

Bedarfsplanung der stationären Pflege und Betreuung

**Ergänzungsbericht der Ständekommission
zum Bericht "Alt werden - alt sein im Kanton
Appenzell Innerrhoden" vom 15. April 2002**

Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

1.	Ausgangslage	3
1.1.	Auftrag	3
1.2.	Ziel des Berichtes und Verhältnis zum Altersleitbild von 2002	4
2.	Bevölkerungsentwicklung	4
3.	Ist-Situation	5
3.1.	Entwicklung von Angebot und Nachfrage	5
3.2.	Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner ¹	8
3.3.	Ambulante Pflege und Betreuung (Spitex, Tagesstätte)	9
3.4.	Wohnformen im Alter	11
4.	Bedarfsplanung	12
4.1.	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	12
4.2.	Institutionalisierungshäufigkeit	14
4.3.	Auslastung und Planungsrichtwert	15
4.4.	Ausserkantonale Herkunft	16
4.5.	Aktualisierte Planung	16
4.6.	Fazit	17
5.	Betreuung von Dementen	18
5.1.	Begriffsdefinition	18
5.2.	Aktuelle Situation	19
5.3.	Fazit	19
6.	Geriatrische Rehabilitation und Übergangspflege	20
6.1.	Begriffsdefinition	20
6.2.	Angebote der Übergangspflege	20
6.3.	Fazit	21
7.	Qualitative Aspekte	21
7.1.	Qualitätssicherung	21
7.2.	Aufsicht	22
7.3.	Fazit	22
8.	Empfehlungen der Arbeitsgruppe	22
9.	Angebotsplanung	24

¹ Die Verwendung der männlichen Bezeichnung gilt sinngemäss für beide Geschlechter.

1. Ausgangslage

Die Standeskommission hatte dem Grossen Rat zu Händen seiner Session vom 26. März 2007 den Bericht des Spitalrates "Spital und Pflegeheim Appenzell: Vision und Strategie" vorgelegt. Der Grosse Rat nahm diesen Bericht zustimmend zur Kenntnis und erteilte der Standeskommission u. a. den Auftrag, als Grundlage im Hinblick auf die kommende Gesamtplanung und insbesondere auf die Kapazitätsplanung für das Pflegeheim Appenzell einen aktuellen kantonalen Altersbericht zu erstellen.

Für den Kanton Appenzell I. Rh. wurde letztmals im Jahr 1997 mit dem "Bericht über die Alters- und Pflegeheimplätze sowie die Altershilfe im Kanton Appenzell I.Rh." eine Planung für die Altersversorgung inkl. stationärer Bedarfsplanung erstellt. Im Jahr 2000 wurde in einem Ergänzungsbericht dazu die stationäre Bedarfsplanung aktualisiert bzw. revidiert.

Im Jahr 2002 verabschiedete die Standeskommission ihr kantonales Altersleitbild "Alt werden - Alt sein im Kanton Appenzell I.Rh.", das dem Erlass des Gesetzes über die öffentliche Altershilfe (AhiG; GS 801.300) vom 27. April 2003 vorgelagert war. Im Altersleitbild wurden die Leitgedanken und die Zielsetzungen der kantonalen Alterspolitik festgehalten und der Stand und die Entwicklungsmassnahmen in der Altersbetreuung sowie die finanziellen Aufwendungen des Kantons aufgezeigt.

1.1. Auftrag

Gestützt auf den Auftrag des Grossen Rates vom 26. März 2007 beauftragte die Standeskommission ihrerseits das Gesundheits- und Sozialdepartement (GSD) damit, den vorhandenen Altersbericht (1997/2000) unter Einbezug des Altersleitbildes (2002) zu aktualisieren, wobei im Wesentlichen eine auf das neueste statistische Grundlagenmaterial und die aktuellen Trends in der Nutzung von ambulanten und stationären Angeboten gestützte Bedarfsplanung resultieren soll. Nach Fertigstellung soll der "Altersbericht" der Standeskommission zu Kenntnisnahme und Beschluss gemäss Art. 23 des Gesundheitsgesetzes vom 26. April 1998 (GS 800.000) zugeleitet werden.

Das GSD bildete zur Erarbeitung des Berichtes folgende Arbeitsgruppe:

- Werner Ebnetter, Departementsvorsteher GSD (Vorsitz)
- Norbert Eugster, Leiter Soziale Dienste GSD
- Rosmarie Eugster, Geschäftsstellenleiterin Spitex-Verein AI
- Antonia Fässler, Departementssekretärin GSD (Sekretariat)
- Kurt A. Kaufmann, Direktor Spital und Pflegeheim Appenzell
- Edi Ritter, Geschäftsstellenleiter Pro Senectute
- Elsbeth Roncoroni, Präsidentin Spitex-Verein AI
- Renzo Saxer, Dr. med., Kantonsarzt
- Eric Weiss, Leiter Altersheim Gontenbad

Die Arbeitsgruppe nahm ihre Arbeit Mitte Juni 2007 auf und führte insgesamt drei Sitzungen durch.

1.2. Ziel des Berichtes und Verhältnis zum Altersleitbild von 2002

Ziel des Berichtes "Bedarfsplanung der stationären Pflege und Betreuung" ist es, für die nächsten Jahre eine stationäre Bedarfsplanung für Alters- und Pflegeheimplätze zu erstellen. Weiter sollen das bestehende Angebot erhoben und Empfehlungen für die Ausrichtung des Angebotes in den nächsten Jahren abgegeben werden.

Das Altersleitbild von 2002 dient dem Bericht "Bedarfsplanung der stationären Pflege und Betreuung" als Grundlage. Die dort formulierten Leitgedanken und Zielsetzungen der kantonalen Alterspolitik werden im vorliegenden Bericht nicht wiederholt.

2. Bevölkerungsentwicklung

Das Bundesamt für Statistik (BfS) sagt der schweizerischen Bevölkerung in den kommenden 30 Jahren eine beschleunigte Alterung voraus². Die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz wird bis 2036 stetig wachsen auf rund 8.2 Mio. Personen, um dann bis zum Jahr 2050 wieder leicht auf 8.1 Mio. zu sinken. In derselben Zeitspanne wird laut BfS die Zahl der über 64-Jährigen um über 90 Prozent zunehmen, während die Zahl der 0- bis 19-Jährigen um 15 Prozent sinken wird. Die Alterung der Bevölkerung ist damit unausweichlich. Zwischen 2005 und 2035 wird der Eintritt der zahlenmässig grossen "Babyboom-Generationen" in das dritte und vierte Lebensalter der wichtigste Faktor für die Alterung der Bevölkerung sein.

Das BfS³ geht im mittleren Szenario (AR-00-2005) davon aus, dass die Innerrhoder Bevölkerung bis zum Jahr 2034 auf etwas mehr als 18'000 Personen ansteigen und bis zum Jahr 2050 auf diesem Niveau verbleiben wird. Der Bevölkerungszuwachs wird dabei vorab auf den Zuwanderungsüberschuss aus anderen Kantonen zurückzuführen sein, während der Einwanderungsüberschuss aus dem Ausland nur wenig zum Wachstum beiträgt. Der Geburtenüberschuss wird ab 2028 zu einem Sterbeüberschuss.

Bevölkerungsentwicklung: Stand und Prognose 2000-2025⁴ (mittleres Szenario)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Gesamtbevölkerung ^{5*}	15'121	15'297	16'400	17'400	17'700	17'900
do. Innerer Landesteil (88%)	13'273	13'421	14'432	15'312	15'576	15'752
do. Äuss. Landesteil (12%)	1'848	1'876	1'968	2'088	2'124	2'148
65 - 79 Jahre ^{5*}	1'743	1'804	2'000	2'300	2'600	3'000
do. Innerer Landesteil (86.5%)	1'508	1'560	1'730	1'990	2'249	2'595
do. Äuss. Landesteil (13.5%)	235	244	270	310	351	405
80 Jahre und älter ^{5*}	606	655	800	1'000	1'100	1'200
do. Innerer Landesteil (87%)	527	570	696	870	957	1'044
do. Äuss. Landesteil (13%)	79	85	104	130	143	156

*prognostische Zahlen gerundet

² BfS-Medienmitteilung vom 4. Juli 2006 zu den "Szenarien der Bevölkerungsentwicklung 2005 - 2050"

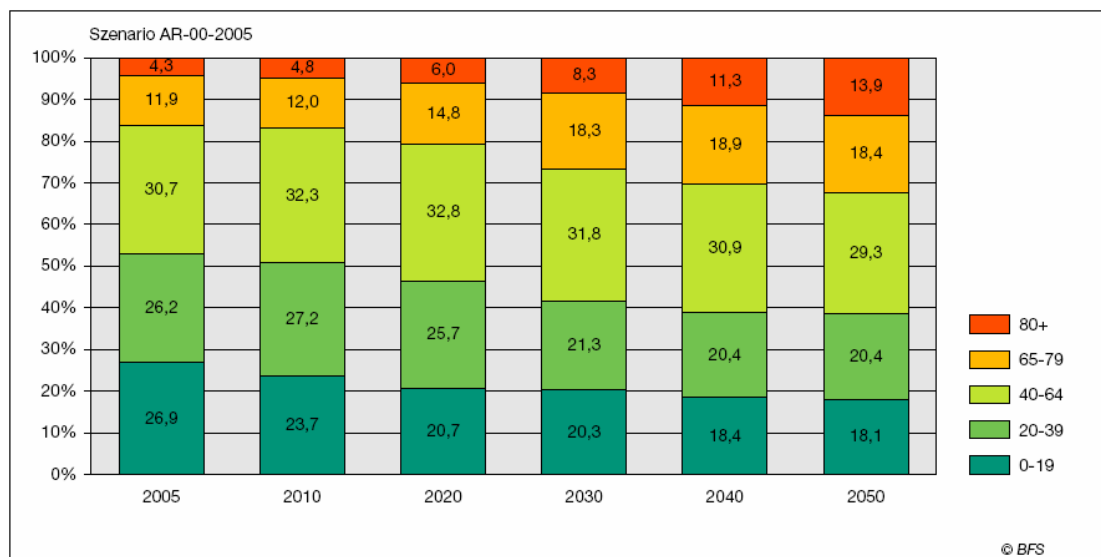
³ "Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005-2050", Bundesamt für Statistik, April 2007; entwickelt wurden ein mittleres (AR), ein hohes (BR) und ein tiefes Szenario (CR).

