

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Société suisse pour la politique de la santé
Società svizzera per la politica della salute
Swiss Society for Health Policy

SGGP
SSPS

Jasmin Blanc Bärtsch

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Die Finanzierung einer Pflege der Zukunft zur längeren Erhaltung
der individuellen Lebensqualität im Alter

Schriftenreihe der SGGP
Cahiers d'études de la SSPS
Pubblicazioni della SSPS
Publications of the SGGP

No. 64

**Allen alten Menschen, die ich begleiten durfte
zum Dank**

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	7
Vorwort	9
Zusammenfassung	13
1. Einleitung	15
2. Konzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege	19
2.1 Bedarf an geriatrisch rehabilitativer Pflege	19
2.2 Ziel der geriatrisch rehabilitativen Pflege	23
2.3 Zielgruppe der geriatrisch rehabilitativen Pflege	23
2.4 Pflegerisches Konzept	24
2.4.1 Alter in Gegenwart und Zukunft	25
2.4.2 Gesundheit im hohen Alter	29
2.4.3 Besonders relevante Aspekte der Pflege Theorie	35
2.4.4 Instrumente des geriatrisch rehabilitativen Konzepts	42
2.4.4.1 Pflegerisches Assessment und Zielvereinbarung mit den Klienten	43
2.4.4.2 Familiengespräch	47
2.4.4.3 Bezugspersonenpflege	49

3. Das Pflegezentrum Bauma	53
3.1 Geschichte	53
3.2 Leistungsauftrag	58
3.3 Trägerschaft	59
3.4 Finanzierungsprobleme des Zweckverbands Pflegezentrum Bauma	59
4. Auswertung erster Ergebnisse des Pflegekonzeptes im Pflegezentrum Bauma	63
4.1 Die Umsetzung des Konzeptes	63
4.2 Trägerschaft und Taxen	71
4.3 Leistungsauftrag	76
4.4 Zukunft	76
5. KVG und die Finanzierung der Pflege	79
5.1 Erfassungssysteme Pflegebedarf und Tarife des Krankenversicherers	79
5.1.1 BESA	80
5.1.2 RAI/RUG	83
5.1.3 Plaisir	85
5.1.4 Zeittarif	87
5.1.5 Überbrückungspflege Helsana im Kanton Zürich	88
5.2 Tarifschutz	95

5.3 Interkantonaler Vergleich der Finanzierung der Pflege durch den Versicherer	96
5.3.1 Finanzierung der Pflege im Kanton Zürich	96
5.3.2 Finanzierung der Pflege im Kanton Aargau	98
5.3.3 Vergleich	101
5.4 Vergleich zwischen Pflegeinstitution und Spitex	103
5.4.1 Sicherheit in Pflegeinstitution und zu Hause	103
5.4.2 Pflegekosten mit Spitex und in Pflegeinstitutionen	104
6. Weitere Finanzträger	107
6.1 Klientinnen und Klienten	107
6.2 Ergänzungsleistungen der AHV/IV	108
6.3 Finanzielle Unterstützung durch die Fürsorge	116
6.4 Hilfloosenentschädigung zur AHV/IV	116
6.5 Gemeinden	119
6.6 Kanton	120
7. Problemanalyse und Empfehlungen zur Finanzierung der Pflege	123
7.1 Komplexes Finanzierungssystem	123
7.2 Grundsätzliches zur Finanzierung der Pflege	125
7.3 Die Finanzierung der Pflege im Alter	126
7.4 Informationsdefizit und fehlende Lobby	128
7.5 Schulung im Bereich geriatrische und geriatrisch rehabilitative Pflege	129

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

7.6 Bedarfsermittlung und Schulung	131
7.7 Spezielle Anforderungen an die Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege	134
7.8 Erhaltung der Ressourcen der informellen Pflege und Betreuung	135
8. Volkswirtschaftliche Aspekte zur Finanzierung der Pflege	137
8.1 Vorteile der Vollkostendeckung der Pflege durch den Krankenversicherer	137
8.2 Kosten der Klientinnen und Klienten	141
8.3 Volkswirtschaftlich interessante Aspekte der geriatrisch rehabilitativen Pflege	142
8.4 Zuständige Planungs- und Koordinationsinstanzen	144
9. Entwurf zur Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege im Kanton Zürich	147
9.1 Krankenversicherer	147
9.2 Kanton	148
9.3 Gemeinden	149
9.4 Planung und Koordination	149
10. Kritische Würdigung und Ausblick	151

Literaturverzeichnis	157
Tabellenverzeichnis	163
Abbildungsverzeichnis	164
Abkürzungsverzeichnis	165
Anhangverzeichnis	167
1 Taxordnung VZK 1999	169
2 Konzept Pflegezentrum Bauma	173
3 Taxordnung Pflegezentrum Bauma 2001	179
4 Heimerhebung Schweizerische Alzheimervereinigung Kanton Zürich	183
5 Geriatrische Begriffe, Definitionen	187
Zur Autorin	205

Geleitwort

Not macht erfinderisch! – so könnte das im vorliegenden Werk beschriebene Projekt mit einer kurzen Formel charakterisiert werden.

