen Spitalaufenthalt ab, muss von einem Spitalarzt verschrieben werden und wird nach den Regeln der Spitalfinanzierung (Kanton und Krankenversicherer) vergütet.

Mit RRB Nr. 2010/1204 vom 29. Juni 2010 hat der Regierungsrat beschlossen, dass das Departement des Innern der soH einen Leistungsauftrag zur Organisation und zum Vollzug der Akut- und Übergangspflege erteilt. Die Solothurner Spitäler AG kann einzelnen Leistungserbringern Leistungsaufträge zur Durchführung der Akut- und Übergangspflege erteilen. Inwieweit diese besondere Pflegeform mit Spitalfinanzierungsmodell überhaupt notwendig ist, wird die Zukunft zeigen.

7.9 Palliativpflege- und -betreuung

Palliative Care verbessert die Lebensqualität von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch-fortschreitenden Krankheiten. Sie umfasst medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen sowie psychische, soziale und spirituelle Unterstützung in der letzten Lebensphase.

Mit der Nationalen Strategie 2010 – 2012 legten Bund und Kantone verbindliche Ziele zur Schliessung von festgestellten Lücken fest. Hauptziel ist, dass Bund und Kantone Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen verankern. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz sollen damit eine ihrer Situation angepasste Palliative Care erhalten, damit ihre Lebensqualität verbessert werden kann.

2005 wurde im Kanton Solothurn, angeregt durch die Hausärzte Solothurn (HASO) und in enger Zusammenarbeit mit der Krebsliga Solothurn und der Mitwirkung von Gesundheitsamt und Amt für soziale Sicherheit, eine freiwillige und ehrenamtliche Arbeitsgruppe Netzwerk Palliative Care gegründet. Verschiedene soziale Organisationen waren von Anfang an gleichberechtigte Mitglieder. 2009 wurde dann der Verein Palliative Care Netzwerk gegründet. Mitglieder sind die Krebsliga, die Hausärzte Solothurn (HASO), der Spitexverband Kanton Solothurn, die soH, die Gemeinschaft solothurnische Alters- und Pflegeheime, das SRK und Sr. Verena Walter.

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

8. Bettenangebot in Pflegeheimen: Ist-Zustand

Im Kanton Solothurn gibt es 51 Heime (2012) mit eigener Trägerschaft, davon

- 37 Heime mit öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Trägerschaften, wovon eines nur für Ordensfrauen bestimmt ist;
- 14 private Heime;

Dazu bietet die soH 69 Langzeitpflegebetten an unterschiedlichen Standorten an.

8.1 Aktuelles Bettenangebot

Das Angebot verteilt sich wie folgt: Sozialregion	Alters- und Pflegeheim	Ort	Betten
BBL	Bad Ammannsegg	Lohn-Ammannsegg	71
	Läbesgarte + Bonacasa	Biberist	95
	Heimetblick	Biberist	62
	St. Elisabethenheim	Biberist	40
	Alterssitz Buechibärg	Lütterswil	42
Total			310
Dorneck	Wollmatt	Dornach	56
	Haus Martin	Dornach	46
	Alterswohngruppe Lewis	Dornach	32
	Pflegewohnheim Flühbach	Flüh	24
Total			158
Mittlerer und unterer Leberberg	Ischimatt	Langendorf	56
	Bellevue	Oberdorf	31
	Zentrum Leuenmatt	Bellach	44
	Senioren pension Fallern	Rüttenen	10
Total			141
Oberer Leberberg	Baumgarten	Bettlach	67
	Am Weinberg	Grenchen	86
	Kastels	Grenchen	87
	Y-Psilon	Grenchen	16
Total			256
Oberes Niederamt	Brüggli	Dulliken	66
Total			66

Olten	Haus zur Heimat	Olten	75
	Weingarten	Olten	71
	Stadtspark	Olten	80
	St. Martin	Olten	75
	Ruttigen	Olten	64
	Seniorenresidenz Bornblick	Olten	50
	Oasis	Trimbach	38
Total			453
Solothurn	Wengistein	Solothurn	87
	Forst	Solothurn	30
	St. Katharinen/Thüringen	Solothurn	62
	Magnolienpark	Solothurn	34
	SLS Franziskushaus	Solothurn	20

	TERTIANUM Sphinxmatte	Solothurn	26
Total			259
Thal-Gäu	Sunnepark	Egerkingen	72
	Stapfenmatt	Niederbuchsiten	28
	Inseli	Balsthal	68
Total			168
Thierstein	Zentrum Passwang	Breitenbach	63
	AZ Bodenacker	Breitenbach	62
	Stäglen	Nunningen	31
Total			156
Unteres Niederamt	AZ Mühlefeld	Erlinsbach	28
	Schlossgarten	Niedergösgen	68
	Haus im Park	Schönenwerd	90
	Belvedere	Schönenwerd	13
	Blumengarten	Schönenwerd	9
Total			208
Untergäu	Sz untergäu	Hägendorf	60
	Marienheim	Wangen b. Olten	46
	Brunnematt	Wangen b. Olten	50
Total			156
Wasseramt Ost	Derendingen-Luterbach	Derendingen	63
	Hof Obermatt	Horriwil	27
Total			90
Wasseramt Süd	Am Bach	Gerlafingen	65
	Pergola	Gerlafingen	22
	Seniorenheim	Kriegstetten	9
Total			96
Zuchwil/Luterbach	Blumenfeld	Zuchwil	75
Total			75
Total Heime			2'592
Rondo Safenwil			8
soH			69
Gesamttotal			2'669

Das Zentrum Passwang, Breitenbach (Sozialregion Thierstein) hat 30 Betten mehr, die auf der Heimliste des Kantons Basel-Land geführt werden. Das Alterszentrum Mühlefeld wird seit 2012 mit 28 Betten auf der Heimliste Kanton Solothurn geführt und mit 31 auf der Heimliste Kanton Aargau. Ebenfalls seit 2012 in der Heimliste Kanton Solothurn ist das Alterszentrum Rondo, Safenwil/AG, das aufgrund seiner Nähe zur Gemeinde Walterswil beim damaligen Bau vom Kanton Solothurn und den Einwohnergemeinden mitfinanziert worden war.

Von den angebotenen Betten sind rund 100 Betten von ausserkantonalen Bewohnerinnen und Bewohnern belegt. Gleichzeitig halten sich rund 110 Solothurnerinnen und Solothurner (nur Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezüger) in ausserkantonalen Heimen auf.

Zwischenfazit: Die planerische Bettenzahl von 2'750 per 31. Dezember 2012 auf der Basis von 13'095 Personen ist Anfang 2012 noch nicht vollumfänglich erreicht. Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass das geplante Pflegeheim in Grenchen mit rund 75 Betten verzögert realisiert wird.

8.2 Geplante Betten

Verschiedene Projekte sind beim ASO im Hinblick auf die neue Pflegeheimplanung angemeldet; bewilligt sind aber erst Bettenzahlen bis zur Höchstgrenze von 2'750:

Sozialregion	Anzahl Betten 1.1.2010	Anzahl Betten 1.1.2012	Projekte 31.12.2012	Total
BBL	303	310	10	320
Dorneck	141	158		158
Mittlerer und unterer Leberberg	141	141	20	161
Oberer Leberberg	249	256	75	331
Oberes Niederamt	70	66		66
Olten/Trimbach	441	453		453
Solothurn	248	259	30	289
Thal-Gäu	162	168	30	198
Thierstein	156	156		156
Unteres Niederamt	240	208	11	219
Untergäu	156	156	8	164
Wasseramt Ost	86	90	21	111
Wasseramt Süd	100	96		96
Zuchwil/Luterbach	70	75	5	80
Rondo Safenwil		8		8
soH Langzeit	95	69		69
Total	2'658	2'669	210	2'879

8.3 Entwicklung der Bettenzahl zwischen 2006 und 2012

In den Sozialregionen war folgende Entwicklung zu verzeichnen:

- *Sozialregion Bucheggberg/Biberist/Lohn (BBL):* Es gibt total zwar einen Überhang an Pflegebetten; der Bucheggberg selber hat aber nach wie vor wenig Betten. In Biberist ist ein Pilotprojekt am Laufen in Bezug auf die Aufnahme von „Alterswohnungen“ auf die Pflegeheimliste. Dieses Angebot ist kostengünstig und ermöglicht es den Betroffenen, auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit in den eigenen vier Wänden bleiben zu können. Aufgrund eines Missverständnisses wurde das St. Elisabethenheim in Zuchwil (Postadresse) jahrelang der Sozialregion Zuchwil/Luterbach zugewiesen. Das Heim liegt aber auf Biberister Boden und wird deshalb neu der Sozialregion Bucheggberg/Biberist/Lohn (BBL) zugeordnet. Seit Herbst 2010 ist es übrigens nicht mehr nur für Ordensfrauen offen, sondern wandelt sich zum weltlichen Heim.
- *Sozialregion Dorneck:* Das Haus Martin hat zusätzlich das Haus Elisabeth eröffnet und damit die Bettenzahl auf 46 erhöht. Die Alters- und Pflegewohngruppe Dornach Haus Felicitas und Haus zum Engel (ehemals Suppeegge) bezog im November 2011 das behindertengerecht gebaute Hotel Engel und erhöhte die Bettenzahl auf 32. Die Alters- und Pflegewohngruppe ist spezialisiert auf jüngere Menschen aus der Langzeitpsychiatrie und auf Menschen mit Demenz. In der Berechnung nicht berücksichtigt sind die 18 Betten des Spitals Dornach.
- *Sozialregion Mittlerer und Unterer Leberberg:* In Bellach wurde das Zentrum Leuenmatt eröffnet, welches heute über 44 Betten verfügt.
- *Sozialregion Oberer Leberberg:* Die Stadt Grenchen verfügt mit einer kleinen Erweiterung der Wohngemeinschaft Y-Psilon neu über 189 Betten
- *Sozialregion Oberes Niederamt :* Zu verzeichnen ist eine minimale Reduktion der Bettenzahl wegen Aufhebung von zu kleinen Zimmern.

- *Sozialregion Olten:* Der Überhang an Pflegebetten ist nach den Modellrechnungen nach wie vor zu hoch. Trotzdem wurde der Seniorenresidenz Bornblick im Rahmen eines Pilotprojektes – Pflege und Betreuung von Ehepaaren in der eigenen Wohnung, wenn ein Partner mittel bis schwer pflegebedürftig ist - 10 Betten zusätzlich bewilligt.
- *Sozialregion Solothurn:* Die Bettenzahl hat wegen der Verlegung des Rosengartens nach Bellach, der Schliessung der Wohngemeinschaft Visitation (finanzielle Probleme) und des St. Annahofes (bauliche Mängel) abgenommen. Das Alterszentrum Wengistein bietet seit Eröffnung des Neubaus vorübergehend 11 Betten mehr an. Das Heim des seraphischen Liebeswerks ist ausschliesslich für Ordensfrauen bestimmt und hat die Bettenzahl leicht reduziert. Neu gibt es in Solothurn die Seniorenresidenz Sphinxmatte mit 27 Pflegebetten, die von der TERTIANUM AG geführt wird. Diese nimmt grundsätzlich nur Selbstzahlerinnen und –zahler auf, war aber bereit, die Heimbewohnerinnen und –bewohner des St. Annahofes nach der Schliessung im März 2011 zu übernehmen. Bei der Eröffnung wurden 6 Betten zusätzlich bewilligt, die aufgehoben werden sollen, wenn es keine Bewohnerinnen/Bewohner des St. Annahofes mehr in der Seniorenresidenz Sphinxmatte hat.
- *Sozialregion Thal-Gäu;* Die Genossenschaft für Altersbetreuung und Pflege Gäu (GAG) umfasste seit ein paar Jahren die drei Einrichtungen Pflegewohnung Brüggli in Oensingen, das Alters- und Pflegeheim Thal-Gäu in Egerkingen und das Alters- und Pflegeheim Stapfenmatt in Niederbuchsiten. Aufgrund der baulichen Mängel des „Thal-Gäu“ hat die GAG in Egerkingen einen Neubau mit 72 Betten realisiert, der im Herbst 2011 bezogen worden ist (Alterszentrum Sunnepark). Die Heimbewohnerinnen und –bewohner der Pflegewohnung Brüggli, Oensingen sind ebenfalls in den Sunnepark eingezogen und die Wohnung in Oensingen wurde geschlossen. Geplant ist, im Roggenpark Oensingen eine neue Pflegewohngruppe einzurichten. Sobald diese eröffnet werden kann, wird das heutige Alterszentrum Stapfenmatt geschlossen. Das Inseli in Balsthal wird saniert und soll neu 16 zusätzliche Betten anbieten. Es wird auch eine geschützte Abteilung realisiert, die jedoch aus baulichen Gründen nicht als Abteilung für demenzkranke Menschen bezeichnet werden kann.
- *Sozialregion Thierstein:* Im Zentrum Passwang, Breitenbach, konnte mit der Eröffnung des Hauses Sana (48 Betten) die Bettenzahl auf 93 erhöht werden. 30 Betten werden auf der Heimliste des Kantons Basel-Landschaft geführt, d.h. der Kanton Solothurn hat „nur“ 63 Betten. Das Haus Cura (45 Betten) ist ein Demenzzentrum basierend auf dem „3-Welten-Modell“. Das Pflegewohnheim Flühbach in Hofstetten-Flüh konnte ebenfalls seine Bettenzahl erhöhen und hat nun 23 Betten. Geführt wird es von der Stiftung Blumenrain, Therwil/BL.
- *Sozialregion Unteres Niederamt:* Im Rahmen einer Bereinigung der Pflegeheimlisten zwischen den Kantonen Solothurn und Aargau kam es zu folgenden Veränderungen: das Alterszentrum Mühlefeld wird ab 2012 mit 28 Betten (statt wie bisher 59) auf der Heimliste des Kantons Solothurn geführt und mit 31 auf der Heimliste des Kantons Aargau. Im Gegenzug hat der Kanton Solothurn von der Heimliste des Kantons Aargau 8 Betten vom Alters- und Pflegeheim Rondo Safenwil AG in Safenwil übernommen, welches seinerzeit beim Neubau im Interesse der Gemeinde Walterswil/SO mit einem Beitrag seitens Kanton und Einwohnergemeinden unterstützt worden war.
- *Sozialregion Untergäu:* Hier ist ein leichter Ausbau an Betten (5) im Seniorenzentrum Untergäu, Hägendorf zu verzeichnen.
- *Sozialregion Wasseramt Ost:* Ausbaupläne des Alters- und Pflegeheimes Derendingen-Luterbach wurden angemeldet.
- *Sozialregion Wasseramt:* Im Alters- und Pflegeheim Am Bach, Gerlafingen, wird es im Laufe der nächsten Zeit zu einer leichten Bettenreduktion kommen (Abbau Zweierzimmer).
- *Sozialregion Luterbach/Zuchwil:* Mit Ausnahme des Alters- und Pflegeheims Derendingen-Luterbach, sind keine weiteren Ausbaupläne bekannt. Das Betagtenheim Blumen-

feld in Zuchwil hat die Bettenzahl um 5 Betten erhöht, die aber für Ferien- und Kurzaufenthalte reserviert sind.

9. Soll-Zustand – Bettenplanung 2020

9.1 Ausgangslage

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 starken Zunahme der älteren Bevölkerung. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Männer und Frauen wird weiterhin steigen. Bereits die heutigen Erfahrungen zeigen, dass die betagten Menschen später in Heime eintreten.

Diese Entwicklung widerspiegelt, dass eine unreflektierte Fortschreibung der heutigen Situation zu falschen Schlüssen führt. Es kann auch beobachtet werden, dass sich die Aufenthaltsdauer zum Teil massiv verkürzt hat. Dies zeigt sich auch darin, dass teilweise bis zu 60% der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen innerhalb eines Jahres sterben.

Nicht vergessen werden dürfen jedoch jüngere Menschen mit einer Behinderung, die vor allem auf Pflege angewiesen sind und in einem herkömmlichen Behindertenheim fehlplatziert wären (MS).

Ferner ist aus dem Suchtbereich zu beobachten, dass auch hier „junge“, d.h. <65-Jährige zunehmend Pflege benötigen und im eigentlichen Suchtheim fehlplatziert sind. Hier fehlen im Kanton Solothurn adäquate Angebote.