⁴ Quellen: Einwohnerkontrolle Kanton Appenzell I.Rh. (2000/2005); Bundesamt für Statistik (ab 2010)

⁵ Prozentuale Verteilungen auf Inneren und Äusseren Landesteil gemäss Stand Mitte Juni 2007

Gemäss kantonalen Daten⁶ lebten Mitte Juni 2007 total 15'490 Personen im Kanton Appenzell I.Rh., davon 13'644 Personen im Inneren- und 1'846 Personen im Äusseren Landesteil. Davon waren 666 oder 4.3% älter als 80-jährig.

Entwicklung der Altersstruktur im Kanton Appenzell I.Rh. 2005 - 2050⁷



2005 waren rund 11.9% der Innerrhoder zwischen 65 und 79 Jahre alt und deren 4.3% über 80 Jahre alt. Die Tendenz ist für beide Altersgruppen steigend.

Anteil älterer Personen unter den Zuzüglern

Zuzug brutto im Zeitraum 01.01.2000-19.06.2007	Total	davon 65-79	in %	davon > 80	in %
ganzer Kanton	4314	221	5.12	59	1.37
Innerer Landesteil	3657	189	5.17	50	1.37
Äusserer Landesteil	657	32	4.87	9	1.37

Die Altersverteilung bei den Zuzüglern zeigt für beide Altersgruppen tiefere Anteile als in der Gesamtbevölkerung. In Relation gesetzt zu den betreffenden Altersgruppen (Stand 19. Juni 2007) ergibt sich aber folgendes Bild: 221 oder rund 12% der 65- bis 79-Jährigen und 59 oder rund 9% der über 80-Jährigen sind in den letzten sechseinhalb Jahren zugewandert.

3. Ist-Situation

3.1. Entwicklung von Angebot und Nachfrage

Art. 39 Abs. 1 Bst. d des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) verpflichtet die Kantone, die Plätze der stationären Altersversorgung zu planen und eine Pflegeheimliste zu führen:

⁶ Einwohnerkontrolle des Kantons Appenzell Innerrhoden

⁷ "Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005-2050", Bundesamt für Statistik, April 2007

Pflegeheimliste Appenzell I.Rh.

Institution	Leistungsauftrag	Anzahl Plätze
Pflegeheim Appenzell	Pflege und medizinische Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten	59
Alters- und Pflegeheim Gontenbad	Pflege und medizinische Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten (nur bis BESA ⁸ -Stufe 3)	30
Betreuungszentrum/Pflegeheim Heiden	Pflege und medizinische Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten	8
Psychiatrisches Zentrum Herisau, Gerontopsychiatrische Abteilung	Pflege und medizinische Betreuung von Langzeitpatientinnen und -patienten mit schwerer Demenz und psychischen Störungen	7

Daneben bestehen reine Altersheimplätze, die nicht der kantonalen Planung unterstehen. Per Stichtag 31.12.2006 besteht in bzw. für Innerrhoden insgesamt folgendes Angebot an Alters- und Pflegeheimplätzen:

Institution	Altersheimbetten	Pflegeheimbetten	Bemerkungen
Innerer Landesteil			
Pflegeheim Appenzell	0	59	bis BESA-Pflegestufe 4
Bürgerheim Appenzell	56	0	
Altersheim Gontenbad	29	30	bis BESA-Stufe 3; in der Tabelle nicht berücksichtigt sind zusätzliche 12 Alterswohnungen
Gerontopsychiatr. Wohn- & Pflegezentrum, Herisau*	0	7	7 Plätze sind reserviert für AI; das Zentrum verfügt über total 66 Pflegeheimbetten
Total Innerer Landesteil	85	96	
Äusserer Landesteil			
Alters- und Invalidenheim Torfnest, Obereggen	17	0	
Betreuungszentrum/ Pflegeheim Heiden	0	8	8 Plätze sind in der Planung für AI berücksichtigt; das Zentrum verfügt über total 60 Pflegeheimbetten
Total Äusserer Landesteil	17	8	
Total Kanton	102	104	

*Die Plätze in Herisau stehen auch für Personen aus Obereggen zur Verfügung, werden im Bericht zwecks Vereinfachung aber lediglich dem Inneren Landesteil zugerechnet.

Insgesamt stehen der Innerrhoder Bevölkerung zurzeit also 104 Pflegeheimbetten in Institutionen zur Verfügung, die grundsätzlich zur Abrechnung von kassenpflichtigen Leistungen berechtigt sind. Zusätzlich gibt es 102 Altersheimbetten. Das Bettenangebot in Innerrhoden hat sich seit Anfang der 90er-Jahre nur noch gering verändert. Es kam jedoch zu einer Verschiebung von Altersheim- zu Pflegeheimbetten.

⁸ BESA steht für "BewohnerInnen - Einstufungs- und Abrechnungssystem"

Mittels eines Fragebogens wurden Angebot und Auslastung im Juni 2007 in allen Alters- und Pflegeheimen erhoben. Das Ergebnis wird nachfolgend für den Inneren und den Äusseren Landesteil separat aufgezeigt.

Alters- und Pflegeheimplätze im Inneren Land: Übersicht über die Entwicklung von Angebot und Nachfrage

	1990	1995	2000	2003	2006
Pflegeheimbetten	67	67	70	84	96
Altersheimbetten	88	107	111	92	85
Total	155	174	181	176	181
Belegung	n.v.	n.v.	156	159	169
in %	n.v.	n.v.	86.2	90.5	93.2
Wohnbevölkerung 65+	1'788	1'880	2'032	2'054	2'139
Wohnbevölkerung 80+	490	525	527	518	577
Bettendichte* total in % der Bevölkerung 80+	31.6	33.1	34.3	34.0	31.4
do. der Pflegeheimbetten	13.7	12.7	13.3	16.2	16.7
do. der Altersheimbetten	17.9	20.4	21.0	17.8	14.7
Heimbewohner von ausserhalb des Kantons	n.v.	0	4	4	5
in %	n.v.	0	2.6	2.5	3

*D.h. für so viele % der über 80-jährigen Bevölkerung ist ein Alters- oder Pflegeheimbett vorhanden.

Die Statistik zeigt, dass das Gesamtangebot an Betten im Inneren Land von 1990 bis 1995 um gut 12% auf 174 zunahm und sich seither in einer Bandbreite von etwa 4% mehr oder weniger Betten bewegte; im Jahr 2006 standen im Inneren Land 181 Betten zur Verfügung. Dabei fällt die deutliche Zunahme bei den Pflegeheimbetten seit 1990 (+ 43%) ins Auge. In der gleichen Zeit entwickelten sich die Altersheimbetten nach einem Hoch im Jahr 1995 mit 107 Betten um fast 21% zurück auf 85 im Jahr 2006. Diese Entwicklung entspricht dem gesamtschweizerischen Trend und ist eine Folge der späteren Heimeintritte und der durchschnittlich höheren Pflegebedürftigkeit der Alters- und Pflegeheimbewohner.

Die Bettendichte (Mass für die Anzahl Plätze in % der 80-jährigen und älteren Bevölkerung) liegt im Jahr 2006 - nach einer Zunahme in den Jahren dazwischen - mit 31.4% wieder etwa auf dem Niveau von 1990. Sie liegt damit über dem gesamtschweizerischen Schnitt von ca. 26.4%⁹. Schliesslich zeigt die Statistik, dass Heimbewohner von ausserhalb des Kantons für Innerrhoden (bisher) keine relevante Grössenordnung ausmachen.

⁹ Basis Haushaltstatistik 2000 (Bundesamt für Statistik, Februar 2005) bei einer durchschnittlichen Belegung von 95%; im Jahr 2006 hätte der schweizerische Durchschnitt für AI 152 Betten entsprochen.

Alters- und Pflegeheimplätze für Oberegg: Übersicht über die Entwicklung von Angebot und Nachfrage

	2000	2003	2006
Pflegeheimbetten	8	8	8
Altersheimbetten	13	17	17
Total	21	25	25
Belegung	22.3	17.7	22.8
in %	106.2	70.8	91.2
Wohnbevölkerung 65+	317	321	334
Wohnbevölkerung 80+	79	77	86
Bettendichte in % der Bev. 80+	26.6	32.5	29.1
do. der Pflegeheimbetten	10.1	10.4	9.3
do. der Altersheimbetten	16.5	22.1	19.8
Heimbewohner von ausserhalb des Kantons	2	0	0
in %	9	0	0

Die Statistik für Oberegg beginnt erst im Jahr 2000, weil die Zahlen für das Jahr 1995 nicht repräsentativ sind, da das Alters- und Invalidenheim Torfnest in diesem Jahr wegen Brandes geschlossen war. Das Gesamtangebot an Betten für Oberegg hat sich seit 2000 infolge Erweiterungsbau Torfnest um vier oder 19% auf total 25 im Jahr 2006 erhöht. Die Anzahl Pflegeheimbetten hat sich anders als im Inneren Land seit 2000 nicht verändert.