Motiviert durch akute Probleme in ihrer seinerzeitigen Arbeitssituation im Pflegezentrum Bauma hat sich die Autorin aufgemacht, für ihre Patientinnen und Patienten nach neuen Lösungen zu suchen, stets mit dem Ziel, individuelle Lebensqualität möglich zu machen, konzeptionell, institutionell und finanziell. Diese Suche ist zu einer längeren Wegstrecke geworden. Die Auseinandersetzung mit den sich drängenden Fragen führte zum Einbezug immer weitergehender Aspekte. Genannt seien einmal die Rolle der verschiedenen möglichen Finanzierer geriatrisch rehabilitativer Pflege: Krankenversicherer, weitere Sozialversicherer, Kantone und Gemeinden unter verschiedenen Titeln bis hin zu Fürsorgeleistungen und Hilflosenentschädigungen. Ferner musste sie sich mit den nun schrittweise eingesetzten Erfassungssystemen für den Pflegebedarf auseinandersetzen, welche Grundlage zur Leistungsentschädigung bilden. Diesem Aspekt der Tariffähigkeit der Pflege kommt auch aus berufspolitischer Sicht eine steigende Bedeutung zu.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Herausgekommen ist ein von der Autorin massgeblich mitgestaltetes Konzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege – eine Neuschöpfung mit erheblichem Innovationsgehalt. Das vorliegende Werk schildert nicht nur die vielfältigen Aspekte dieses Ansatzes, es ist gleichzeitig auch Projektbericht und Protokoll dieses längeren Ringens. Als solches legt es Zeugnis ab, dass auch in unserer Zeit mit grossem Engagement, Hartnäckigkeit und eigenem glaubwürdigen Handeln in der täglichen Arbeit etwas bewegt werden kann, trotz aller Widerwärtigkeiten und „Sachzwängen“, die gelegentlich auch lediglich eine andere Bezeichnung für das bequeme Festhalten am Status quo sind.

Ich wünsche dem vorliegenden Buch ein breites Publikum, viele Menschen, welche die darin vertretenen Anliegen übernehmen und in ihrer eigenen beruflichen Situation umsetzen. Es soll aber auch andern Mut machen, zu Pionierinnen und Pionieren zu werden, die drängende Probleme aufgreifen und zu ihrem Thema machen.

Bern, im Juni 2001

Dr. Heinz Locher

Vorwort

Im Rahmen meiner Tätigkeit im Spitexbereich habe ich bei mehreren Hundert Bedarfsabklärungen zu Hause bei Klientinnen und Klienten viele Lebensgeschichten und verschiedene Vorstellungen von Lebensqualität betagter Menschen kennen gelernt. So lange wie möglich zu Hause zu bleiben ist eine Vorstellung, die oft wiederholt worden ist. Leider ist es nicht immer möglich gewesen, diesen Wunsch umzusetzen. So habe ich festgestellt, dass es zusätzlich zu den bestehenden Einrichtungen ein vorübergehendes stationäres Angebot, die geriatrisch rehabilitative Pflegeinstitution, braucht, um verschiedene Formen der individuellen Lebensqualität zu ermöglichen.

Meine Begeisterung für die geriatrische Pflege ist in der Zusammenarbeit mit der Übergangspflege Waidspital in Zürich sowie allen leidenschaftlichen Pflegenden, Geriaterinnen, Geriatern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern geweckt worden. Sie haben mit ihrem Angebot einer professionellen Begleitung und Beratung sowohl von Klientinnen und Klienten als auch des informellen und professionellen Umfelds Interdisziplinarität gelebt und das ganze System einbezogen. Es ist schön, daran teilhaben zu können.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Heinz Locher, der mich regelmässig im Spital und Pflegezentrum Bauma unterstützt und ermutigt hat, meine Pläne umzusetzen. Seine Begleitung in dieser Arbeit ist anregend und motivierend. Ich danke Herrn Kurt Meier, Direktor Amt für Krankenheime, Stadt Zürich und Herrn Arno Högl, Gesundheitsdirektion Zürich, für ihr kritisches Feedback zu dieser Arbeit.

Herr Kurt Meier hat mich schon vor mehreren Jahren auf den engen Zusammenhang von Finanzierung und Qualität der Pflege aufmerksam gemacht. Ihm danke ich auch für den Anteil am Verlagskostenzuschuss, den das Amt für Krankenheime übernommen hat. In der von alt Stadtrat Wolfgang Nigg initiierten Projektkommission Spitex Leitbild Stadt Zürich habe ich einen ersten Einblick in die Komplexität des Finanzierungssystems Pflege erhalten.

Georges Ackermann danke ich für die konstruktiven und ermutigenden Fachgespräche und Dorothea Egli für das Korrekturlesen. Farsin Banki ein herzliches Dankeschön für das Korrekturlesen, die anregenden Diskussionen und die Hilfe bei der Gestaltung des Buches.

Mein bester Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Pflegezentrum Bauma, die durch ihren grossen Einsatz und mit viel

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Interesse und Lernbereitschaft es ermöglicht haben, das Pflegekonzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege umzusetzen.

Ich hoffe, dass ich meiner Leserschaft neue Perspektiven aufzeigen kann und freue mich über Rückmeldungen und Austausch.

Jasmin Blanc

Zürich, im Juli 2001

Zusammenfassung

Dieses Buch beschreibt die geriatrisch rehabilitative Pflege und begründet deren Bedarf. Durch immer frühere Spitalentlassungen, die Professionalisierung der Spitex und zur Erhaltung der informellen Pflege braucht es heute Zentren, welche die geriatrisch rehabilitative Pflege anbieten. Die Finanzierung eines solchen Angebots ist heute im Kanton Zürich noch nicht gelöst.

Diese Problematik wird zunächst am Beispiel des Pflegezentrums Bauma aufgezeigt. Anschliessend werden die verschiedenen Kostenträger für die Finanzierung der Pflege erfasst und die Komplexität der Finanzierung wird dargestellt. Dabei wird offensichtlich, dass mit so vielen Kostenträgern weder Planung noch Steuerung der Pflegekosten möglich ist.

Weiter werden die Problemfelder für die Finanzierung der Pflege dargelegt und erste Empfehlungen zu ihrer Lösung abgegeben. Ausserdem werden volkswirtschaftlich relevante Aspekte im Zusammenhang mit der Finanzierung der Pflege erläutert. Im Speziellen wird ein Finanzierungsmodell für die geriatrisch rehabilitative Pflege im Kanton Zürich vorgeschlagen. Ein Ausblick über weitere politische Schritte rundet diese Arbeit ab.