Die Pflegeheimplanung 2020 muss diesen sich ändernden Gegebenheiten Rechnung tragen.

Die Pflegeheimplanung 2020 bildet die neue Grundlage für

- die nach Art. 39 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG, SR 832.10) zu erstellende Heimliste.
- Bewilligungen nach § 22 Sozialgesetz vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1). Danach wird eine Bewilligung nur erteilt, wenn ein Bedarf nachgewiesen und eine zweckmässige und ganzheitliche Pflege und Betreuung gewährleistet ist.

Der Berechnung für die neuen Bedarfswahlen liegen die folgenden Grundlagen und Daten zugrunde:

- Heimplanung 2012, KRB Nr. SGB 069/2006 vom 30. August 2006 (B + E mit RRB Nr. 2006/1218 vom 26.06.2006)
- Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter, aktualisierte Szenarien von François Höpflinger, Lucy Bayer-Ogelsby und Andreas Zumbrunn, Bern, Verlag Hans Huber, 2011
- Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz, Methodik und kantonale Kennzahlen, Lucy Bayer-Ogelsby und François Höpflinger, OBSAN Bericht 47, 2010
- Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Schweiz von 2005 – 2060; Kantonale Bevölkerungsszenarien 2005 - 2035 „mittleres Szenario“ des Bundesamtes für Statistik
- Bevölkerungsstatistik Kanton Solothurn per 31.12.2010 und 31.12.2011
- Leistungs- und Finanzstatistiken 2006 - 2011 der solothurnischen Alters- und Pflegeheime, Amt für soziale Sicherheit

9.2 Die demographische Entwicklung

9.2.1 Schweiz

Da die Ergebnisse der Volkszählung 2010 noch nicht ausgewertet vorliegen, ist auf die Hauptergebnisse zur Bevölkerungsentwicklung zwischen 2005 und 2060 des Bundesamtes für Statistik (BFS, 2006) abzustellen. Daraus resultiert

- ein leichtes Wachstum der Bevölkerung in der Schweiz in den kommenden 3 Jahrzehnten;
- eine beschleunigte demographische Alterung im gleichen Zeitraum (Älterwerden der Bevölkerung und weniger Geburten);
- eine beträchtliche Veränderung des Verhältnisses zwischen Personen im Rentenalter und Personen im erwerbsfähigen Alter.

Bei der Erwerbsbevölkerung zeichnet sich ab 2019 ein Rückgang trotz angenommener stärkerer Beteiligung der Frauen ab. Zudem dürfte das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen ansteigen; gemäss F. Höpflinger und P. Perrig-Chiello (die Babyboomer, 2009) sind schon seit 2010 mehr 45 - 64-jährige Menschen erwerbstätig, als unter 45-jährige. Bezüglich der zukünftigen Lebenserwartung gibt es laut BFS (2006) unterschiedliche Szenarien. Je nach dem wie wirksam Prävention sein wird, weitere medizinische Fortschritte gemacht werden, Epidemien, neue und/oder alte Krankheiten verhindert oder eingedämmt werden können, wird die Lebenserwartung zu- respektive abnehmen.

Personen, die 2005 40 Jahre alt und älter waren, gehören zu den zahlenmässig stärksten Jahrgängen, die es in der Schweiz je gab. Die Zahl der Pensionierten steigt kontinuierlich stark an. Der zunehmende Anteil alter und hochaltriger Menschen wird nicht nur die Arbeitswelt verändern und Konsequenzen für die Wirtschaft haben, sondern auch Einfluss nehmen auf Strategien in der ambulanten und stationären Langzeitpflege.

Die Entwicklung der Alterung der Bevölkerung zeigt sich beispielhaft und eindrücklich auch an der Anzahl der höchstaltigen Personen; zwischen 2010 – 2060 steigt die Zahl 100+ -jähriger von 2'750 auf 48'237 und ist damit rund 18 mal grösser.

Die stärksten Auswirkungen werden erst in den Jahren 2025 bis 2040 erwartet (wenn die Generation der „Babyboomer“ die Hochaltrigkeit erreicht).

Die Prognose demographischer Zahlen auf lange Sicht ist mit Vorsicht zu geniessen (Unsicherheit zukünftiger Ereignisse). Grosse, kurzzeitige Schwankungen konnten auch in der Vergangenheit nicht immer vorausgesagt werden, beispielsweise der „Baby Boom“ nach dem Zweiten Weltkrieg oder der sogenannte „Pillenknicke“. Das sogenannte 4. und 5. Lebensalter ist bisher kaum erforscht. Tatsache bleibt, dass vor allem in der Schweiz die Menschen sehr alt werden können und dabei in den meisten Fällen eine längere behinderungsfreie Zeit erleben dürfen, als bisher dagewesen. Aus diesen Gründen muss eine Bettenplanung über eine längere Zeitspanne laufend überprüft werden.

Für die kantonale Pflegeheimplanung 2020 erscheint es angezeigt, auf das sogenannte *mittlere Szenario* der Bevölkerungsentwicklung abzustellen. Auch wenn die Heimplanung nur bis 2020 Vorgaben macht, soll doch – aufgrund der heutigen Erkenntnisse – die weitere Entwicklung bis 2060 dargestellt werden.

Mittleres Szenario CH zur Bevölkerungsentwicklung – bis 2060

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-104	105-109	110*	Total 80+	Total
2010	400'044	304'649	256'929	195'623	122'270	47'306	13'747	2'417	315	18	381'696	1'343'318
2020	448'694	412'053	338'942	230'241	153'737	74'594	24'057	4'349	471	19	487'468	1'687'157
2030	569'202	475'972	384'346	321'078	216'402	99'413	37'831	9'377	1'268	71	685'440	2'114'899
2040	510'149	525'055	491'697	378'329	255'150	150'315	61'874	15'542	2'693	231	864'134	2'391'035
2050	513'662	473'796	442'981	422'467	335'997	188'333	80'480	27'274	5'541	541	1'060'633	2'491'072
2060	524'686	498'455	449'030	484'639	307'170	217'355	113'596	38'466	8'540	1'231	1'170'997	2'643'168

9.2.2 Demographische Entwicklung im Kanton Solothurn

Analog der Prognosen des BFS für die Schweiz wurde für den Kanton Solothurn eine Hochrechnung in Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung gemacht; und zwar auf der Basis der Zahlen BFS. Ausgangspunkt war dabei die Bevölkerungsstatistik Kanton Solothurn vom 31.12.2010. Auf der Basis der ermittelten Prozentzahlen, wurde anschliessend eine Prognose der Bevölkerungsentwicklung für den Kanton Solothurn bis ins Jahr 2060 errechnet.

Mittleres Szenario Kanton Solothurn zur Bevölkerungsentwicklung - 2060

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-104	105-109	110*	Total 80+	Total
2010	13'301	10'209	9'132	6'730	4'100	1'525	401	82	10	1	12'849	45'491
2020	15'731	13'864	11'265	7'691	5'337	2'354	800	147	16	1	16'346	57'206
2030	19'475	16'839	13'390	10'735	7'005	3'022	1'394	318	43	3	25'520	72'224
2040	17'455	18'575	17'130	12'649	8'259	4'569	2'280	528	92	8	28'385	81'545
2050	17'576	16'762	15'432	14'125	10'876	5'725	2'966	926	188	18	34'824	84'594
2060	17'953	17'635	15'643	16'204	9'943	6'607	4'186	1'306	290	40	38'576	89'807

9.2.3 Auswirkungen auf die Pflegebettenzahl: Fortschreibung

Hypothetisch ergäben sich im Kanton Solothurn bei **einer Fortschreibung der bisherigen Basis von 21% der 80+ -Jährigen** für das Jahr 2020 folgende Bettenzahl (gerundet)

2010	12'849	2'696
2012	13'000	2'750
2020	16'346	3'430

Zwischenfazit: Aus dieser Fortschreibung ergäbe sich für das Jahr 2020 neu eine hypothetische Bettenzahl von 3'430. Diese Zahl enthält dabei auch rund 60 Betten für pflegebedürftige Menschen < 65 Jahre.