Die Bettendichte für Oberegg liegt im Jahr 2006 mit 29.1% etwas unter jener des Inneren Landes von 31.4%. Auch in Oberegg sind Zuzüger in Heime von ausserhalb des Kantons vernachlässigbar. Jedoch wohnen fünf Personen (2007) aus dem Inneren Land im Torfnest, während sechs Personen aus dem Bezirk Oberegg im Altersheim Watt in Reute AR ihren Lebensabend verbringen.

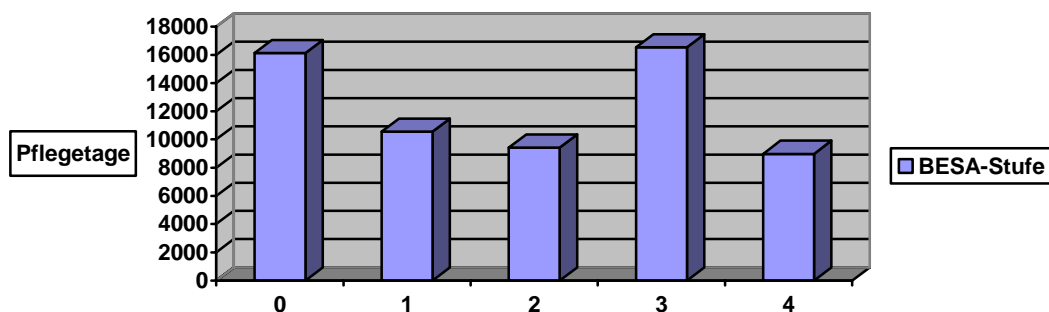
Sowohl im Inneren Landesteil mit 93.2% wie in Oberegg mit 91.2% werden die für Altersinstitutionen üblicherweise als Soll-Belegung angenommenen 95%¹⁰ nicht erreicht. Allerdings hat sich die durchschnittliche Belegung der Institutionen in den letzten Jahren zunehmend erhöht, wobei die Belegung der einzelnen Institutionen unterschiedlich ist, je nach Art und Qualität (Infrastruktur) des Angebotes.

3.2. Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner

Die Pflegebedürftigkeit wird heute in Pflegeheimen üblicherweise nach dem sogenannten BESA-System in fünf Stufen erfasst, wobei 0 die geringste bzw. keine Pflegebedürftigkeit bedeutet und 4 die höchste Pflegebedürftigkeit bezeichnet. Gemäss eigener Erhebungen sieht die Pflegebedürftigkeit in den Alters- und Pflegeheimen zurzeit wie folgt aus:

¹⁰ Die Soll-Belegung beträgt nicht 100%, weil die Heime Vorhalteleistungen wie Plätze für Überbrückungspflege oder vorübergehende (Ferien-)Aufenthalte erbringen (sollen).

Pflegebedürftigkeit der Heimbewohner gemäss BESA im Inneren Land¹¹



Die Graphik zeigt, dass 2006 26.2% der Alters- und Pflegeheimbewohner im Inneren Land kaum oder nicht (BESA-Stufe 0) und 32.4% in einem geringen Ausmass (BESA-Stufe 1 und 2) pflegebedürftig waren, während 41.4% dies in einem mittelschweren oder schweren Ausmass (BESA-Stufe 3 und 4) waren. Dabei dürfte unter BESA-Stufe 0 ein rechter Anteil leicht betreuungs- und pflegebedürftiger Personen mitgerechnet sein, da die Einstufung für die Altersheimbetten wegen fehlender Verrechenbarkeit der Leistungen an die Krankenversicherer weniger konsequent erfolgt.

Das durchschnittliche Eintrittsalter hat weiter zugenommen und lag im Jahr 2006 bei 83.1 Jahren¹². Dieser Trend dürfte anhalten. Damit einher geht, dass die Betagten bei Eintritt in die Institution auch zunehmend pflegebedürftiger¹³ sind. Wie sich die durchschnittliche Verweildauer entwickelt hat, lässt sich wegen fehlender Daten nicht genau sagen. Im Pflegeheim Appenzell beträgt sie zurzeit rund ein Jahr, während die Betagten im gemischten Alters- und Pflegeheim Gontenbad durchschnittlich während rund viereinhalb Jahren verbleiben.

3.3. Ambulante Pflege und Betreuung (Spitex, Tagesstätte)

Spitalexterne Angebote

Die spitalexternen Dienste in Appenzell I.Rh. sorgen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der kantonalen Gesundheitsgesetzgebung dafür, dass Hilfs- und Pflegebedürftige die notwendige Hilfe und Betreuung zu Hause erhalten, solange sie eine solche wünschen und es für die Umgebung sinnvoll, zumutbar und wirtschaftlich ist. Die erbrachten Dienstleistungen umfassen dabei Krankenpflege, hauswirtschaftliche Dienste, Mahlzeitendienst, Transportdienst und Entlastungsdienste. In Innerrhoden erbringt der Spitex-Verein AI die Spitex-Leistungen im engeren Sinne (i.e.S.) wie die Krankenpflege und die hauswirtschaftlichen Leistungen, während die Pro Senectute AI für den Mahlzeitendienst und die Tagesstätte verantwortlich zeichnet. Der Transportdienst liegt in den Händen des Schweizerischen Roten Kreuzes. Der Entlastungsdienst wird von der Pro Senectute AI geführt und wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Spitex-Verein AI entwickelt.

¹¹ Wegen fehlender Daten ist die Erstellung dieser Graphik für Obereggi nicht möglich.

¹² Durchschnitt der Institutionen Pflegeheim Appenzell, Alters- und Pflegeheim Gontenbad sowie Bürgerheim Appenzell.

¹³ Durchschnittliche Pflegebedürftigkeit bei Eintritt im Jahr 2006: Besa 3.2 im Pflegeheim Appenzell, Besa 2 im Alters- und Pflegeheim Gontenbad.

Gesamtschweizerisch beanspruchen rund 12% der über 65-Jährigen Leistungen der Spitex; bei den zuhause lebenden 65- bis 79-Jährigen sind es rund 8% und bei den 80-jährigen und älteren Menschen, die in Privathaushalten leben, sind es 38-40%.

Im schweizerischen Vergleich verfügt der Kanton Appenzell I.Rh. über überdurchschnittlich ausgebaute Spitex-Dienste. Zwar hat der Spitex-Verein AI vergleichsweise tiefere Beanspruchungsquoten bzw. Klientenzahlen, jedoch werden diese Klienten intensiver betreut als im schweizerischen Durchschnitt. Die Spitex-Dienste haben sich im Kanton AI, nicht zuletzt dank ihrer guten Organisation und Abdeckung, in den letzten Jahren stark entwickelt.

Nachfrage nach Spitex-Leistungen i.e.S. in Innerrhoden im Jahr 2006

Alter der Klienten	Anzahl	in% v. Total	KLV-Std.*	Std. pro Klient**	HWL-Std.*	Std. pro Klient**
jedes Alter	318	100	13'482	42.4	10'666	33.5
bis 64 Jahre	83	26.1	1'905	23.0	3'665	44.2
65 bis 79 Jahre	100	31.4	4'859	48.6	2'453	24.5
80 Jahre und älter	135	42.5	6'718	49.8	4'548	33.7
davon im Inneren Land	255	80.2	10'760	42.2	9'256	36.3
davon in Obereggen	63	19.8	2'722	43.2	1'410	22.4

* KLV = Krankenpflegeleistungsverordnung; HWL = Hauswirtschaftsleistungen (Hauspflege & Haushilfe)

**dies ist ein reiner Durchschnittswert; nicht alle Klienten beziehen sowohl pflegerische wie hauswirtschaftliche Leistungen.

Für die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen gilt, dass zwischen Spitex und stationärer Langzeitversorgung keine substitutive Beziehung besteht, sondern diese Leistungen eher zeitlich nacheinander genutzt werden¹⁴. Bei den 80-Jährigen und Älteren hingegen lässt sich klar beobachten, dass in Kantonen mit intensiverer Beanspruchung der Spitex-Dienste die Beanspruchungsquote von Alters-Pflege-Heimen vergleichsweise geringer ist. Allerdings stellt die Spitex nur für eine gewisse Gruppe von Personen eine Alternative zum stationären Aufenthalt dar: die Unterstützung durch das soziale Netz und die Wohnsituation bleiben weitere bestimmende Faktoren. Dabei ist zu beachten, dass die Leistungen der Spitex die Unterstützung der älteren Menschen durch das soziale Umfeld nicht substituieren, sondern in der Regel eher ergänzen¹⁵.

Tagesstätte (teilstationäres Angebot)

In den Räumlichkeiten des Alters- und Pflegeheims Gontenbad führt die Pro Senectute AI mit finanzieller Beteiligung des Kantons ein Tageszentrum mit maximal zehn Plätzen. Optimal ist die Belegung von acht Plätzen, da wegen der Art des Angebots die Notwendigkeit zu Vorhalteleistungen im Sinne von Platzreserven (für Kurzentschlossene, kurzfristige Abmeldungen, "Notfälle" etc.) erhöht ist. Es ist jeweils von

¹⁴ H. Jaccard Ruedin, A. Weber, S. Pellegrini und C. Jeanrenaud, Kantonaler Vergleich der Langzeitpflege in der Schweiz, Neuenburg 2006.

¹⁵ ebd.