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz hat selbst in Relation zu den Kosten einen hohen Qualitätsstandard. Die medizinische Behandlung in den Spitälern ist umfassend ausgebaut. Der medizinische Fortschritt bindet zwar finanzielle Ressourcen, gleichzeitig ist es aber beeindruckend, welche Möglichkeiten die Gesundheitsversorgung bietet. Gerade im geriatrischen Bereich ist viel Fachwissen erarbeitet worden. Der Paradigmenwechsel vom pathogenetischen Gedankengut zur Gesundheitsentstehung findet allmählich statt.

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) setzt Rahmenbedingungen, in denen eine professionelle medizinische Behandlung und Pflege möglich ist. Die Kosten für die Pflege werden heute noch nicht, wie im KVG vorgesehen, vom Krankenversicherer übernommen. Hier stehen noch ungelöste Aufgaben an.

Solange die Finanzierung der Pflegekosten nicht sorgfältig gelöst ist, wird dies Auswirkungen auf die Qualität der Pflege haben. Unprofessionelle Pflege bedeutet im Kontext des pflegebedürftigen alten Menschen, dass er in seinen Wünschen und Bedürfnissen nicht ernst genommen und nicht seinen Vorstellungen von Lebensqualität entsprechend behandelt wird.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Dies erzeugt in den jeweiligen Institutionen eine Atmosphäre der Bedrücktheit bis hin zur Depression. Die langjährige Erfahrung zeigt, dass dies vermeidbar wäre. Die Psyche der Bewohner und Bewohnerinnen wird durch solche Stimmung nachhaltig negativ beeinflusst. Ausserdem verhindert die Atmosphäre häufig, dass dynamische lebensfrohe Menschen in diesen Institutionen arbeiten. Gerade im Moment der Überweisung in ein Pflegezentrum ist hohe Professionalisierung gefragt, wenn der alte Mensch seinen Lebenswillen und seine Lebensfreude bewahren soll.

Bei der Arbeit im Spitexbereich ist immer wieder zu beobachten, wie schwierig es ist, geeignete wohnliche Pflegeplätze zu finden, und es gibt alte Menschen, die sich in Altersinstitutionen nicht wohl fühlen.

Ein breites, vielfältiges Angebot ermöglicht es, individuell angepasste Lösungen zu finden und den alten Menschen einen würdigen letzten Lebensabschnitt zu bieten. Es handelt sich um Menschen, die ihren Anteil an Leistung in der Gesellschaft erbracht haben und es steht ihnen zu, in Würde von dieser Welt zu gehen, autonom und selbstbestimmt den eigenen Weg gestaltend.

Die letzte Lebensphase und der Tod sind als solche anspruchsvoll genug. Es sollten sich alle Generationen finanziell an der Pflege

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

beteiligen, um diese Phase für alte pflegebedürftige Menschen so erträglich wie möglich zu machen.

2. Konzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege

2.1 Bedarf an geriatrisch rehabilitativer Pflege

Die Erfahrung in der Beratung der Wohnsituation im Alter zeigt eindrücklich, dass der hochbetagte Mensch am liebsten zu Hause wohnt. Die ambulanten Dienste, allen voran die Spitexdienste und die Hausärzte, ermöglichen heute ein Verbleiben in den eigenen vier Wänden auch bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit. Dies bedingt, dass die ambulanten Leistungserbringer im Notfall schnell auf eine stationäre Institution zurückgreifen können.

Heute ist es immer noch üblich, pflegebedürftige Klientinnen und Klienten im Notfall in ein Akutspital einzuweisen, obwohl der einweisenden wie auch der empfangenden Institution klar ist, dass gar keine medizinische Behandlung nötig ist. Für die alten Menschen ist die Einweisung in ein Spital finanziell attraktiver, weil sie nur einen kleinen Selbstkostenanteil übernehmen müssen. In einer Pflegeinstitution zahlen sie einen höheren Betrag. Ausserdem wissen die Betagten, dass das Spital eine Institution ist, aus der sie eher nach Hause entlassen werden als aus dem Pflegeheim.

Der grösste Teil der ambulanten Hilfe und Pflege wird heute in der Schweiz von Angehörigen und dem weiteren sozialen Umfeld er-

bracht. „Pflegebedürftige Personen werden zu einem unbekanntem, aber sicher überwiegender Teil zu Hause vom informellen Netz (Familie, Nachbarn, Freunde) mit und ohne Spitex-Unterstützung gepflegt bzw. betreut. Über 90% der über 65jährigen und immer noch rund 70% der mehr als 80jährigen leben mit Angehörigen oder allein in einem privaten Haushalt. Davon ist ein beträchtlicher Teil hilfe- und/oder pflegebedürftig – rund 7% der Altersgruppe der 65 – 79jährigen (Bandbreite aufgrund der kantonalen Angaben in der Schweiz 2% - 11%), bei den über 80jährigen sind es gut 25% (Bandbreite 11% - 40%).“¹

Diese Ressource des informellen Netzes gilt es für die Zukunft zu erhalten, da in den nächsten Jahren eine Zunahme der hochbetagten Bevölkerung zu verzeichnen ist und die Kosten für die Pflege noch weiter steigen, wenn nicht die ergänzende nichtprofessionelle Hilfeleistung der Gesellschaft mit einbezogen, gefördert und unterstützt wird.

In folgenden Situationen sind Pflegezentren mit dem Auftrag der geriatrischen rehabilitativen Pflege angezeigt.

- Bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu Hause können Klienten und Klientinnen, die ausschliesslich der pflegerischen Behandlung bedürfen, sofort in Pflegezentren be-

¹ Latzel, Günther u.a. (1997), S. 129f.

handelt werden. Dadurch werden Spitaleintritte von Personen vermieden, die vom sozialen Umfeld nicht mehr ambulant gepflegt werden können.

- Es bedarf heute der Pflegeinstitutionen, welche die Behandlung nach dem Spital und vor der Rückkehr nach Hause gewährleisten. Einerseits ist geriatrisch befähigende Pflege im heutigen hektischen Spitalalltag kaum möglich, andererseits erfordert sie spezielles Fachwissen. Mit einem kompetenten stationären Nachsorgeangebot können Spitalaustritte sofort geplant und umgesetzt werden.
- Patientinnen und Patienten können, sobald die medizinische Behandlung abgeschlossen ist, aus dem Akutspital entlassen und in Pflegezentren auf eine Reintegration zu Hause vorbereitet werden. Die Klientinnen und Klienten werden ihren Möglichkeiten entsprechend befähigt, und überstürzte Pflegeheimeintritte werden vermieden.