9.3 Weitere Berechnungsfaktoren

Die Kategorie der **unter 65-jährigen** pflegebedürftigen Personen ist zwar grundsätzlich nicht Teil der Heimplanung. Die Platzierung von jüngeren Menschen in solothurnischen Pflegeheimen ist nicht in allen nicht Fällen optimal. Pflegebedürftige Menschen unter 65 sollten schwerge- wichtig in Behinderten-Wohnheime sowie in sozial- und heilpädagogischen Institutionen unter- gebracht werden. Trotzdem ist es ein Faktum, dass 2011 ca. 60 Personen unter 65 in einem Pfl- egeheim lebten. Beobachtungen zeigen, dass weiterhin mit einem Anteil von jungen Menschen in Pflegeheimen gerechnet werden muss. Daher sind auch in der Heimplanung diese rund 50 - 60 Plätze für Menschen unter 65 Jahren weiterhin mit zu berücksichtigen und dazuzuzählen.

Die Lebenserwartung bei **Menschen mit einer Behinderung** nimmt zu und damit auch die Zahl von Menschen 65+, die in einer Behinderteninstitution leben. Als Alternative werden schon heute Seniorengruppen in den Behindertenheimen eingerichtet. Systembedingt wird der Auf- enthalt aber weiterhin nach den Regeln für Menschen mit einer Behinderung finanziert. Ge- genwärtig handelt es sich dabei um rund 30 Personen, welche die Belegungszahlen in Pfl- egeheimen entlasten. Auch dieser Effekt ist hochgerechnet bei der Planung 2020 zu berücksich- tigen, indem rund 50 - 60 Betten in Pflegeheimen abzuziehen sind. Die Anzahl benötigter Betten für Menschen <65 und für Menschen mit einer Behinderung >65 halten sich in etwa die Waage und gelten daher für die weitere Planung als abgegolten.

Ein weiterer Faktor bei der Berechnung der Anzahl benötigter Pflegebetten ist die „**Klienten- Wanderung**“ **zwischen den Kantonen**. 2011 kann aufgrund der eingereichten Gesuche für Ergänzungsleistungen festgestellt werden, dass 113 Solothurnerinnen und Solothurner (nur EL- Bezügerinnen und –Bezüger) in einem ausserkantonalen Heim untergebracht waren. Umge- kehrt lebten rund 97 ausserkantonale Bewohnerinnen/Bewohner in Solothurner Heimen.

Kanton	Solothurnerinnen + Solo- thurner in ausserkanta- len Heimen	Ausserkantonale in Solo- thurner Heimen
Aargau	28	21
Appenzell-Ausserrhoden	1	
Basel-Landschaft	9	42
Basel-Stadt	1	16
Bern	64	9
Graubünden		1
Luzern	2	1
Schwyz	1	
St. Gallen	3	1
Zürich	4	6
Total	113	97

„Aus- und Zuwanderung“ halten sich somit in etwa die Waage und gelten daher für die weitere Planung auch als abgegolten.

Kurzvergleich mit dem Kanton Bern

Um die eigenen Planungsannahmen zu plausibilisieren, ist ein Vergleich mit einem andern Kan- ton, hier dem Kanton Bern angebracht. Rechnet der Kanton Bern im Jahr 2005 mit einer Bet- tenzahl von 30 % der 80+-jährigen, friert er gemäss Alterspolitik 2011 die Bettenzahlen ein. Dadurch sinkt der Bettenschlüssel kontinuierlich auf 24,3 % im Jahr 2020. Bis ins Jahr 2030 soll der Abdeckungsgrad sogar auf 17,6 % abnehmen. Begründet wird dies im Bericht zur Alterspo- litik Kanton Bern 2011 wie folgt:

- Aktuell bestehe kein Mangel an Pflegeplätzen im Kanton Bern; die vorhandenen Betten sei- en zum Teil aber regional unterschiedlich verteilt.

- Die kantonale Alterspolitik ziele darauf ab, dass Pflegeheimplätze nur noch Personen zur Verfügung gestellt werden, die einen grossen Pflegebedarf haben, der sich nicht mehr durch ambulante Angebote decken lasse. Knapp 1/3 der Pflegeheimplätze wurde von Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegestufe 0, 1 oder 2 beansprucht.
- Die mit der Pflegefinanzierung im Zusammenhang stehende Änderung im Investitionsbereich sollte ebenfalls bewirken, dass der Anreiz steigt, den Eintritt in ein Heim hinauszuzögern.
- Die Aufenthaltsdauer hat sich verkürzt.

Im Gegensatz zum Nachbarkanton rechnet der Kanton Solothurn schon seit Jahren mit nur 21% aller 80⁺-Jährigen. Diese Zahlen tragen der demographischen Entwicklung seit jeher besser Rechnung und sind auch näher „am Markt“. Im Gegensatz zum Kanton Bern kann im Kanton Solothurn von einer Bettenreduktion im Hinblick auf Folgejahre daher keine Rede sein. Vielmehr ist die Bettenzahl bis 2020 moderat zu erhöhen. Mit einer weiterhin restriktiven Bettenberechnung sollen jedoch bewusst der Ausbau der Gesundheitsförderung im Alter, die ambulante Pflege und Betreuung und alternative Wohnformen gefördert werden.

Gemäss Aussagen von Höpflinger et al., 2011, a.a.O. ist jedoch eine lineare demographische Projektion problematisch. Für die Periode 2000 bis 2020 wird deshalb vonseiten der Lehre mit einer moderaten Reduktion der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit gerechnet. Veränderungen in der Arbeitswelt (weniger Seniorinnen und Senioren aus Industriebereufen mit vorzeitigen, irreversiblen körperlichen Einbüssen, eher verbesserte Gesundheitsbiographie bei jüngeren Menschen) und präventive beziehungsweise rehabilitative medizinische Fortschritte lassen in den nächsten Jahrzehnten eine Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten als wahrscheinlich erscheinen.

Zwischenfazit: Es rechtfertigt sich daher, zur ersten Berechnung der Bettenzahl vorerst als Faustregel neu von 20% aller 80⁺-Jährigen für das Jahr 2020 auszugehen. Daraus resultiert – einschliesslich eines Anteils von rund 60 Betten von Personen <65 eine Planungsgrösse von rund 3'300 Betten

Diese hypothetische Bettenzahl für das Jahr 2020 ist nunmehr mit weiteren Ergebnissen zur Pflegebedürftigkeit zu plausibilisieren.

9.4 Auswirkungen auf die Pflegebettenzahl: Segmentierung nach Altersgruppen

Die „Faustregel“ und Fortschreibung zur Bettenberechnung neu auf der Basis von 20% aller 80⁺-jährigen soll in einem verfeinerten Modell überprüft werden. Diese differenzierte Betrachtungsweise drängt sich auch nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 7. September 2009, BVGE 2009/48, auf. Danach spricht zwar nichts dagegen, „Richtzahlen“ bei der Planung der stationären Betten festzulegen, die dem aktuellen und künftigen Bedarf der Wohnbevölkerung entsprechen. In Bezug auf die Bedarfsanalyse ist es jedoch zu begrüessen, wenn kleinere Einheiten als die der Gesamtbevölkerung den Berechnungen zu Grunde gelegt werden. Dabei soll einerseits auf den Altersaufbau der Gesellschaft in Fünfjahresschritten und andererseits auf den realen Altersaufbau in solothurnischen Pflegeheimen abgestellt werden.

Neue empirische Daten erlauben zum ersten Mal die Schätzung von Pflegequoten für die über 65-jährige Gesamtbevölkerung in der Schweiz und in den Kantonen (Höpflinger et al., a.a.O.). Auf der Basis von Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2007, BFS), der Erhebung zum Gesundheitszustand betagter Personen in Institutionen (EGBI 2008/2009, BFS) ergeben sich schweizweit für das Jahr 2010 hochgerechnet folgende Anzahlen an pflegebedürftigen Menschen:

	Bevölkerung 65+ CH 2010	Anzahl Pflegebedürftige Personen 2010
65-69	400'044	5'600
70-74	304'649	10'663
75-79	256'929	16'186
80-84	195'623	26'018
85-89	122'270	32'157
90+	63'803	34'836
Total	1'343'318	125'460

Kombiniert man diese Zahlen mit den Betreuungsraten von Höpflinger et al., 2011, a.a.O., dürften 2010 davon schweizweit schätzungsweise rund 2/3 aller pflegebedürftigen Personen oder 86'740 Personen in Pflegeheimen leben.