Dienstag bis Freitag geöffnet. Das Angebot ist bisher nicht voll ausgelastet, wie die Belegungsstatistik zeigt:

Jahr	Betriebstage	Pensionstage	Belegung in % (auf acht/zehn Plätze)	Anzahl Nutzer
2005	201	1190	74.0 / 59.2	27
2006	199	1140	71.6 / 57.3	23

Im Tageszentrum werden Personen mit altersbedingten Krankheiten wie Alzheimer und Parkinson oder mit leichten psychischen oder körperlichen Behinderungen teilweise betreut. Meist dienen diese Aufenthalte der Entlastung pflegender Angehöriger. Auf diese Weise dürfte das Tageszentrum verzögernd auf Heimeintritte wirken.

3.4. Wohnformen im Alter

Im Altersleitbild von 2002 wurden nachfolgende Wohnformen im Alter genannt. Sie werden hier der Vollständigkeit halber kurz ausgeführt.

- *Wohnen zu Hause*
Ist wohl die beliebteste Wohnform im Alter. Solange es die Umstände erlauben, bleiben die meisten Betagten in ihrer angestammten Wohnung. Die Betreuung und allfällige Pflege erfolgt durch Angehörige und/oder die spitalexternen Dienste (Spitex-Verein und Pro Senectute). Notwendig ist eine hohe Selbständigkeit oder ein gutes Unterstützungs-Netzwerk.
- *Betreutes Wohnen*
Hier werden kleinere, behindertengerecht gebaute Wohneinheiten in Kombination mit bedarfsgerechtem Bezug von Hotellerie-, Betreuungs- und Pflegeleistungen angeboten (betreute Alterswohnungen). Die Betreuung kann je nach Bedürfnissen recht unterschiedlich sein und erfolgt durch angestelltes Personal, Freiwillige und/oder Angehörige; die Pflege erfolgt durch die Spitex. Ziel ist es, im eigenen Haushalt noch soviel wie möglich selbst zu besorgen. Oft wird mit solchen Wohnangeboten die Erwartung verbunden, dass man auch bei Pflegebedürftigkeit dort bleiben kann. Ideal ist deshalb die Anbindung an ein (Alters- und) Pflegeheim, dessen Dienstleistungen beansprucht werden können. Im Gontenbad besteht bisher das einzige entsprechende Angebot (Altersresidenz mit zwölf Wohnungen) in Innerrhoden.
- *Alters- und Pflegeheime*
Sind neben dem Wohnen zu Hause die üblichsten Wohnformen im Alter. Die Betreuung und Pflege erfolgen durch das Heimpersonal. Diese Wohnform wird heute - im Gegensatz zu früher - in aller Regel erst genutzt, wenn Betreuung und Pflege benötigt werden, und ist damit den anderen Wohnformen nachgelagert. Insbesondere sind eigentliche Altersheimplätze in dem Sinne, dass sein Nutzer noch sehr selbständig ist - heute seltener geworden. Das hohe Eintrittsalter und die bei Eintritt meist bereits vorhandene Pflegebedürftigkeit machen oft den Aufenthalt in einem Pflegeheim nötig. Daher wurden in Innerrhoden in der jüngeren Vergangenheit die Pflegeheimplätze zulasten der Altersheimplätze erhöht.

Im Weiteren bestehen behindertengerechte, nicht betreute *Alterswohnungen*. In diesen Siedlungen wird auf Durchmischung mit jüngeren Generationen geachtet. Erforderlich ist eine nahezu gleich hohe Selbständigkeit wie beim Wohnen zu Hause. Die geographische Nähe zu einem Alters- und/oder Pflegeheim würde die Mitbenutzung der dortigen Infrastruktur ermöglichen.

4. Bedarfsplanung

In den letzten 40 Jahren hat sich die Zahl älterer Menschen in kollektiven Haushalten¹⁶ mehr als verdoppelt; im Jahr 2005 lebten gesamtschweizerisch über 100'000 Menschen in Kollektivhaushalten. Gemessen am Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung sieht die Erhöhung allerdings schon moderater aus: 1960 lebten 7.4% der über 65-Jährigen in Kollektivhaushalten, im Jahr 2005 8.5%.

4.1. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Für die Prognose des Bettenbedarfs in Alters- und Pflegeheimen wird in der Regel auf die Anzahl hochbetagter bzw. über 80-jähriger Personen abgestellt.

1993 lebten laut einer Nationalfondsstudie rund 38% der über 80-Jährigen in einem Alters- und Pflegeheim. Gemäss Haushaltstatistik waren dies 2000 noch gut ein Viertel (vgl. Kap. 3.1.). Welche dieser Zahlen für eine Prognose verwendet werden kann, ist schwer zu sagen. Zwar gehen die Demographen von einer absoluten und relativen Zunahme der über 80-Jährigen aus, jedoch zeigen neueste Untersuchungen¹⁷ für die Schweiz, dass die Betagten insgesamt immer gesünder werden und sich die Anzahl aktiver und gesunder Lebensjahre erhöht. Der Pflegebedarf wird aufgrund dieser Erkenntnisse langsamer ansteigen als die Demographie, und demzufolge wird der Bedarf an Betten in stationären Einrichtungen nicht parallel zur Anzahl Hochbetagter ansteigen müssen. Es wird künftig eine grosse Gruppe von Menschen geben, die lange behinderungsfrei verbleibt und erst gegen Lebensende eine oft relativ kurze Phase von Pflegebedürftigkeit erfährt. Daneben wird es weiterhin eine Minderheit älterer Menschen geben, die längere Zeit behindert und pflegebedürftig bleibt. Bei gleichbleibenden Pflegebedürftigkeitsquoten würde sich bis 2020 aufgrund der demographischen Alterung eine Erhöhung um maximal ein Drittel ergeben (32-36%). Allerdings halten die aktuellen Untersuchungen für die Schweiz eine lineare Projektion aus den genannten Gründen für höchst problematisch. Künftig ist zudem mit ausgebauten geriatrischen Präventionsprogrammen zu rechnen, was den demographischen Effekt zusätzlich abschwächen wird. Höpflinger/Hugentobler¹⁸ gehen davon aus, dass eine Zunahme älterer pflegebedürftiger Menschen bis 2020 von maximal zwanzig Prozent (gemessen ab 2000) realistisch sein dürfte, unter günstigen Umständen auch weniger. Gleichzeitig wird das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Menschen weiter ansteigen; mehr und mehr pflegebedürftige Menschen werden hochbetagt sein und daher häufig gleichzeitig an verschiedenen Krankheiten

¹⁶ Unter Kollektivhaushalten versteht man kollektiv organisierte, nicht private Wohnformen, meist Einrichtungen der Wohlfahrtspflege wie Seniorenresidenzen, Alters- und Pflegeheime sowie -wohngruppen.

¹⁷ F. Höpflinger und V. Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern 2003

¹⁸ ebda.

leiden (Multimorbidität). Entsprechend dürfte in den Altersinstitutionen der Bedarf an qualifiziertem Personal (zusätzlich) zunehmen.

Es ist zu beachten, dass der Aufenthalt in einer Institution nicht allein von der Pflegebedürftigkeit abhängt, sondern die Qualität des sozialen Netzwerkes, die Wohnsituation sowie die Verfügbarkeit von Angeboten an ambulanter Pflege und Betreuung ebenso eine Rolle spielen. Die Gruppe der heute 65- bis 79-Jährigen, die bis in den nächsten 15 Jahren in die Hochaltrigkeit eintreten wird, ist eine sehr "ehfreundliche" Gruppe und lebt in hoher Zahl als Paar zusammen. Die Anzahl Hochbetagter mit gutem familiärem Netz wird in den nächsten Jahren daher eher zunehmen¹⁹. So ist zu erwarten, dass in den kommenden zwanzig Jahren vergleichsweise mehr hochbetagte Menschen von (vorab) der Partnerin oder dem Partner gepflegt werden. Zudem ist in dieser Gruppe die Anzahl der Kinderlosen vergleichsweise geringer, und der Anteil Hochbetagter mit direkten Nachkommen wird kurz- und mittelfristig ansteigen. Erst ab 2030 ist ein deutlich höherer Anteil von hochaltrigen Menschen ohne Nachkommen zu erwarten.

Die Pflegebedürftigkeitsquote in der Schweiz sieht gegenwärtig wie folgt aus²⁰:

- 10 - 11.5% aller 65-Jährigen und älteren Menschen sind pflegebedürftig;
- weniger als 10% sind bis zum Alter von 79 Jahren pflegebedürftig;
- 20% der Menschen zwischen 80 und 84 Jahren sind pflegebedürftig;
- etwa 33% der über 84-Jährigen sind pflegebedürftig.

Davon werden heute in der Schweiz etwa 40% in stationären Einrichtungen gepflegt. Umgekehrt dürfte der Anteil der zu Hause gepflegten älteren Menschen maximal 60% betragen.

Legt man diesen Zahlen die demographischen Prognosen für Innerrhoden²¹ zugrunde, zeigt sich folgendes Bild:

Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung in AI 2005 - 2025 gestützt auf Höpflinger/Hugentobler

Jahr	2005	2010	2015	2020	2025
33% der über 84-Jährigen	92	114	148	181	203
20% der 80- bis 84-Jährigen	73	89	101	103	123
<10% der 65- bis 79-Jährigen	81	74	74	85	97
10% der über 65-Jährigen (Total)	246	277	323	369	423
davon 40% in Institutionen*	98	111	129	148	169

*In dieser Zahl nicht enthalten sind jene Personen, die sich ohne bestehende Pflegebedürftigkeit in eine Institution begeben (Altersheimbetten).