Nebst der Akutgeriatrie und den Rehabilitationskliniken mit dem interdisziplinären Assessment und ihrem zeitlich auf zwei bis drei Monate begrenzten Auftrag bedarf es deshalb Pflegeeinrichtungen, die den Klientinnen und Klienten, den Spitexdiensten und pflegenden Angehörigen eine vorübergehende, stationäre Pflege anbieten können. Viele hochbetagte Menschen sind darauf angewie-

sen, in Ruhe ihre Wohnsituation zu überdenken, über ihre weiteren Lebensziele nachzudenken und sie mit Fachleuten zu erörtern.

Die frühzeitige Abklärung der individuellen Situation durch eine kompetente, spezifisch ausgebildete Pflegefachperson und Case Managerin kann eine komplexe Problemsituation verhindern. Das Ziel der Rehabilitation des alten Menschen kann frühzeitig festgelegt werden. Vermeintlich grosse Hindernisse, in die eigene Umgebung zurückzukehren, können mit der Fachperson erörtert und Lösungsvarianten erarbeitet werden, an die der Laie nicht denkt. Dadurch eröffnen sich neue Handlungshorizonte, die das Zurückkehren nach Hause ermöglichen. Der Entscheidungsprozess fordert von älteren Menschen eine Auseinandersetzung mit der veränderten Situation und unter Umständen die Annahme von Fremdhilfe zu Hause.

Auf diese Weise findet eine qualitativ hoch stehende klientengerechte Pflege statt, die durch ihre umfassende Betrachtung und Zielorientiertheit dazu beiträgt, dass hochbetagte Menschen und ihr soziales Umfeld in der Krisensituation gut begleitet sind.

2.2 Ziel der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Hochbetagten Klientinnen und Klienten mit physischen, psychischen, sozialen und ökonomischen Problemen und ihren Angehörigen wird mit dem Ziel der Reintegration alter Menschen eine situationsangepasste Beratung, Pflege, Behandlung und Begleitung angeboten. Sollte die Wiedereingliederung auf Grund der Situation nicht mehr möglich sein, wird gemeinsam mit den Klienten und den Klientinnen sowie ihrem sozialen Umfeld eine adäquate andere Wohnsituation eruiert und organisiert.

2.3 Zielgruppe der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Das geriatrisch befähigende Angebot richtet sich an hochbetagte Menschen

- die wieder nach Hause zurückkehren möchten, ungeachtet ihres momentanen Bedarfs an Pflege und Unterstützung
- bei denen die Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags zu Hause abgeklärt werden müssen
- bei denen der Grad der wieder zu erreichenden Selbstständigkeit sowie die Tragfähigkeit des persönlichen Hilfsnetzes zu beurteilen sind

- die selbst und/oder deren Angehörige Spitexleistungen beanspruchen möchten oder deren bestehende Leistungen der neuen Situation angepasst werden sollten
- bei denen eine neue Wohnsituation eruiert und umgesetzt werden muss
- die Zeit brauchen für den inneren Prozess, dass das autonome Wohnen zu Hause nicht mehr möglich ist und sie sich in eine Gemeinschaft einfügen müssen
- die ihre zukünftige Wohnsituation offen lassen wollen
- die eine geriatrische Tages- oder Nachtambulanz beanspruchen wollen
- die als Pensionärinnen und Pensionäre zur Entlastung Angehöriger und/oder der Spitex vorübergehend ins Zentrum kommen
- die als pflegerische Notfälle einer sozialen Abklärung bedürfen
- die frühzeitig aus dem Spital entlassen werden und zur Überbrückungspflege und Wiedereingliederung in eine Institution kommen (Spezialtarif des Krankenversicherers Helsana).

2.4 Pflegerisches Konzept

Da sich das geriatrisch rehabilitative Konzept an alte Menschen richtet, werden hier die Gegenwart und mögliche Zukunft dieser Generation beschrieben. Diese Ausführungen bilden die Voraussetzungen für das vorliegende Pflegekonzept.

2.4.1 Alter in Gegenwart und Zukunft

„Die wirtschaftliche und soziale Lage, aber auch das gesundheitliche und psychische Befinden älterer Menschen haben sich in den letzten Jahrzehnten mehrheitlich verbessert. Wir sind deshalb erstmals in der Menschheitsgeschichte mit einer qualitativ hochstehenden nachberuflichen Phase konfrontiert. Neben der bisherigen Aufgabe zur Beibehaltung der Alterssicherung kommt deshalb immer mehr auch die Aufgabe einer aktiven und gesellschaftlich positiv geprägten Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase. Klassische Formen der Alterssicherung müssen durch eine partizipative Alterskultur ergänzt und verstärkt werden. (...)

Viele Feststellungen und Beobachtungen, welche über heutige AHV-Rentnerinnen und -Rentner gemacht werden können, vermitteln wenig Hinweise auf die zukünftige Gestaltung des Alterns und des Alters. Dies hängt mit dem enormen Generationenwandel oder präziser: den markanten Kohortenunterschieden in Zusammensetzung, Lage und Befindlichkeit älterer Menschen zusammen. Dies zwingt zu (kohortenspezifischen) Anpassungen der Alterssicherung, z.B. in der Richtung, dass individualisiert aufgewachsene Generationen auch mehr Wahlmöglichkeiten in der Gestaltung etwa ihrer beruflichen Vorsorge wünschen; oder dass die zukünftige Alters-

sicherung flexibler auf wechselhafte Berufsbiographien angepasst werden kann.“²

Der Alltag in der Beratung zeigt, dass sich die heutigen Hochbetagten verschiedene flexible Wohnarten im Alter wünschen. Der Endstationscharakter der Altersinstitutionen behagt ihnen nicht.