Jahr	65-69 0.8%	70-74 1,6%	75-79 3,7%	80-84 9,6%	85-89 21,7%	90-94 38,1%	95+ 45%	Total
2010	3'200	3'274	9'506	18'780	26'532	1'042	7'424	86'740

Umgerechnet auf den Kanton Solothurn hätten somit im Jahre 2010 rund 2'946 Personen in einem Alters- und Pflegeheim gelebt, was für das Jahr 2020 einen Bettenbedarf von 3'992 Betten mit folgendem Altersspektrum ergäbe.

Jahr	65-69 0.8%	70-74 1,6%	75-79 3,7%	80-84 9,6%	85-89 21,7%	90-94 38,1%	95+ 45%	Total
2010	106	163	338	646	890	581	222	2'946
2020	126	222	417	738	1'158	897	434	3'992
2030	156	269	495	1'030	1'520	1'151	791	5'412
2040	140	297	634	1'214	1'792	1'741	1'309	7'127
2050	141	268	571	1'356	2'360	2'181	1'844	8'721
2060	144	282	579	1'556	2'158	2'517	2'620	9'856

Für den Kanton Solothurn ist jedoch zu berücksichtigen, dass – entgegen dieses theoretischen Modells - der reale 2010 nicht bei 2'946 Betten sondern mit rund 2'590 (ohne Betten <65) rund 356 Betten oder 12% unter dem rechnerischen Wert der Untersuchung liegt. Zudem beruht die Pflege- und Betreuungsrate nach Höpflinger et al., a.a.O. 2011, auf einem Durchschnittswert für die ganze Schweiz und verändert sich je nach regionalen Besonderheiten (z.B. Stand Ausbau ambulante Pflege). Der Untersuchung liegen denn auch Zahlen von Kantonen mit einem viel höheren Bettenanteil zugrunde (bis zu einem Drittel mehr) als im Kanton Solothurn.

Es rechtfertigt sich daher den theoretisch errechneten Wert im Jahre 2020 von 3'992 Betten um rund 12 % zu reduzieren.

Zwischenfazit: Daraus resultiert eine Planungsgrösse von rund 3'500 Betten

9.5 Zwischenergebnis

Aufgrund der Darlegungen kann vorerst davon ausgegangen werden, dass es per 2020 für die stationäre Langzeitpflege je nach Datengrundlage rund 3'300 – 3'500 Betten oder rund 550 - 750 Betten mehr braucht als nach der Heimplanung 2012.

Um den Bau neuer Heime zu beschränken, ist daher zu prüfen, ob in den bestehenden Strukturen bisherige Betten, welche heute für Personen mit keiner, geringer oder leichter Pflegebe-

dürftigkeit bereitgestellt werden, für die mittlere und schwere Pflege verwendet werden können. Dabei ist auf die Pflegeintensität in solothurnischen Alters- und Pflegeheimen abzustellen.

9.6 Auswirkungen auf die Pflegebettzahl: Segmentierung nach Pflegeintensität

In schweizerischen Alters- und Pflegeheimen sind rund 25 – 30 % aller Bewohner und Bewohnerinnen nicht, beziehungsweise gering oder leicht pflegebedürftig und somit 70 - 75 % mittel und schwer pflegebedürftig (Höpflinger et al., a.a.O., 2011). Diese zusammenfassenden Grade der Pflegebedürftigkeit zeichnen sich gleichermaßen auch im Kanton Solothurn ab.

Der nachfolgende Case Mix im Kanton Solothurn zeigt die Verteilung der Heimbewohnerinnen und -bewohner auf die 12 Pflegestufen im Jahre 2010

Pflegestufe	Pflegeminuten	Anzahl Heimbewohner*	Hochgerechnet auf reale 2650
1 - a (PAO)	- 20 Minuten	173	195
2 - b (PA1)	- 40 Minuten	537	580
3 - c (BA1; PA2)	- 60 Minuten	35	41
4 - d (IA1; BA2; PB1; PB2)	- 80 Minuten	334	365
5 - e (IB1; PC1; BB2)	- 100 Minuten	376	396
6 - f (PC2; IA2; IB2; CA2)	- 120 Minuten	110	120
7 - g (PD1; PD2; CB1; RLA; RMA)	- 140 Minuten	482	504
8 - h (CB2; SSA; CC+; SSB; RMB)	- 160 Minuten	108	112
9 - i (PE1; CC2; PE2; SE1; RLB)	- 180 Minuten	272	296
10 - j (SSC)	- 200 Minuten	26	35
11 - k (RMC)	- 220 Minuten	1	3
12 -	- 240 Minuten	1	3
Total (Stichtag 30.6.10)		2'455	2'650

*Keine Vollerhebung

2010 wurden somit rund 195 Langzeitpflegebetten oder 7 % von Personen mit geringer Pflege (-20 Minuten) und 621 Langzeitpflegebetten oder 23 % von Personen mit leichter Pflege (20 - 60 Minuten) beansprucht.

Unabhängig von Alter und Geschlecht sind in solothurnischen Pflegeheimen zusammengezählt rund 800 oder 30 % der Bewohnerinnen/Bewohnerinnen nicht respektive gering oder leicht pflegebedürftig, grundsätzlich also weitgehend selbständig, während 70 % - hauptsächlich verbunden mit kognitiver Beeinträchtigung - mittel bis schwer pflegebedürftig sind. Daraus resultiert eine erhebliche "stille Reserve" von heute schon bestehenden Pensionsbetten, die künftig als Pflegebetten für die mittlere und schwere Pflege angeboten werden können.

9.7 Schlussfolgerung

9.7.1 Reduktion der errechneten Bettenzahl

Folgende Gründe sprechen daher dafür, nicht 3'300 – 3'500 Betten bereitzustellen

- Es werden verstärkt alternative Wohnmöglichkeiten wie Alterswohnungen mit Spitex, begleitetes und betreutes Wohnen etc. gebaut.
- Die ambulanten Dienstleistungsangebote sind im Umbruch und werden ausgebaut.

- Kurz- und Ferienaufenthalte sowie Tagesstätten ermöglichen pflegenden Angehörigen einen Moment der Entspannung und tragen dazu bei, dass betagte Menschen länger zu Hause bleiben können.
- Das Eintrittsalter in ein Pflegeheim steigt stetig an und liegt im Durchschnitt bei ca. 85 Jahren.
- Die Aufenthaltsdauer nimmt ab und liegt zurzeit bei durchschnittlich 2 ½ Jahren. Viele Aufenthalte dauern heute wenige Wochen bis ca. ½ Jahr.
- Tendenziell werden in Zukunft auch Menschen, welche „nur“ körperlich beeinträchtigt sind, dank ambulanter oder teilstationärer Betreuungs- und Pflegeangebote zu Hause leben können.
- Es rechtfertigt sich, in der Planperiode 2013 - 2020 davon auszugehen, dass ein grosser Teil der bisherigen Betten im Rahmen der Planung 2020 als Betten für die mittlere und schwere Pflege – insbesondere für demenzielle Erkrankungen bereitgestellt und damit als „platzmindernd“ angerechnet werden können.

Für die Pflegeheimplanung 2020 wird daher die Bettenzahl (einschliesslich der Personen < 65 und der „Transfer- und Passerellebetten“ in der soH) auf 3'050 beschränkt.

Diese Zahl entspricht als Faustregel neu rund **18,5% der 80+-jährigen Bevölkerung oder rund 35% der 85+-jährigen Bevölkerung** im Jahre 2020.