Zum Vergleich das tatsächliche Angebot an Pflegeheimbetten in Innerrhoden im Jahr 2005: 104; zudem 102 Altersheimbetten.

¹⁹ F. Höpflinger und V. Hugentobler, Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter, Bern 2005

²⁰ F. Höpflinger und V. Hugentobler, Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter, Bern 2005

²¹ "Ständige Wohnbevölkerung im Kanton Appenzell I.Rh. am Jahresende nach Geschlecht und Alter nach dem Szenario AR-00-2005, 1991 - 2050, Total", Bundesamt für Statistik, April 2007

Im Alter von 80 Jahren leben noch um die 90% in privaten Haushaltungen. Von den 85- bis 89-Jährigen leben bereits 24% in einer sozialmedizinischen Einrichtung; bei den 90- bis 94-Jährigen sind es bereits 40%, und bei den über 95-Jährigen gut 58%.

Besondere Herausforderungen werden künftig die Pflege von Dementen sowie die Übergangspflege darstellen; vgl. hierzu die Kapitel 5 und 6. Eine weitere Besonderheit ist, dass behinderte Menschen heute bedeutend älter werden und ebenfalls eine geriatrische Pflegebedürftigkeit entwickeln können. Diese Personen sind in den Gesamtzahlen berücksichtigt. Solange dies mit Unterstützung der Spitex möglich sein wird, können diese Personen in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben. Wenn diese Bedingung nicht mehr erfüllt ist, müssen sie in einer Altersinstitution betreut werden, da die Behinderteninstitutionen - mit Ausnahme jener für Schwerstbehinderte - über kein oder zu wenig diplomiertes Pflegepersonal verfügen.

In aller Regel gilt das stationäre Angebot für Betagte. Allerdings bestehen (im Kanton) keine alternativen Angebote für die Pflege und Betreuung jüngerer Langzeitpatienten (z.B. MS-Betroffene). Deshalb müssten in Einzelfällen auch jüngere Menschen die Angebote von Alters- und Pflegeheimen nutzen.

4.2. Institutionalisierungshäufigkeit

Der künftige Bedarf an stationären Alters- und Pflegeheimplätzen ist von verschiedenen Faktoren abhängig, die teilweise bereits näher geschildert wurden und untenstehend nochmals zusammengefasst dargestellt werden. Dabei wird der zu erwartende Einfluss auf die Institutionalisierungshäufigkeit angegeben.

Einflussfaktoren auf die Institutionalisierungshäufigkeit

Einflussfaktor	erwartete Entwicklung ab 2005 bis 2025	Einfluss auf die Institutionalisierungshäufigkeit
zahlenmässige Entwicklung der betagten und insbesondere der hochbetagten Bevölkerung	+ 1'741 > 65 J. = +71% + 545 > 80 J. = + 83%	↑↑
Entwicklung der Pflegebedürftigkeit der betagten und insbesondere der hochbetagten Bevölkerung	keine zunehmende Pflegebedürftigkeit pro Person (gesunde Alte; s. Kap. 4.1.)	↓
Fortschritte in der Medizin, Rehabilitation und Behandlung von altersspezifischen Erkrankungen sowie Angebot an Präventionsprogrammen	Erhöhung der Anzahl gesunder Jahre	↓
Entwicklung des Eintrittsalters in die Institutionen und der Aufenthaltsdauer	weitere Erhöhung des Eintrittsalters und sinkende Aufenthaltsdauern	↓
Entwicklung und Tragfähigkeit der sozialen Netze der (hoch)betagten Bevölkerung	mehr Verheiratete und Kinderhabende unter den (Hoch-)Betagten	↓
Angebot und Verfügbarkeit von ambulanten und teilstationären Angeboten (Spitex-Dienste, Tagesstätte) ²²	Spitex weiterhin auf hohem Niveau, Tagesstätten-Angebot	→

²² Keine volle Substituierbarkeit, vgl. Ausführungen in Kap. 3.3.

Einstellung der Betagten gegenüber kollektiven Wohnformen	schwer vorherzusagen und evtl. Schwankungen unterworfen	?
Verfügbarkeit und Attraktivität des stationären Angebotes (Qualität, Infrastruktur, Lage)	abhängig von kantonalen und privaten Investitionen; staatliche Mindestvorgaben zur Qualitätssicherung	→
Verfügbarkeit und Attraktivität des "vorstationären" Wohnangebotes (siehe Kap. 3.4.)	neue Wohnformen verschieben tendenziell Eintritt in Pflegeinstitutionen	↓
relative Kosten der Inanspruchnahme für den Einzelnen und damit Finanzierung der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege und Betreuung	neue Pflegefinanzierung politisch nur realistisch, wenn Belastung des Einzelnen konstant	→

Die Fülle der Einflussfaktoren und ihre widerstrebenden Entwicklungen machen deutlich, wie schwierig es ist, eine verlässliche stationäre Bedarfsplanung zu entwickeln. Je nach Gewichtung der einzelnen Faktoren und ihrer möglichen Entwicklungsrichtungen ergäben sich unterschiedliche Bedarfswerte. Insgesamt aber lässt sich die Aussage machen, dass - mit Ausnahme der absoluten und relativen Zunahme von betagten und hochbetagten Personen - die Institutionalisierungshäufigkeit in den nächsten zwanzig Jahren tendenziell abnehmen wird.

4.3. Auslastung und Planungsrichtwert

Im Jahr 2006 galten in Innerrhoden folgende Werte:

	Innerer Landesteil	Oberegg
Bettendichte (Anzahl Betten in % der über 80-Jährigen)	31.4	29.1
Institutionalisierungshäufigkeit (Anzahl tatsächlich belegter Betten in % der über 80-Jährigen)	29.3	26.5

Die Zusammenstellung der Einflussfaktoren auf die Institutionalisierungshäufigkeit (siehe Kap. 4.1.) zeigt, dass der Trend klar zu einer künftig tieferen Institutionalisierungshäufigkeit hingeht, bzw. dass mit einer relativ rückläufigen Inanspruchnahme von stationärer Pflege und Betreuung gerechnet werden muss. Zudem ist miteinzubeziehen, dass die Innerrhoder Institutionen eine - für die Planung als Soll-Auslastung zu unterstellende - durchschnittliche Auslastung von 95% derzeit nicht erreichen (vgl. Kap. 3.1.). Die Institutionalisierungshäufigkeit soll in der Planung für die kommenden Jahre aufgrund genannter Überlegungen und in Anlehnung an die Prognosen von Höpflinger/Hugentobler (vgl. Kap. 4.1.) daher tiefer angesetzt werden, als diese heute der Fall ist, nämlich bei 21%. Dieser vergleichsweise tiefe Wert scheint auch deshalb angebracht, da das Bundesamt für Statistik für die kommenden Jahre Innerrhoden ein noch nie dagewesenes Bevölkerungswachstum vorhersagt. Ob dieses in dieser Ausprägung tatsächlich eintritt, wird sich noch zeigen müssen. Es gilt daher, vorsichtig zu planen und die Entwicklung der relevanten Einflussfaktoren (siehe Kap. 4.2.) ständig zu beobachten.

Für die künftige Planung wird zwischen Altersheim- und Pflegebetten nicht (mehr) unterschieden, da davon ausgegangen wird, dass reine Altersheimbetten zugunsten von Pflegeheimbetten mit Verrechnung mit der Krankenpflegegrundversicherung weiter zurückgehen werden. Der Kanton Appenzell I.Rh. verfügt aktuell noch über einen zu hohen Anteil an Altersheimbetten bzw. an institutioneller Versorgung von nicht oder nur leicht pflegebedürftigen älteren Menschen. Tatsächlich werden diese Betten bereits heute zum grösseren Teil für leicht bis mittel pflegebedürftige Personen genutzt. Eintritte von Personen ohne Pflegebedürftigkeit (BESA-Stufe 0) in Heime dürften weiter zurückgehen.

Schliesslich bestehen heute in einzelnen Institutionen, vorab im Bürgerheim Appenzell und im Altersheim Torfnest, noch mehrere Dreier- und Zweierzimmer, deren Belegung zunehmend schwieriger wird. Personen, die allein in Altersinstitutionen eintreten, wünschen in der Regel ein Einzelzimmer. Insbesondere die Dreier-Zimmer werden in absehbarer Zeit verschwinden, womit die Anzahl Altersheimbetten weiter sinken wird. Auch im Pflegeheim Appenzell lassen sich die verstärkte Nachfrage nach Einzelzimmern und Schwierigkeiten bei der Belegung von Mehrbettzimmern feststellen. Die verstärkte Nachfrage nach Einzelzimmern wird in den nächsten fünf bis zehn Jahren in einzelnen bestehenden Institutionen zu einer Bettenreduktion führen, wenn keine baulichen Massnahmen zur Erhöhung der Anzahl Einzelzimmer getroffen werden.

Das Altersheim Torfnest liegt dezentral ausserhalb des Dorfes, was sich heute und vor allem in Zukunft auf die Nachfrage nachteilig auswirken dürfte. Aufgrund der Kleinheit des Heimes lässt sich dieses zudem nur wirtschaftlich führen, wenn die Bewohner nur einen geringen Betreuungs- und Pflegeaufwand aufweisen.

4.4. Ausserkantonale Herkunft

Wie die Erhebung bei den Innerrhoder Langzeitpflege-Institutionen gezeigt hat (vgl. Kap. 3.1.) ist die ausserkantonale Herkunft von Bewohnern (bisher) keine relevante Grösse, um in der Planung berücksichtigt werden zu müssen. Personen, die vor Eintritt in eine Pflegeinstitution in den Kanton zuwandern, sind in den Bevölkerungsprognosen des BfS (vgl. Kap. 2) berücksichtigt.