François Höpflinger, Leiter des Nationalen Forschungsprogramms Alter (NFP 32), macht in seinen Ausführungen zum Alter eine wichtige Beobachtung, die sich durch die Erfahrungen im Pflegealltag bestätigen. „Das menschliche Altern ist in hohem Masse gestaltbar, und auch bei betagten und hochbetagten Menschen ergeben sich beträchtliche, heute oft noch zu wenig ausgeschöpfte Interventions- und Präventionsmöglichkeiten. Behinderungen und Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter, aber auch soziale Vereinsamung, Desintegration und Verarmung im Alter lassen sich wenn nicht vollständig, so doch wirkungsvoll verhindern. Die Alterssicherung der Zukunft muss deshalb verstärkt mit präventiven sozialen und gesundheitspolitischen Strategien verknüpft werden.“³

Kurt Seifert schreibt in einem Beitrag: „Die gängigen Vorstellungen vom Alter - beispielsweise «alt gleich krank» oder «alt gleich arm» - treffen die gesellschaftliche Wirklichkeit nicht mehr, bzw. nur

² Rapport 99 (1999), S. 5.

³ Rapport 99 (1999), S. 5.

noch sehr begrenzt. Gewiss: Es gibt Armut im Alter - vor allem unter über 80-jährigen Frauen - und auch nicht alle alten Menschen sind fit, mobil und ‚sexy‘, wie uns der neueste Werbetrend weismachen will. Wir müssen uns daran gewöhnen, dass die Wahrnehmung der Älteren als einer einheitlichen Gruppe nicht realitätsbezogen ist, sondern zu Verzerrungen führt, die auch in politischer Hinsicht problematisch werden können. Die Reduktion der älteren Menschen auf ihre (realen oder vermeintlichen) Defizite nimmt ihnen die Würde und zwingt sie dazu, ihr Altsein zu verleugnen.“⁴

François Höpflinger sieht darin eine Bewusstseinspaltung. Ältere Menschen fühlen sich auf gesellschaftlicher Ebene stark verunsichert, obwohl es ihnen auf persönlicher Ebene besser denn je geht. Dies ist eine Auswirkung von negativ geprägten Altersbildern, wie Höpflinger vor allem für die Deutschschweiz feststellt. Sie besteht darin, „dass ältere Menschen das ‚Alter‘ nicht wirklich akzeptieren; die heutige Strategie vieler Frauen und Männer besteht vielmehr darin, möglichst lange ‚jung‘ zu erscheinen.“⁵

Die künftige „Gesellschaft des langen Lebens“ kann sich eine negative Einschätzung und Abwertung des Alters höchstens um den Preis der Ausgrenzung einer schnell wachsenden Zahl von Menschen leisten. Es ist noch unklar, wie eine Gesellschaft aussehen

⁴ Seifert, Kurt (2000), S. 2.

⁵ Höpflinger, François (1999), S. 97.

wird, deren Mitglieder zu mehr als 23 Prozent 65 Jahre und älter sein werden, wie es das „Szenario Trend des Bundesamtes für Statistik“, Bern 1996, für die Mitte des 21. Jahrhunderts vorsieht.

Möglicherweise ist schon in wenigen Jahrzehnten mit neuen Einwanderungsschüben zu rechnen, die unter anderem notwendig sein werden, um die Alterssicherung zu finanzieren.

„Wir haben heute noch keine detaillierten ‚Karten‘ zur Verfügung, um dieses neue Land der Langlebigkeit genauer zu erkunden. So paradox es scheinen mag: Das Alter ist die jüngste Generation – diejenige, über die wir noch am wenigsten Bescheid wissen. Und jede Altersgeneration ist anders, nicht einfach eine Kopie der vorangegangenen. So braucht es soziale Phantasie und Visionen, um etwas von dem vorwegzunehmen, was erst im Entstehen begriffen ist. Es geht um neue Bilder von gelingendem Leben – auch dann, wenn die Kräfte nachlassen und die Endlichkeit der eigenen Existenz in greifbare Nähe rückt.“⁶

Ein solches Bild hat der deutsche Philosoph Ernst Bloch in seinem Hauptwerk „Das Prinzip Hoffnung“ formuliert: „Wunsch und Vermögen, ohne gemeine Hast zu sein, das Wichtige zu sehen, das Unwichtige zu vergessen: dergleichen ist eigentliches Leben im

⁶ Magazin 2000 (2000), S. 13.

Alter.“⁷ In einer Gesellschaft, „die sich verzweifelt auf Jugend schminkt“⁸, wie Bloch bereits Ende der fünfziger Jahre geschrieben hat, muss ein solches Altwerden, das sehr leicht als altertümlich abgetan werden kann, vielleicht erst geübt werden. Es wäre dann Ausdruck einer Lebenskunst, die der blossen Verlängerung unserer Jahre einen inneren Sinn hinzufügt.⁹

2.4.2 Gesundheit im hohen Alter

Eine weitere Grundlage, auf der das pflegerische Konzept beruht, ist das Verständnis von Gesundheit im Alter. Diese Vorstellung von Gesundheit wird von einem Grossteil der Hochbetagten bei optimaler professioneller Begleitung gelebt. Die folgenden Ausführungen sind das Ergebnis langjähriger Erfahrung in der Beratung und Pflege alter Menschen.

Wenn „Gesundheit im Alter“ im pathogenetischen Sinn verstanden wird, ist der hochbetagte Mensch polymorbid und nur bedingt von seinen Gebrechen zu heilen. Das Alter ist mit multidimensionalen Funktionsstörungen behaftet. Die Demenz, Inkontinenz, Immobilität, Sturzgefährdung, Malnutrition und Depression sind Beispiele dafür, die auch parallel auftreten können.

⁷ Bloch, Ernst (1998), S. 44.

⁸ Bloch, Ernst (1998), S. 40.

⁹ Vgl. Seifert, Kurt (2000), S. 3f.