9.7.2 Kriterien für die Zuteilung von Pflegebetten

Die Zuteilung der neuen zusätzlichen Betten erfolgt dabei nach folgenden Kriterien:

- In der **soH** werden rund 50 Betten bereitgestellt; für **Pflegeheime** gelten 3'000 Betten als Plangrösse
- **Bereits bestehende Heime** sollen ihre Bettenzahl ausbauen dürfen; hier liegen Anträge und Anfragen vor;
- Es werden insbesondere Projekte berücksichtigt, die eine **Spezialisierung im Fokus** haben (Demenz, Gerontopsychiatrie, Kurzzeit- und Ferienaufenthalte, u.a. mehr);
- **„Bereichsnetze“** (bestehende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote schliessen sich zusammen oder vernetzen sich) sollen gefördert werden.
- **Bei Neubauten** werden Projekte berücksichtigt, welche auf vereinfachte Baukonstruktionen (zum Beispiel mobiler Modulbau) beruhen.
- Zudem soll die **„Betreuungskette“** (Alterswohnung - betreutes Wohnen mit Dienstleistung (Spitexbewilligung) mit einer kleinen stationären Pflegeeinheit - Pflegeheim (Bewilligungspflicht/Heimliste) gefördert werden.

10. Heimkreise

Bei der Würdigung der Grösse von Heimkreisen ist ausdrücklich auf die Heimplanung 2005 und 2012 sowie die damaligen Unterlagen abzustellen.

10.1 Kanton: Ein-Kreis-Modell

Bereits mit der Heimplanung 2005 wurde beschlossen, dass der Kanton Solothurn einen einzigen Heimkreis bilden soll. Kernargument dafür war, dass der Markt über Angebot und Nachfrage selbstregulierend sei. Mit der Heimplanung 2012 beschloss der Kantonsrat, dass weiterhin am Ein-Kreis-Modell festgehalten werden soll.

Das bedeutet, dass der Kanton – selbst wenn alle bewilligten oder geplanten Betten realisiert sind – weitere 166 Pflegebetten benötigt, die unabhängig von der Region zugeteilt werden könnten.

Ein-Kreis-Modell	80+ 2020	Anzahl Betten Planung 2010	Effektive Bettenzahl 2012	Bewilligte oder geplante Betten	Total	Anzahl Betten Planung 2020*	Überzahl/ Unterzahl
Kanton	16'346	2'696	2'669	210	2'879	3'050	-171

*im rechnerischen Planwert 2020 sind die rund 50 Betten der soH mit eingerechnet

Nun haben aber einzelne Regionen auch heute noch zu viele Betten, andere zu wenig. Zwar sind auch die „Mehrbetten“ in den einzelnen Regionen belegt. Aber trotz grösserer Mobilität der Bevölkerung wird es vielfach immer noch als Zumutung empfunden, aus der Herkunftsregion "herausgerissen" zu werden, in der man jahrzehntelang gelebt hat. Das Ein-Kreis-Modell schafft zudem keinen Anreiz, in Zusammenarbeit mit dem Kanton regional zu planen. Eine Einteilung in Heimkreise könnte deshalb ein geeignetes Mittel sein, um regionale Bedarfslücken zu schliessen.

Im Gegensatz zu Vorjahren, als Bezirke oder Amteien als mögliche Heimkreise diskutiert wurden, könnte heute eine mögliche Heimkreiseinteilung auf den „Sozialregionen“ oder einem „Drei-Kreis-Modell“ beruhen. In Bezug auf den prognostizierten Bettenbedarf würde das folgende Bild ergeben:

10.2 Sozialregionen: Vierzehn-Kreis-Modell

Die nachfolgenden Bevölkerungszahlen für das Jahr 2010 basieren auf den effektiven Bevölkerungszahlen in den Sozialregionen des Kantons Solothurn und wurden für das Jahr 2020 entsprechend der Entwicklung des mittleren Bevölkerungsszenarios des Bundes hochgerechnet. Der Berechnung der Bettenzahl werden für das Jahr 2010 als Faustregel rund 20,5% der 80+-jährigen Personen und für das Jahr 2020 rund 18,5% der 80+-jährigen Personen zugrunde gelegt.

Sozialregion	80+ 2020	Anzahl Betten Planung 2010	Effektive Bettenzahl 2012	Bewilligte oder geplante Betten	Total	Anzahl Betten Planung 2020	Überzahl/ Unterzahl
BBL	1'296	203	310	10	320	238	+82
Dorneck	949	155	158	0	158	174	-16
Mitt. u. Unt. Leberberg	1'207	195	141	20	161	222	-61
Ob. Leberberg	1'981	321	256	75	331	363	-32
Ob. Niederamt	683	111	66	0	66	125	-59
Olten/Trimbach	2'104	338	453	0	453	387	+66
Solothurn	1'288	202	259	30	289	237	+52
Thal-Gäu	1'801	292	168	30	198	330	-132
Thierstein	867	140	156	0	156	159	-3
Unt. Niederamt*	1'075	172	216	11	227	198	+29
Untergäu	933	149	156	8	164	171	-7
Wasseramt Ost	760	124	90	21	111	139	-28
Wasseramt Süd	645	105	96	0	96	118	-22
Zuchwil/Luterbach	757	120	75	5	80	139	-59
soH		69	69		69	50	+19
Total	16'346	2'696	2'669	210	2'879	3'050	-171

*inkl. Rondo Safenwil (8 Betten)

10.3 Region: Drei-Kreis-Modell

Dieses setzt sich zusammen aus 2 Regionen des Mittellandes und dem Schwarzbubenland. Dabei soll die Sozialregion Thal-Gäu nicht aufgesplittet, sondern der Region Olten zugeordnet werden.

Heimkreise	80+ 2020	Anzahl Betten 2010	Effektive Bet- tenzahl 2012	Bewilligte oder ge- plante Betten	Total	Anzahl Betten 2020	Ueberzahl/ Unterzahl
Solothurn	7'934	1'270	1'227	161	1'388	1'456	-68
Olten	6'596	1'061	1'059	49	1'108	1'211	-103
Dorneck- Thierstein	1'816	296	314	0	314	333	-19
soH		69	69		50	50	0
Total	16'346	2'696	2'669	210	2'879	3'050	-171

10.4 Schlussfolgerung

Um die Planung zu kanalisieren, nicht zuletzt auch schon im Hinblick auf die **Bettenplanung nach 2020**, erweist sich das Ein-Kreis-Modell grundsätzlich als ungenau, das Sozialregionen-Modell als zu kleinräumig. Die Planung auf der Basis des 3-Kreis-Modells ermöglicht, auch regionale Gegebenheiten zu berücksichtigen.

Diese Modellvariante fand jedoch im Vernehmlassungsverfahren keine mehrheitliche Zustimmung. Es ist daher am bisherigen Ein-Kreis-Modell festzuhalten.

11. Kosten und Finanzierung

Gemäss § 52 Sozialgesetz legt der Regierungsrat für anerkannte Institutionen die generellen Höchsttaxen fest. Das Departement bewilligt die massgebenden individuellen Taxen.

11.1 Finanzierung 2010 (vor Inkrafttreten Neuordnung Pflegefinanzierung)

Ein wichtiger Meilenstein bei der Finanzierung von Pflegeheimaufenthalten im Kanton Solothurn war der Wechsel von der Sozialhilfe zur Ergänzungsleistung ab 2008; ein Systemwechsel, der sich sehr gut bewährt hat. Nur in einzelnen Fällen kam es bei Ergänzungsleistungsbezüglerinnen und -bezüglern in Pflegeheimen zu Deckungslücken, die über die Sozialhilfe zu finanzieren waren. 2010 sah die Finanzierung wie folgt aus (auf 365 Tage hochgerechnet):

Stufe	Anzahl	Hotellerie	Investitions kostenp.	Betreuung	Krankenver- sicherer	Total
1	173	6'503'935.00	947'175.00	1'136'610.00	1'199'755.00	9'787'475.00
2	537	20'188'515.00	2'940'075.00	8'820'225.00	4'312'110.00	36'260'925.00
3	35	1'315'825.00	191'625.00	804'825.00	396'025.00	2'708'300.00
4	334	12'556'730.00	1'828'650.00	10'728'080.00	5'364'040.00	30'477'500.00
5	376	14'135'720.00	2'058'600.00	16'468'800.00	7'822'680.00	40'485'800.00
6	110	4'135'450.00	602'250.00	5'099'050.00	2'569'600.00	12'406'350.00
7	482	18'120'790.00	2'638'950.00	25'509'850.00	12'842'890.00	59'112'480.00
8	108	4'060'260.00	591'300.00	6'386'040.00	3'193'020.00	14'230'620.00
9	272	10'225'840.00	1'489'200.00	16'083'360.00	11'119'360.00	38'917'760.00
10	26	977'470.00	142'350.00	1'537'380.00	1'062'880.00	3'720'080.00
11	1	37'595.00	5'475.00	59'130.00	46'720.00	148'920.00
12	1	37'595.00	5'475.00	59'130.00	69'715.00	171'915.00
Total	2'455	92'295'725.00	13'441'125.00	92'692'480.00	49'998'795.00	248'428'125.00

Total verrechneten die solothurnischen Pflegeheime im Jahr 2010 für 2'455 Heimbewohnerinnen und –bewohner **ca. 248 Millionen Franken**.