Ebenfalls unberücksichtigt bleiben Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in Appenzell Innerrhoden, die in einem Heim ausserhalb des Kantons betreut werden (ausgenommen sind die Geriatrie im PZH und das Pflegeheim Heiden für Oberegger). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei Personen, die sich ausser Kantons in ein Alters- und Pflegeheim begeben, um Ausnahmefälle handelt. Zu- und Abgänge in den bzw. aus dem Kanton dürften sich in etwa die Waage halten.

4.5. Aktualisierte Planung

Gestützt auf obige Ausführungen und unter Annahme einer Soll-Auslastung der Institutionen von 95% ergibt sich nachfolgendes Bild, wobei das Ziel ist, für die Jahre 2015 und 2020 die genaueren Ergebnisse zu erhalten:

Aktualisierte Bedarfsplanung des stationären Angebotes für das Innere Land

	Soll-Werte	2010	2015	2020	2025
Bevölkerung 80+		696	783	870	957
Heimbewohner	21%	146	164	183	201
Bedarf Plätze*	95%	154	173	193	212
Ist-Angebot an Plätzen		181	181	181	181
Zusatzbedarf		-27	-8	12	31

Aktualisierte Bedarfsplanung des stationären Angebotes für Obereggen

	Soll-Werte	2010	2015	2020	2025
Bevölkerung 80+		104	117	130	143
Heimbewohner	21%	22	25	27	30
Bedarf Plätze*	95%	23	26	28	32
Ist-Angebot an Plätzen		25	25	25	25
Zusatzbedarf		-2	1	3	7

*gibt die Anzahl Plätze an, die für 21% der über 80-Jährigen benötigt werden, wenn die Institutionen durchschnittlich zu 95% ausgelastet bzw. belegt sind.

4.6. Fazit

Die Bedarfsplanung zeigt, dass gemessen an dem mittelfristig als realistisch erachteten Planungsrichtwert von 21% in den kommenden Jahren noch ein gewisses Überangebot besteht. Dieses ist in der heutigen Praxis aber nicht so ausgeprägt, weil gewisse Entwicklungen, die zum tieferen Planungsrichtwert von 21% führen, ihre Wirkung erst mit der Zeit zeigen werden.

Die Planung soll für die Jahre 2015 und 2020 möglichst sichere Ergebnisse zeigen. Deutlich ist, dass die heutige Anzahl an Plätzen (Altersheim- plus Pflegeheimbetten) bis ins Jahr 2015 ausreichend sein wird, und auch bis 2020 nur eine bescheidene Erhöhung notwendig sein wird (zwölf Plätze im Inneren Land, drei Plätze in Obereggen). Danach dürfte der Bedarf an Heimplätzen, ausgehend von den gleichen Rahmenbedingungen, allerdings deutlich zunehmen.

Es ist sehr wichtig, sich bewusst zu sein, dass eine Planung heutzutage ein dynamischer Auftrag ist. Der Zeithorizont der hier präsentierten Planung erstreckt sich bis 2025. Dabei lassen sich über die demographische Entwicklung relativ sichere Werte unterstellen, jedoch sind bei den Usanzen zum Heimeintritt bzw. in der Nachfrage nach Plätzen je nach finanziellen bzw. sozialversicherungsrechtlichen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Zeitverlauf immer wieder Änderungen zu beobachten und zu erwarten, die sich kaum oder gar nicht vorhersagen lassen (siehe hierzu die in Kapitel 4.2. genannten Einflussfaktoren der Nachfrage). Demnach kann für etwa fünf bis zehn Jahre eine recht genaue Bedarfsplanung erstellt werden; darüber hinaus aber ist sie mit zunehmenden Unsicherheiten behaftet. Eine Bedarfsplanung muss deshalb ein rollender Prozess sein bzw. alle paar Jahre neu justiert werden.

Für Bauplanungen - bei Gebäuden geht man von einem "Lebenszyklus" von 30 bis 40 Jahren aus - bildet die Bedarfsplanung deshalb nicht ein absolut sicheres Fundament. Bauten der Altersversorgung sollten daher sowohl in ihren Nutzungsmöglichkeiten wie auch in ihren Raumeinteilungen möglichst flexibel geplant und realisiert werden. So sollte ein (künftiges) Gebäude zur Altersversorgung eine Multioptionsbaute mit Nutzungsmöglichkeiten vom "(Betreuten) Wohnen im Alter" bis hin zur Pflegestation sein. Schliesslich sollten allfällige Neubauten in diesem Bereich so konzipiert sein, dass sich eine bauliche Erweiterung unter baulich und betrieblich optimalen Bedingungen realisieren lassen würde.

Dies bedeutet auch, dass in der Planung nicht zwischen Altersheim- und Pflegeheimbetten unterschieden wird. Idealerweise sollte jede Institution die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Pflegeheimliste bzw. für die Abrechnung ihrer Leistungen mit den Krankenversicherern erfüllen. Eine andere Möglichkeit wäre das Eingehen von engeren Kooperationen zwischen Institutionen mit verschiedenen Angeboten kollektiven Wohnens. Im Nachbarkanton Appenzell Ausserrhoden fanden sämtliche Bürger-, Alters- und Pflegeheime bereits kurz nach Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (1996) Aufnahme auf die kantonale Pflegeheimliste.

5. Betreuung von Dementen

5.1. Begriffsdefinition

Unter Demenz versteht man eine fortschreitende, nicht heilbare Erkrankung des Gehirns, bei der so wichtige Aufgaben wie das Gedächtnis, das räumliche Orientierungsvermögen oder die Sprache zunehmend schlechter funktionieren. Dabei verliert der betroffene Mensch die Kontrolle über sein Denken und über sich selber. Die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz stiften in ihrer Umgebung viel Unruhe und stossen auf wenig Verständnis bei ihren nicht-dementen Mitbewohnern, deren Lebensqualität sie durch ihr Verhalten stark beeinträchtigen können. Dies erfordert eine der Demenz angepasste Tagesstruktur und ein spezifisches Betreuungsangebot (Pflege, Betreuung, Architektur).

Da die Prävalenzraten von Demenz stark altersabhängig sind, wird die Anzahl dementer Betagter in Zukunft aufgrund der zunehmenden Hochaltrigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit noch ansteigen. Auch in den Institutionen dürfte die Anzahl dementer Bewohner entsprechend zunehmen. Andererseits ist mit Fortschritten in der medizinischen Behandlung von Alzheimer ("Impfung") zu rechnen, was diese Krankheit in zehn bis zwanzig Jahren (ganz) zurückdrängen könnte.

Demente bieten in der Betreuung vor allem in jener Krankheitsphase, in der sie sehr unruhig und verhaltensauffällig sind, besondere Probleme. Man geht heute allgemein davon aus, dass in dieser Phase eine räumliche Abgrenzung der Dementen, sowohl zu ihrem eigenen Wohle, als auch zum Wohle ihres Umfeldes, vorgenommen werden sollte. Dazu können besondere Abteilungen oder Wohngruppen innerhalb von bestehenden Alters- und Pflegeinstitutionen oder gar voll spezialisierte Institutionen gebildet werden.

Bei der Bildung spezialisierter Angebote wird heute vor allem auf das Drei-Welten-Modell²³ abgestützt, wonach Menschen mit Demenzerkrankungen drei unterschiedliche Phasen ("Erlebnisswelten") durchlaufen. Diese werden als "Welt der Erfolglosigkeit", "Welt der Ziellosigkeit" und "Welt der Schutzlosigkeit" umschrieben und gehen einher mit dem jeweiligen Schweregrad der Demenz.

Milieugestaltung, Betreuung und Aktivierung sollten in jeder Phase den jeweiligen verbliebenen Fähigkeiten angepasst werden. Hierbei wird vor allem für die mittlere Phase, die häufig durch ein zielloses Suchen und Wandern charakterisiert ist, die räumliche Separierung von anderen Heimbewohnern vorteilhaft für beide Seiten.

5.2. Aktuelle Situation

In Innerrhoden werden heute demente Personen so lange zumutbar in den Alters- und Pflegeheimen betreut. Für die Betreuung "störender" Dementer besteht die Zusammenarbeit mit dem Psychiatrischen Zentrum Herisau (sieben Plätze für Innerrhoder). Keine der Innerrhoder Altersinstitutionen aber verfügt über ein spezifisches Angebot der Dementenbetreuung mit den nötigen baulichen und personellen Voraussetzungen. Die entsprechenden Verlegungen in die kantonsexterne Institution werden aber von den Betroffenen und ihren Angehörigen nicht selten als sehr einschneidend erlebt. Diese Bewohner sind in ihren jeweiligen Institutionen "zu Hause" und werden durch die Verlegung aus Ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen. Ein häufiges Wechseln der Umgebung und neues Akklimatisieren verwirrt demente Personen noch stärker. Auch Besuche von Angehörigen sind wegen der Distanz erschwert. Ebenso wird die Kontinuität der ärztlichen Betreuung unterbrochen, indem die verlegten Dementen einem neuen, der Person fremden Arzt übergeben werden.

Für Betagte aus Oberegg besteht ein dementengerechtes Angebot im Betreuungszentrum Heiden, wo heuer eine eigentliche Dementenstation eingerichtet wurde.