Wird der alte Mensch als krank behandelt, wird dieser Zustand stigmatisiert und das Wohlbefinden ein Stück weit ausgeschlossen. Für jüngere Menschen, seien das Angehörige oder Professionelle in helfenden Berufen, ist es manchmal unvorstellbar, dass Lebensqualität in einem solchen Zustand möglich ist oder eine andere Dimension annehmen kann.

Die langjährige Erfahrung mit der heutigen Generation der Hochbetagten zeigt, dass sie trotz schwerer Pflegebedürftigkeit durchaus Autonomie und Lebensqualität gestalten können. Manche unter ihnen brauchen dabei professionelle Unterstützung und Begleitung. Was ist nun Gesundheit und Wohlbefinden bei Hochbetagten? Welcher Art muss der Beitrag unseres Gesundheitssystems sein?

Der Wissenschaftskritiker Ivan Illich definiert Gesundheit als „die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, heranzuwachsen und zu altern, im Falle einer Verletzung zu gesunden, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten.“ An anderer Stelle fährt er fort: „Die bewusst gelebte Gebrechlichkeit, Individualität und soziale Offenheit des Menschen machen die Erfahrung von Schmerz, Krankheit und Tod zu einem wesentlichen Bestandteil seines Lebens. Die Fähigkeit, diese drei Dinge autonom zu bewältigen, ist Grundlage seiner Gesundheit.“¹⁰

¹⁰ Illich, Ivan (1995), S. 201, 203.

Damit macht Illich deutlich, dass das Leiden, die Gebrechlichkeit, der Schmerz, die Krankheit und der Tod integrale Bestandteile unseres Lebens sind, die nicht bekämpft, verändert und unter allen Umständen behandelt oder kuriert werden müssen. Sich auf diesen Prozess einzulassen, sich ihm zu ergeben, fällt in der heutigen Gesellschaft, die das Machen schätzt, sehr schwer.

Das „sich Ergeben“ wird heute schnell mit Aufgeben gleichgesetzt, in der Nähe des Todes ein naheliegender Gedanke. Sich in den Abschied vom Leben zu schicken, ist aber ein mehr oder weniger langer Prozess, der stark mit Loslassen zu tun hat, was nicht bedeutet, dass nicht gestaltet werden soll oder darf. „In Frieden den Tod zu erwarten“ bedeutet in diesem Sinn auch, sich mit seinen Leiden einzurichten, diese nicht kurieren zu müssen oder das Unabänderliche anzunehmen.¹¹

Im Laufe eines lebenslangen Prozesses lernen viele alte Menschen die Kunst des Alterns. Für das Umfeld, die nachfolgenden Generationen, ist es oftmals anspruchsvoll, die Menschen auf ihrem Weg, alt zu werden, zu begleiten. In einer Gesellschaft, in der Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit wichtige Werte sind, braucht es einen bewussten Umgang mit Menschen, die diesen Massstäben nicht mehr gerecht werden können.

¹¹ Vgl. Kruppenacher, Jörg (2000), S. 15.

Dass ein Säugling diesen Massstäben nicht entspricht, wird durchwegs respektiert. Beim Umgang mit behindertem Leben jedoch ist diese Gesellschaft in Wort und Tat nicht immer kongruent. Sind wir überhaupt bereit, angesichts des bevorstehenden Lebensendes über die Zukunft von alten gebrechlichen Menschen nachzudenken?

Zur Auseinandersetzung mit dem Tod gehört häufig, dass der alte Mensch selber sich Gedanken über den verbleibenden Lebensinhalt macht. Diese Fragen sollten nicht tabuisiert, sondern im Gegenteil von anderen an der Situation Beteiligten gestellt werden, da sie sonst wie bei einem Tabu üblich eine Eigendynamik entwickeln.

Demnach liegt es nahe, bei den verschiedenen Lebensaltern, nicht den gleichen Gesundheitsbegriff anzusetzen. Prof. Ulrich Volker, Volkswirtschaftler und Gesundheitsökonome, formulierte dies folgendermassen: "Es gilt, Abschreibungen auf die Gesundheit zu machen. Die meisten Menschen im Alter haben einen Kapitalstock an gesund verbrachten Tagen, die Nutzen stiften, sei es, dass sie noch in der Erinnerung Freude bereiten, sei es, dass das Geleistete und Erbrachte eine Investition im weitesten Sinn gewesen ist."¹²

Im Alter wird der Aufwand, die Gesundheit in der Bedeutung der lebenswerten Lebensqualität zu erhalten, für den alten Menschen

¹² Sinngemässe Wiedergabe einer Äusserung im Rahmen des Nachdiplomstudiums „Management im Gesundheitswesen“, Universität Bern 2000.

und sein Umfeld immer grösser. Die individuellen Unterschiede, diese Lebensphase zu bewältigen, sind ausgesprochen gross. Menschen mit einer hohen Frustrationstoleranz leben dabei ihre Gebrechen mit mehr Geduld und üben entsprechend mehr Nachsicht mit sich selber.

Die sinnvoll erlebte Vergangenheit erfüllt diese Menschen in einem Abschnitt, in dem der Körper die Gesetzmässigkeiten der fortgeschrittenen Jahre verlangsamt vollzieht. Nach einem solchen erfüllten Leben ist der Abschied vom irdischen Leben häufig einfacher. Menschen dagegen, die sich wesentliche Wünsche nicht haben erfüllen können, hadern und kämpfen mit der Realität des Endes.

Auf jeden Fall gibt es in jeder Situation einen Moment, in dem sich das Weiterleben nicht mehr lohnt und die Entscheidung zu Gunsten des Todes ausfällt. Das Sterben kann als Prozess gestaltet werden. So gesehen ist der Tod, also der erfüllte Abschied vom Leben, ein Bestandteil der Gesundheit.