11.2 Kantonale Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung: Uebergangsregelung 2011

Mit Beschluss vom 13. Juni 2008 haben die eidgenössischen Räte dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (BBL 2008, 5247) zugestimmt. Der Gesetzgeber legte eine Übergangszeit von drei Jahren, somit bis spätestens per 01. Januar 2014 fest, um die Tarife an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge anzugleichen. Der Kanton Solothurn ist anfänglich davon ausgegangen, dass für die öffentliche Hand keine Restfinanzierung aus Pflege entsteht. 2011 sah die Finanzierung wie folgt aus (auf 365 Tage hochgerechnet):

Stufe	Anzahl	Hotellerie	Investitions kostenp.	Ausbildung	Betreuung	Patienten beteiligung	Krankenver sicherer	MiGEL	Total
0	185	8'170'525.00	1'012'875.00	67'525.00	0.00	121'545.00	607'725.00	128'297.50	10'108'492.50
1	547	24'158'255.00	2'994'825.00	199'655.00	0.00	2'156'274.00	3'593'790.00	379'344.50	33'482'143.50
2	45	1'987'425.00	246'375.00	16'425.00	193'815.00	266'085.00	443'475.00	31'207.50	3'184'807.50
3	364	16'076'060.00	1'992'900.00	132'860.00	3'241'784.00	2'869'776.00	4'782'960.00	252'434.00	29'348'774.00
4	389	17'180'185.00	2'129'775.00	141'985.00	7'014'059.00	3'066'876.00	6'389'325.00	269'771.50	36'191'976.50
5	145	6'403'925.00	793'875.00	52'925.00	4'308'095.00	1'143'180.00	2'857'950.00	100'557.50	15'660'507.50
6	519	22'921'635.00	2'841'525.00	189'435.00	16'746'054.00	4'091'796.00	11'934'405.00	359'926.50	59'084'776.50
7	114	5'034'810.00	624'150.00	41'610.00	4'427'304.00	898'776.00	2'995'920.00	79'059.00	14'101'629.00
8	329	14'530'285.00	1'801'275.00	120'085.00	14'818'489.00	2'593'836.00	9'726'885.00	228'161.50	43'819'016.50
9	36	1'589'940.00	197'100.00	13'140.00	1'621'476.00	283'824.00	1'182'600.00	24'966.00	4'913'046.00
10	1	44'165.00	5'475.00	365.00	45'041.00	7'884.00	36'135.00	693.50	139'758.50
11	1	44'165.00	5'475.00	365.00	45'041.00	7'884.00	39'420.00	693.50	143'043.50
12	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Total	2'675	118'141'375.00	14'645'625.00	976'375.00	52'461'158.00	17'507'736.00	44'590'590.00	1'855'112.50	250'177'971.50

Total verrechneten die solothurnischen Pflegeheime im Jahr 2011 für 2'675 Heimbewohnerinnen und –bewohner **ca. 250 Millionen Franken**.

11.3 Umsetzung Neuordnung Pflegefinanzierung ab 1. Januar 2012

Eine parlamentarisch verlangte Neuordnung der Pflegefinanzierung forderte im Laufe des Jahres 2011, dass auch im Kanton Solothurn sich die öffentliche Hand an den Pflegekosten von Personen in Pflegeheimen beteiligt. Neu sollen alle Bewohnerinnen und Bewohner – unabhängig von ihrem Einkommen und Vermögen – Anspruch auf Beiträge der öffentlichen Hand (sogenannte Restfinanzierung) an ihre stationären Pflegekosten haben. Am 9. November 2011 beschloss der Kantonsrat die entsprechende Änderung des Sozialgesetzes (Inkrafttreten 01. Januar 2012). 2012 sah die Finanzierung wie folgt aus (auf 365 Tage hochgerechnet):

Stufe	Anzahl	Hotellerie	Investition kostenp.	Ausbildung	Betreuung	Patienten beteiligung	Krankenver sicherer	MiGEL	Öffentliche Hand	Total
1	185	8'103'000.00	1'890'700.00	135'050.00	0.00	121'545.00	607'725.00	128'297.50	607'725.00	11'594'042.50
2	547	23'958'600.00	5'590'340.00	399'310.00	0.00	718'758.00	3'593'790.00	379'344.50	3'593'790.00	38'233'932.50
3	45	1'971'000.00	459'900.00	32'850.00	44'347.50	88'695.00	443'475.00	31'207.50	443'475.00	3'514'950.00
4	364	15'943'200.00	3'720'080.00	265'720.00	956'592.00	956'592.00	4'782'960.00	252'434.00	4'782'960.00	31'660'538.00
5	389	17'038'200.00	3'975'580.00	283'970.00	2'555'730.00	1'277'865.00	6'389'325.00	269'771.50	6'389'325.00	38'179'766.50
6	145	6'351'000.00	1'481'900.00	105'850.00	1'714'770.00	571'590.00	2'857'950.00	100'557.50	2'857'950.00	16'041'567.50
7	519	22'732'200.00	5'304'180.00	378'870.00	7'160'643.00	2'386'881.00	11'934'405.00	359'926.50	11'934'405.00	62'191'510.50
8	114	4'993'200.00	1'165'080.00	83'220.00	1'797'552.00	599'184.00	2'995'920.00	79'059.00	2'995'920.00	14'709'135.00
9	329	14'410'200.00	3'362'380.00	240'170.00	5'836'131.00	1'945'377.00	9'726'885.00	228'161.50	9'726'885.00	45'476'189.50
10	36	1'576'800.00	367'920.00	26'280.00	473'040.00	236'520.00	1'182'600.00	24'966.00	1'182'600.00	5'070'726.00
11	1	43'800.00	10'220.00	730.00	7'227.00	7'227.00	36'135.00	693.50	36'135.00	142'167.50
12	1	43'800.00	10'220.00	730.00	3'942.00	7'884.00	39'420.00	693.50	39'420.00	146'109.50
Total	2'675	117'165'000.00	27'338'500.00	1'952'750.00	20'549'974.50	8'918'118.00	44'590'590.00	1'855'112.50	44'590'590.00	266'960'635.00

Total werden die solothurnischen Pflegeheime im Jahr 2012 für 2'675 Heimbewohnerinnen und –bewohner **ca. 267 Millionen Franken** verrechnen. Die Steigerung ist zur Hauptsache zurück-

zuführen auf die Erhöhung der Investitionskostenpauschale von Fr. 15.00 auf Fr. 28.00/Tag und die Erhöhung des Ausbildungsbeitrages von Fr. 1.00 auf Fr. 2.00.

Die einzelnen Kostenfaktoren eines Heimaufenthaltes ergeben sich aus folgender Tabelle:

	2010	2011	2012
Hotellerie inkl. Investitionskostenpauschale und Ausbildung	43 %	53%	54%
Betreuung	37 %	22%	8%
Patientenbeteiligung	0 %	7%	3%
Krankenkasse inkl. MiGeL	20 %	18 %	18%
Pflegefinanzierung öffentliche Hand	0 %	0 %	17%
Total	100 %	100 %	100%

11.4 Auswirkungen der Pflegefinanzierung auf die Einwohnergemeinden

Mit der Neuordnung Pflegefinanzierung übernahmen die Einwohnergemeinden seit 2012 für ihre Einwohnerinnen und Einwohner die Restfinanzierung der stationären Pflegeleistungen, unabhängig davon, in welcher Institution sie betreut und gepflegt werden und unabhängig von ihren finanziellen Verhältnissen. Daraus resultiert eine Brutto-Mehrbelastung der Einwohnergemeinden für das Jahr 2012 von rund 40 Mio. Franken. Auch wenn der Kantonsrat am 9. November 2011 eine Übergangsregelung beschlossen hat, wonach sich der Kanton in den Jahren 2012 und 2013 an den Kosten hälftig zu beteiligen habe, wird den Einwohnergemeinden ein erheblicher Mehraufwand verbleiben. Gemildert wird dieser Mehraufwand zum einen dadurch, dass die Ergänzungsleistungen AHV wegen der Pflegefinanzierung tendenziell sinken, zum andern dadurch, dass die Einwohnergemeinden zusätzlich im Umfang von rund 12 - 14 Mio. Franken jährlich von den Investitionskosten befreit werden. Die Mehraufwendungen der Einwohnergemeinden einschliesslich der Entlastungen werden bei der Festlegung des neuen EL-Verteilschlüssels berücksichtigt werden.