5.3. Fazit

In (mindestens) einer der Institutionen des Inneren Landes sollte eine Dementenstation oder separate Wohngruppe für Demente der "zweiten Welt" geschaffen werden. Demente, die sich in der ersten oder dritten Phase befinden, können in den üblichen Pflegestrukturen betreut werden. Es ist davon auszugehen, dass bis zu 15% der Plätze für Demente der zweiten Welt gestaltet werden sollten.

Bedarfsplanung für spezialisierte Dementenplätze im Inneren Land

	Soll-Werte	2010	2015	2020	2025
Bedarf Plätze gm. Planung		154	173	193	212
Bedarf Dementenplätze	15%	23	26	29	32
davon Inneres Land	(87%)	20	23	25	28
davon Oberegg*	(13%)	3	3	4	4

*Angebot bereits vorhanden

²³ Held Christoph, "Drei Welten", Lebensraumgestaltung und Betreuung von Patienten mit Alzheimerkrankheit, The Medical Journal 2002; 2:1-4

Das Psychiatrische Zentrum Herisau soll weiterhin das Kompetenzzentrum für die Betreuung von betagten Innerrhodern mit gerontopsychiatrischen und psychisch akuten Krankheitsbildern sein.

6. Geriatrische Rehabilitation und Übergangspflege

6.1. Begriffsdefinition

Geriatrische Rehabilitation nennt man eine spezialisierte Rehabilitation für ältere Patienten, die die Multimorbidität berücksichtigt. Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nach einer schweren Erkrankung. Nach Durchführung eines standardisierten Geriatrischen Assessments erfolgt die Rehabilitation durch ein Geriatrisches Team. Sinnvoll ist eine Rehabilitation vor allem nach Schlaganfällen oder nach Sturzgeschehen. Das Durchschnittsalter der Patienten in der geriatrischen Rehabilitation beträgt ca. 80 Jahre, und es bestehen neben der Haupterkrankung durchschnittlich etwa fünf weitere behandlungsbedürftige Diagnosen.²⁴

Die *geriatrische Rehabilitation* wird vorab in dafür spezialisierten Einrichtungen, teilweise im Verbund mit der Akutgeriatrie, durchgeführt. Die nächstgelegene Einrichtung für Innerrhodern ist das Bürgerspital St. Gallen.

Ziel der *Übergangspflege* (auch Überbrückungspflege genannt) ist das Erlangen der grösstmöglichen Selbstständigkeit des Patienten, so dass er den Alltag wieder zu Hause bewältigen kann. Im Gegensatz zur geriatrischen Rehabilitation - wo die Therapie- und Pflegeintensität deutlich höher sind - kann die Übergangspflege auch z.B. durch speziell dafür eingerichtete Pflegeheime durchgeführt werden.

6.2. Angebote der Übergangspflege

Unter Übergangspflege lassen sich folgende Angebote subsumieren:

- *Pflege nach einem akutstationären Aufenthalt in einem Spital*
Dies ist die klassische Form der Übergangspflege, gedacht für Patienten, die nach einer Operation im Spital nicht zwingend eine Akutbetreuung benötigen, aber auch noch nicht direkt nach Hause verlegt werden können. Die Patienten brauchen grundsätzlich keine medizinische Betreuung während 24 Stunden mehr ("subakute Patienten"). Ein entsprechender Aufenthalt dauert in der Regel drei bis vier Wochen und hat die Rückkehr in die selbständige Wohnsituation zum Ziel. Durch den gesteigerten Druck auf die Aufenthaltsdauern in den Akutspitälern, der sich mit der für 2010 geplanten Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems "Swiss DRG" noch akzentuieren wird, wird der Bedarf an Übergangspflege zunehmen. Denn Patienten werden zunehmend noch pflegebedürftig entlassen, was es gerade Betagten verunmöglichen kann, den Alltag sofort nach dem Austritt wieder selbständig zu bewältigen. Für dieses Angebot der Übergangspflege ist die Nähe zum Akutspital von Vorteil.

²⁴ "Geriatrische Rehabilitation", in: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 3. Mai 2007, 10:40 UTC. URL: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Geriatrische_Rehabilitation&oldid=31299777

- *dringliche Aufnahmen ("Pflegetnotfälle")*

Bei Pflegebedürftigen, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden, können Situationen auftreten, in denen diese Pflege plötzlich vorübergehend nicht mehr sichergestellt werden kann (z.B. bei akuter Erkrankung pflegender Angehöriger). Für diese sollte die Möglichkeit für eine Sofortaufnahme zu einem vorübergehenden Pflegeaufenthalt bestehen.

- *Ferienplätze*

Angehörige, welche sich in der Betreuung betagter Familienmitglieder stark engagieren und diese zuhause intensiv pflegen und betreuen, brauchen hin und wieder eine Pause zur eigenen Regeneration. So sind Ferienbetten für Pflegebedürftige eine wichtige Einrichtung zur Erholung der Angehörigen. Dies, ohne eine dauerhaften Pflegeplatz zu beanspruchen.

6.3. Fazit

Für die Schaffung einer speziellen Abteilung für *geriatrische Rehabilitation* sind die Fallzahlen im Kanton Appenzell I.Rh. zu gering. Es ist angezeigt, diese Fälle wie bisher im Akutspital zu betreuen oder ins Bürgerspital St. Gallen zu überweisen.

Angebote der *Übergangspflege* sollten in den drei genannten Ausprägungen ins Angebot der Pflegeheime aufgenommen werden. Indem in der Bedarfsplanung die Gesamt-Auslastung auf 95% und nicht auf 100% festgelegt wird, kann den notwendigen Vorhalteleistungen der Institutionen zur Garantie von Plätzen der Übergangspflege Rechnung getragen werden.

7. Qualitative Aspekte

7.1. Qualitätssicherung

Die Spital- und Pflegeheimplanung bzw. der Erlass der Spital und Pflegeheimliste fällt in die Kompetenz der Standeskommission (Art. 23 Gesundheitsgesetz). Gemäss Art. 22 Abs. 3 Gesundheitsgesetz überwacht der Kanton die Sicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung. In der Verordnung zum Gesundheitsgesetz vom 27. März 2000 (GS 800.010) ist diese Kompetenz dem Departement übertragen (Art. 12 Abs. 1), wobei dieses sich auf die Richtlinien der anerkannten Fachorganisationen im Gesundheitswesen abstützen hat.

Die Einhaltung von Qualitätssicherungsvorgaben kann der Kanton mittels der vorgeschriebenen Betriebsbewilligungen (Art. 26 Gesundheitsgesetz und Art. 27 des Sozialhilfegesetzes vom 29. April 2001; GS 850.000) sowie mittels Leistungsvereinbarungen (Art. 24 Gesundheitsgesetz) kontrollieren. Die Sicherstellung der Qualitätssicherung ist dann Sache der Leistungserbringer. Qualitätskriterien²⁵ sind vorab:

- Erfüllung personeller Vorgaben (kompetente Heimleitung, ausreichend Fachpersonal) und Gewährleistung der ärztlichen Betreuung;
- zweckmässige Organisation und gesicherte finanzielle Grundlage;

²⁵ gemäss Voraussetzungen zur Bewilligungserteilung (vgl. Standeskommissionsbeschluss betreffend Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vom 17. April 2007 [GS 810.251] und Art. 15ff. der Verordnung über die öffentliche Sozialhilfe vom 1. Oktober 2001 [GS 850.010])

- Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten und der erforderlichen Ausrüstung;
- Erfüllen der Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinien der anerkannten Fachorganisationen sowie an Hygiene und Sicherheit der Bewohner.

Diese Kriterien zeigen, dass vorab die Strukturqualität gemessen wird. Eine Messung der Prozess- und Ergebnisqualität ist heute nicht möglich. Ebenfalls mangelhaft ausgebildet ist die direkte Vergleichbarkeit von Heimen bezüglich ihrer Strukturqualitäten.

7.2. Aufsicht

Diese Vorgaben werden durch den Kanton im Rahmen des Bewilligungsverfahrens und der Zulassung für die Pflegeheimliste überwacht. Qualität im Alters- und Pflegeheim sollte sich immer am Wohlbefinden der Bewohner messen. Auch gemäss Art. 58 KVG ist die Qualitätssicherung für alle Pflegeheime, die Leistungen zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegegrundversicherung erbringen, gesetzliche Pflicht. Hier liegt die Aufsicht bei den Versicherern.

Die kantonale aufsichtsrechtliche Kontrolle wird derzeit durch das Departement wahrgenommen, ohne jedoch über eine eigentliche Fachstelle für die Heimaufsicht zu verfügen. Im Bedarfsfall wird die Kantonale Heimaufsicht Appenzell Ausserrhodens beigezogen. Es besteht hierzu jedoch kein Zusammenarbeitsvertrag.

7.3. Fazit

Die Kantonale Heimaufsicht ist zu regeln, sei es durch Einrichtung einer (teilzeitlichen) Heimaufsicht im Departement oder durch vertraglich vereinbarten Leistungseinkauf in einem Nachbarkanton.