Die Ottawa-Charta definiert Gesundheit folgendermassen: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Ent-

scheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. füreinander Sorge tragen, Ganzheitlichkeit und ökonomisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung.¹³

In der Pflegebedürftigkeit und somit auch notgedrungener Abhängigkeit ist es für den Hochbetagten ganz besonders relevant, selber Entscheidungen fällen zu können und die Kontrolle über die eigenen Lebensumstände zu behalten, damit regressive Tendenzen ihn nicht in zusätzliche Abhängigkeit versetzen.

Dringend ist er darauf angewiesen, trotz bevorstehendem Ende, Ziele und Perspektiven entwickeln zu können. Ohne Vorstellungen und Wünsche für die Zukunft wird das Leben auch für Hochbetagte sinnlos. Für diesen letzten Lebensabschnitt sind alte Menschen und ihr soziales Umfeld zeitweise auf professionelle Hilfe und ein stationäres Angebot angewiesen.

¹³ Zimmerli, Walther Ch. (1997), S. 10.

2.4.3 Besonders relevante Aspekte aus der Pflge Theorie

„Nach neueren Krankenpflge Theorien besteht der gesamte sog. ‚Pflgeprozess‘ immer aus zwei unterschiedlichen Bestandteilen, nmlch dem ‚Beziehungsprozess‘ und dem ‚Problemlsungsprozess‘. Unter ‚Beziehungsprozess‘ ist dabei der gesamte zwischenmenschliche Umgang zwischen der Krankenpflgeperson auf der einen und der Patientin bzw. dem Patienten auf der anderen Seite zu verstehen. ‚Problemlsungsprozess‘ meint demgegenber das auf die Beseitigung der Probleme des Patienten ausgerichtete fachliche kranknpflgerische Handeln. (...)

Nach dieser Theorie beinhaltet jede pflgerische Ttigkeit, ob gut oder schlecht ausgefuhrt, ob Grund- oder Behandlungspflge, ob mit symptomzentriertem oder ganzheitlichem Ansatz, ob in funktionseller Pflgeorganisation oder in Bezugspflgesystemen, immer beide Seiten des Pflgeprozesses.

Krankenpflge ist einerseits ein Ablauf von zielgerichteten, geplanten Handlungen zur Problemlsung. (...) Krankenpflge ist zum anderen aber auch zwischenmenschliches Geschehen. Dies wird mit dem Begriff des ‚Beziehungsprozess‘ deutlich zu machen versucht. Neben der pflgerischen Problemlsung findet zwischen der Pflgeperson und dem Patienten immer auch eine Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung statt.

Schon die einfache Begrüssung eines neuen Patienten enthält sowohl Informationssammlung, also einen Anteil des ‚Problemlösungsprozesses‘, als auch zwischenmenschliche Beziehungsaufnahme, die Basis jedweden ‚Beziehungsprozesses‘. Bereits durch die Art und Weise, wie bei der Aufnahme mit einem Patienten umgegangen wird, kann sich nachhaltig entscheiden, ob dieser zu den für ihn zuständigen Pflegepersonen Vertrauen entwickelt oder nicht. Da dieses Vertrauen für die erforderliche Mitarbeit des Patienten sowohl bei der pflegerischen Informationsgewinnung, als auch bei der Durchführung von Pflegemassnahmen von wesentlicher Bedeutung ist, stellt die Beziehungsaufnahme nicht einfach einen allgemein menschlichen Vorgang dar, der neben der eigentlichen Pflege abläuft, sondern ist vielmehr selbst ein Bestandteil des Pflegeprozesses.

Wird dieser ‚Doppelcharakter der Krankenpflege‘ von der betreffenden Pflegeperson nicht erkannt, wird also insbesondere der Beziehungsanteil des pflegerischen Handelns nicht systematisch berücksichtigt, so kann dies den Erfolg der Pflege (und damit der gesamten Behandlung!) schwerwiegend gefährden: Ein Patient, der zu den ihn behandelnden und pflegenden Personen kein Vertrauen hat, ist sehr viel eher geneigt, nicht ‚mitspielen‘, sich eigene Ziele zu setzen, und sich damit möglicherweise behandlungswidrig zu verhalten als einer, der sich in der sozialen Beziehung zu den Schwestern und Pflegern ‚gut aufgehoben‘ fühlt.

Gute, erfolgreiche Krankenpflege besteht daher immer in der überlegten und aktiven Gestaltung beider Seiten des pflegerischen Handelns.¹⁴

Im Folgenden eine weitere theoretische Grundlage, veranschaulicht von Prof. Monika Krohwinkel. Die Pflegewissenschaftlerin beleuchtet ausgewählte Erkenntnisse zur Konzeption „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“ in folgender Abbildung.

¹⁴ Kistner, Walter (1997), S. 3f.

**„Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können
(Beispiele)**

Existenzfördernde Erfahrungen

Wiedergewinnung von Unabhängigkeit
Zuversicht/Freude
Vertrauen
Integration
Sicherheit
Hoffnung
Wohlbefinden
Sinn finden

Existenzgefährdende Erfahrungen

Verlust von Unabhängigkeit
Sorge, Angst
Misstrauen
Trennung
Isolation
Ungewissheit
Hoffnungslosigkeit
Schmerzen
Sterben
Langeweile

Erfahrungen, die die Existenz fördern oder gefährden können

Kulturgebundene Erfahrungen wie
Weltanschauung, Glauben und
Religionsausübung
Lebensgeschichtliche Erfahrungen

Die Untersuchungen in klinischen und in häuslichen Pflegesituationen machen deutlich, wie belastende und gefährdende Erfahrungen sich negativ auswirken können auf pflegebedürftige Personen und ihre Bezugspersonen und auf ihre Bemühungen um Realisierung und Gestaltung von Lebensaktivitäten gerade auch bei grösseren Einschränkungen, bei Behinderungen und Schwächen. Hier sind es insbesondere Erfahrungen wie Angst, Sorge, Misstrauen, Ungewissheit bis hin zur Hoffnungslosigkeit, je wieder ausreichend unabhängig zu werden in wesentlichen Lebensaktivitäten und so auch die eigene personale Unabhängigkeit und wichtige soziale Beziehungen nicht mehr aufrechterhalten zu können, die Menschen belasten.