11.5 Kostenprognose 2020

Eine Kostenprognose für die kommenden 7 – 8 Jahre ist schwierig, denn es gibt viele unbekannte Faktoren. Wie wird sich die Pflegefinanzierung weiterentwickeln, werden die Beiträge der Krankenkassen mindestens an die Teuerung angepasst, können höhere Beiträge an die Mittel- und Gegenstände (MiGeL) ausgehandelt werden, wie entwickeln sich die übrigen Heimkosten? Die folgende Berechnung für das Jahr **2020** basiert auf den Taxen 2012, hochgerechnet auf 3000 Betten (ohne 50 Betten soH) und ohne Teuerung. Dabei wurden neu 300 Betten der Pflegestufen 1 und 2 höheren Pflegestufen zugeordnet.

2020 ergeben sich geschätzt folgende Heimkosten (auf 365 Tage hochgerechnet):

Stufe	Anzahl	Hotellerie	Investition kostenp.	Ausbildung	Betreuung	Patienten beteiligung	Krankenver sicherer	MiGEL	Öffentliche Hand	Total
1	73	3'197'400.00	746'060.00	53'290.00	0.00	47'961.00	239'805.00	50'625.50	239'805.00	4'574'946.50
2	337	14'760'600.00	3'444'140.00	246'010.00	0.00	442'818.00	2'214'090.00	233'709.50	2'214'090.00	23'555'457.50
3	70	3'066'000.00	715'400.00	51'100.00	68'985.00	137'970.00	689'850.00	48'545.00	689'850.00	5'467'700.00
4	456	19'972'800.00	4'660'320.00	332'880.00	1'198'368.00	1'198'368.00	5'991'840.00	316'236.00	5'991'840.00	39'662'652.00
5	506	22'162'800.00	5'171'320.00	369'380.00	3'324'420.00	1'662'210.00	8'311'050.00	350'911.00	8'311'050.00	49'663'141.00
6	170	7'446'000.00	1'737'400.00	124'100.00	2'010'420.00	670'140.00	3'350'700.00	117'895.00	3'350'700.00	18'807'355.00
7	732	32'061'600.00	7'481'040.00	534'360.00	10'099'404.00	3'366'468.00	16'832'340.00	507'642.00	16'832'340.00	87'715'194.00
8	178	7'796'400.00	1'819'160.00	129'940.00	2'806'704.00	935'568.00	4'677'840.00	123'443.00	4'677'840.00	22'966'895.00
9	380	16'644'000.00	3'883'600.00	277'400.00	6'740'820.00	2'246'940.00	11'234'700.00	263'530.00	11'234'700.00	52'525'690.00
10	78	3'416'400.00	797'160.00	56'940.00	1'024'920.00	512'460.00	2'562'300.00	54'093.00	2'562'300.00	10'986'573.00
11	10	438'000.00	102'200.00	7'300.00	72'270.00	72'270.00	361'350.00	6'935.00	361'350.00	1'421'675.00
12	10	438'000.00	102'200.00	7'300.00	39'420.00	78'840.00	394'200.00	6'935.00	394'200.00	1'461'095.00
Total	3'000	131'400'000.00	30'660'000.00	2'190'000.00	27'385'731.00	11'372'013.00	56'860'065.00	2'080'500.00	56'860'065.00	318'808'374.00

Dazu kommen rund 5.4 Mio. Franken für die 50 Langzeitpflegebetten in den Spitälern. Sind die 3050 Betten einmal in Betrieb, fallen in den solothurnischen Pflegeheimen 2020 auf der Basis der heutigen Höchstitaxen – *ohne Berücksichtigung der Teuerung* - Gesamtkosten von rund **324 Millionen Franken** an.

Geht man davon aus, dass sich die Bettenzahl bis 2020 kontinuierlich erhöht und legt man jedem Jahr eine Teuerung von rund 1% zugrunde, ergibt sich folgende finanzielle Entwicklung.

Jahr	Bettenzahl	Total alle Kosten	Restkosten Pflegefinanzierung*
2013	2'675	266'960'635.00	44'590'590.00
2014	2'750	277'779'550.00	46'751'479.00
2015	2'850	291'993'763.00	49'868'024.00
2016	2'900	303'524'615.00	53'017'584.00
2017	2'925	308'180'100.00	54'206'097.00
2018	2'950	312'338'104.00	55'206'097.00
2019	3'000	320'402'514.00	57'144'365.00
2020	3'050	325'742'555.00	58'096'771.00

*unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit

Die gesamten Kosten der Langzeitpflege in Heimen werden sich in den nächsten 8 Jahren von 266 Mio. Franken im Jahr um rund 60 Mio. Franken auf 326 Mio. Franken im Jahr 2020 erhöhen.

Als Faustregel mag gelten, dass je nach Berechnungsjahr ein Pflegeheimbett jährlich rund 100'000 – 105'000 Franken kostet.

Die öffentliche Hand dürfte allein über die Pflegekosten bei gleichem Finanzierungssystem im 2020 um mindestens rund 14 Mio. mehr oder total 58 Mio. Franken belastet werden. Die jährlich wiederkehrenden Kosten ergeben sich allerdings erst im Rahmen der jeweils aktuellen Entwicklung.

12. Antrag

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

Im Namen des Regierungsrates

Esther Gassler
Frau Landammann

Andreas Eng
Staatsschreiber

13. Beschlussesentwurf

Pflegeheimplanung 2020

Der Kantonsrat von Solothurn, gestützt auf Artikel 37 Absatz 1 Buchstabe b^{bis}, 73 der Kantonsverfassung vom 8. Juni 1986 (KV; BGS 111.1), Artikel 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; KVG); §§ 20, 25 und 142 ff. des Sozialgesetzes vom 31. Januar 2007 (SG; BGS 831.1), nach Kenntnisnahme von Botschaft und Entwurf des Regierungsrates vom 2. Juli 2013 (RRB Nr. 2013/1356), beschliesst:

1. Als Richtzahl für den **Bettenbedarf** für die stationäre Pflege von älteren Menschen **im Jahre 2020** werden **3'050 Betten** festgelegt.
 - Diese Zahl entspricht rund 18,5% der 80+-jährigen Bevölkerung. Davon entfallen rund 18,2 % der Betten auf Pflegeheime sowie 0,3 % auf Langzeitpflegebetten (Passerellebetten) in der Solothurner Spitäler AG.
 - In diesen Zahlen ist der Bedarf in den Spitälern an Altersrehabilitations-, Alterstherapie- und medizinisch-geriatrischen und medizinisch-psychiatrischen Betten im Akutbereich und in der Akut- und Übergangspflege nicht eingeschlossen.
2. Das Departement des Innern kann die Richtzahl im Umfang von plus/minus 100 Betten anpassen.
3. Die erforderliche Bettenzahl soll auf der Basis eines **Ein-Kreis-Modells** geplant werden. Das Departement kann Ausnahmen bewilligen.
4. Die Pflegeheimplanung 2020 tritt auf **1. Oktober 2013** in Kraft und auf **31. Oktober 2021** ausser Kraft.

Im Namen des Kantonsrates

Präsident

Ratssekretär

Dieser Beschluss unterliegt nicht dem Referendum.

Verteiler KRB

Departement des Innern, Amt für soziale Sicherheit, mit B+E

Departement des Innern, Rechtsdienst, mit B+E

Kantonale Finanzkontrolle

Staatskanzlei (Eng, Stu, Rol)

Parlamentsdienste