8. Empfehlungen der Arbeitsgruppe

⇒ Bedarfsplanungsrichtwert von 21%

Für die Bedarfsplanung soll ein Richtwert von 21% Institutionalisierungshäufigkeit von über 80-jährigen Personen unterstellt werden, was im Kanton für das stationäre Angebot (vgl. Kap. 4.5.) folgendes Ergebnis ergibt:

Inneres Land	2010	2015	2020	2025
Bedarf Plätze	154	173	193	212
Ist-Angebot an Plätzen	181	181	181	181
Zusatzbedarf	-27	-8	12	31

Oberegg	2010	2015	2020	2025
Bedarf Plätze	23	26	28	32
Ist-Angebot an Plätzen	25	25	25	25
Zusatzbedarf	-2	1	3	7

⇒ Aufnahme aller Altersinstitutionen auf die Pflegeheimliste

Für die Planung wird zwischen Altersheim- und Pflegebetten nicht (mehr) unterschieden. Der Kanton hat lediglich die Pflegebetten zu planen und mit der Pflege-

heimliste hat er hier auch ein relevantes Angebotssteuerungsinstrument zur Verfügung. Die Pflegeheimliste sollte entsprechend der vorgeschlagenen Bedarfsplanung angepasst werden. Mittelfristig sollte jede Institution der stationären Altersversorgung auch Pflegebetten anbieten und die Abrechenbarkeit ihrer Leistungen mit den Krankenversicherern sicherstellen. Zur Erreichung dieses Ziels sind auch Kooperationen zwischen Altersheimen und Pflegeheimen denkbar. Insbesondere auf dem Platz Appenzell bietet sich die engere Kooperation zwischen Bürgerheim und Pflegeheim Appenzell geradezu an.

⇒ **Schaffung von mehr Einzelzimmern**

In den bestehenden Institutionen wie bei Neubauten ist die Erhöhung der Anzahl Einzelzimmer anzustreben.

⇒ **Institutionalisierung der Heimaufsicht**

Die kantonale Heimaufsicht ist deutlicher zu institutionalisieren und ein zugehöriges Reglement zu erlassen.

⇒ **Realisierung einer Dementenstation**

In (mindestens) einer der Institutionen des Inneren Landes ist eine **Dementenstation** oder separate Wohngruppe für Demente der "zweiten Welt" mit bis zu 25 Plätzen zu schaffen. Das Angebot im Psychiatrischen Zentrum Herisau (sieben Plätze) soll bei gerontopsychiatrischen und psychisch akuten Krankheitsbildern weiterhin genutzt werden.

Inneres Land	2010	2015	2020	2025
Bedarf Plätze insgesamt	154	173	193	212
davon Bedarf für Demente	20	23	25	28

⇒ **Schaffung von Angeboten der Übergangspflege**

Die Institutionen sollten Angebote der **Übergangspflege** in den genannten Ausprägungen (Pflege subakuter Patienten, Aufnahme von Pflegenotfällen, Ferienpflegeplätze) zur Verfügung halten.

Die konkrete Planung der spezialisierten Pflegeangebote der öffentlichen Hand ist mit den privaten Anbietern zu koordinieren.

⇒ **Bauplanung für Institutionen der Altersversorgung**

Für anstehende Bauplanungen ist auf die ermittelten Planungswerte abzustellen, wobei die gesamte Angebotsentwicklung im Kanton zu berücksichtigen ist.

Dabei sind allfällige Bauten der Altersversorgung hinsichtlich ihrer Raumeinteilungsmöglichkeiten so zu erstellen, dass ihre Nutzungsmöglichkeiten in der Spannweite vom "(Betreuten) Wohnen im Alter" bis hin zur Pflegestation liegen. Zudem sollte sich eine bauliche Erweiterung jederzeit unter baulich und betrieblich optimalen Bedingungen realisieren lassen.

9. Angebotsplanung

Nachfolgend wird dargestellt, wie der aufgezeigte Bedarf an Betten für die stationäre Pflege und Betreuung in den vorhandenen Institutionen sinnvoll abgedeckt werden soll. Dabei erfolgt der Vorschlag für die Angebotsplanung beschränkt auf das Innere Land, weil sich die Frage der Bettenverteilung auf die Institutionen vor allem hier stellt.

Im Inneren Land gibt es in der stationären Altershilfe nur zwei Anbieter - die Stiftung Altersheim Gontenbad (StAHG) einerseits und der Kanton Appenzell Innerrhoden, vertreten durch das GSD, andererseits. Nachstehende Planung wurde unter Miteinbezug der Verantwortlichen der betroffenen Institutionen erstellt.

	Stiftung Altersheim Gontenbad (StAHG)	Gesundheits- und Sozialdepartement / Kanton Appenzell I.Rh.	
		Bürgerheim Appenzell	Pflegeheim Appenzell
Plan-Plätze 2020 (193 Plätze)	Die StAHG plant keinen Ausbau des Heims. Bei der vorgesehenen Realisierung einer Demenstation (s.u.) käme es aber aus baulichen Gründen zu einem Ausbau um 5 Plätze.	Die Platzzahl im Bürgerheim Appenzell wird in den nächsten Jahren von 56 auf 48-50 Plätze abnehmen (Reduktion Bettenzahl pro Zimmer, s.u.).	Bei zusätzlichen 5 Plätzen im Gontenbad und um max. 8 Plätze verringertem Angebot im Bürgerheim, ergibt sich gemäss Planung im Jahr 2020 ein Zusatzbedarf von 20 Plätzen. Bei der Neubauplanung Pflegeheim sind deshalb die bisherige Platzzahl (60) sowie eine Erweiterungsmöglichkeit um 20 Plätze vorzusehen.
Aufnahme aller Institutionen auf die Pflegeheimliste	Die StAHG ist bereits mit der Hälfte der Plätze (30) bis BESA-Stufe 3 auf der Pflegeheimliste. Auch für die übrigen Betten (29) besteht Interesse an einer Aufnahme auf die Liste, eher beschränkt bis BESA-Stufe 2. Für die Realisierung einer Demenstation würde die Zulassung der entsprechenden Platzzahl (8) für die BESA-Stufe 4 beantragt.	Aufnahme des Bürgerheims mit allen Betten bis BESA-Stufe 2, evtl. 3, auf die Pflegeheimliste erwünscht, damit die Bewohner - die grösstenteils mindestens BESA-Stufe 1 aufweisen - die Pflegekosten den Krankenversicherern weiterverrechnen können.	Das Pflegeheim Appenzell steht bereits mit allen Plätzen und für alle BESA-Stufen (1-4) auf der kantonalen Pflegeheimliste.

Schaffung von mehr Einzelzimmern	Bereits Realität sind lauter Einzelzimmer mit Nasszellen mit Ausnahme von drei Zimmern. Mit Einrichtung einer Demenstation würden diese drei Zimer erneuert.	Der Kanton muss dieses Ziel in seinen eigenen Institutionen soweit als möglich und wirtschaftlich sinnvoll verfolgen, da es sich auf die künftige Nachfrage auszurichten gilt.	
		Wegfall von 3er-Zimmern, evtl. Reduktion von 2er-Zimmern und evtl. Ausbau von Nasszellen führen zu einer Bettenreduktion um 6 - 8 Betten.	Realisierung unter Erhalt der Platzzahl nur im Rahmen eines umfassenden Erweiterungs- oder eines Neubaus möglich.
Realisierung einer Demenstation mit 20 - 25 Plätzen	Die Realisierung einer Demenstation mit 6 bis 8 Plätzen aus Stiftungsmitteln ist geplant. Die StAHG wäre auch bereit, eine Demenstation mit 20-25 Plätzen im Leistungsauftrag für den Kanton und mit dessen Finanzierung zu erstellen (Landreserven).	Das Bürgerheim ist infrastrukturell (Bausubstanz) und personell (Ausrichtung auf leichte und mittlere Pflegebedürftigkeit) zur Führung einer Demenstation ungeeignet.	Im Rahmen des Erweiterungs- oder Neubaus ist die Realisierung einer Demenstation mit 15 (2012) bis zu 24 Plätzen (2025) geplant.
Schaffung von Angeboten der Übergangspflege	Im Rahmen der Möglichkeiten (Belegung!) bereits heute Angebot von Ferienplätzen und Aufnahme von Pflegenotfällen. Ergänzend betreibt die Pro Senectute heute eine Tagesstätte mit 10 Plätzen in den Räumlichkeiten der StAHG. Dies soll bis auf weiteres so bleiben.	Von der personellen Ausstattung her kommt für das Bürgerheim vor allem das Angebot von Ferienplätzen in Frage. Angebot abhängig von der Belegung.	Bereits heute Angebot von Ferienplätzen und Aufnahme von Pflegenotfällen. Besondere Eignung für die Aufnahme von "subakuten Patienten" durch organisatorische und räumliche Nähe zum Spital.
Zusammenarbeit zwischen Institutionen	Die Zusammenarbeit soll im bisherigen Rahmen bleiben.	Die absehbare Reduktion der Platzzahl im Bürgerheim Appenzell - aus baulichen Gründen ist keine Kompensation möglich - wird mittelfristig das Ertragspotenzial und damit die Wirtschaftlichkeit der Institution vermindern. Umso deutlicher tritt die Forderung nach vermehrter Synergienutzung und stärkerer Zusammenarbeit mit dem Spital und Pflegeheim Appenzell in den Vordergrund.	

Zusammengefasst ergibt sich damit für die Angebotsplanung im Inneren Land das folgende Bild für das Gesamtangebot an Plätzen:

Anbieter	2007	2015	2025
Stiftung Altersheim Gontenbad	59	64	64
Pflegeheim Appenzell	59	60	80
Bürgerheim Appenzell	56	50	50
Gerontopsychiatr. Wohn- & Pflegezentrum, Herisau	7	7	7
Total Angebot	181	181	201
Bedarf Plätze gemäss Planung	154	173	212

Bei den spezialisierten Plätzen für Demente sieht es wie folgt aus:

Anbieter	2007	2015	2025
Stiftung Altersheim Gontenbad		8	8
Pflegeheim Appenzell		15	24
Total Angebot		23	32
Bedarf Plätze gemäss Planung	20	23	28