Die Untersuchungen machen aber auch darauf aufmerksam, wie durch Einbezug von kulturellen und lebensgeschichtlichen Erfahrungen, durch die Unterstützung fördernder Erfahrungen wie Freude, Hoffnung, Vertrauen und Glauben sowie durch das Sichtbarmachen und Fördern von Fähigkeiten – gerade in prioritären Problembereichen der AEDLs – Erfahrungen von Unabhängigkeit, Wohlbefinden und unter Umständen auch Sinnfinden positiv beeinflusst werden. Die Aussage ‚Ich kann‘ charakterisiert hierzu wiederholt verbalisierte Äusserungen betroffener Personen.

Die noch laufenden Analysen zur häuslichen Pflege unterstützen die Annahmen zur Bedeutung positiver Beziehungen und fördernder

existentieller Erfahrungen, die auch von Menschen mit erheblichen physisch-funktionalen und/oder willentlich-emotionalen Einschränkungen geäußert wurden. Sie brachten Fähigkeiten, Bedürfnisse und Erfahrungen zum Ausdruck, die in Zusammenhang gebracht werden können mit Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Sinn finden.

Zu diesen fördernden Fähigkeiten, Bedürfnissen und Erfahrungen gehören:

- etwas darstellen können, anerkannt werden;
- für andere dasein können, für andere etwas bedeuten;
- Erfahrungen von früher mitteilen und mit anderen teilen;
- sich selbst im Bett bewegen können und sich selbst wieder aus dem Bett heraus bewegen können (selbst tun);

Aber hierzu gehören auch Fähigkeiten und Bedürfnisse und Erfahrungen wie:

- selbst bestimmen/entscheiden können, wie man etwas tut;
- gefragt werden, wie man es haben will, wie man etwas nicht haben will (mitbestimmen, mitentscheiden);
- sicher sein, wann jemand kommt und wie mit einem umgegangen wird (informiert sein/ sicher sein können/ sich auf Pflegende verlassen können).

- sich sinnvoll beschäftigen können;
- Menschen haben, die einem zuhören;
- Gefühle zeigen können und dabei nicht zurückgewiesen werden;
- sich mit seiner Krankheit und seiner Schwäche auseinandersetzen und sich dabei entwickeln können;
- als Mensch in seinen Problemen und in seinen Bemühungen respektiert werden.

Die Untersuchungen machen darauf aufmerksam, welchen unterschiedlichen Einfluss defizitär-versorgende und fähigkeitsfördernde Pflegepraxis in alltäglich sich wiederholenden Pflegesituationen auf solche Entwicklungen haben kann. (...)

Eine Zusammenführung der Erkenntnisse aus den Untersuchungen gibt Nachweis darüber, wie die Umsetzung fördernder Prozesspflege in pflegerischen Handlungsprozessen dazu beitragen kann, pflegebedürftige Personen und ihre persönlichen Bezugspersonen bei der Realisierung der für sie wesentlichen Lebensaktivitäten und im Umgang mit ihren existentiellen Erfahrungen zu unterstützen und zu fördern.

Eine schrittweise Entwicklung und Anwendung fördernder Prozesspflege in unterschiedlichen Praxissituationen ist möglich. Allerdings ist hierzu erforderlich, neben einer synergetischen Förderung

entsprechender Pflegefachkompetenz, angemessene Strukturen und Rahmenbedingungen mit zu entwickeln.

Wenn die Bedeutung fördernder Prozesspflege grundsätzlich anerkannt wird, dann besteht neben den Erfordernissen weiterer Theorienprüfung und -substantiierung (z.B. in den sich herausbildenden Teiltheorien) Innovations- und Forschungsbedarf zur Entwicklung und Umsetzung einer solchen Pflege in den Systemen der Pflegepraxis, der Pflegebildung und des Pflegemanagements. In einigen Institutionen ist damit begonnen worden,¹⁵ schreibt Prof. Krohwinkel in ihrem Beitrag am ersten internationalen Pflegekongress Nürnberg.

2.4.4 Instrumente des geriatrisch rehabilitativen Konzeptes

Die geriatrisch rehabilitative Pflege bedarf einer Fachlichkeit, die sich auf Grund der Rahmenbedingungen in der Schweiz in den letzten Jahren nur bedingt entwickeln konnte. Die nachfolgenden Zeilen von zwei langjährigen Fachleuten im Pflegebereich beziehen sich auf das Personal der Institutionen für das Alter.

„Obwohl sich die Situation auf dem bisher ausgetrockneten Stellenmarkt im Pflegebereich etwas verbessert hat, kann von einer eigentlichen Entspannung in der Alterspflege nicht gesprochen

¹⁵ Krohwinkel, Monika. In: Osterbrink, Jürgen (Hrsg.), (1998) S. 134ff.

werden. Noch immer arbeiten in den meisten Heimen viele ungelernete Personen. Unregelmässige Arbeitszeiten, verhältnismässig tiefe Löhne, steile Hierarchien und oft widrige institutionelle Rahmenbedingungen sowie die vielfach anspruchsvolle Bewohnerschaft machen den Beruf für qualifizierte Schweizerinnen und Schweizer wenig attraktiv. Die ausgebildeten Pflegekräfte kommen deswegen vielfach aus dem Ausland und sind oft der deutschen Sprache zu wenig kundig, was vor allem im geronto-psychiatrischen Bereich zu Komplikationen führt.“¹⁶

Es ist dringend notwendig, die Arbeitsbedingungen der Pflegenden in Altersinstitutionen attraktiver zu gestalten und das Fachwissen in diesem Bereich auszubauen. Ausserdem wäre es sinnvoll, die Pflegenden mit ökonomischem Gedankengut vertrauter zu machen, damit sie ökonomische Aspekte vermehrt in ihre Arbeit einfliessen lassen können. Nachfolgend werden die Instrumente des geriatrisch rehabilitativen Konzeptes vorgestellt.

2.4.4.1 Pflegerisches Assessment und Zielvereinbarung mit den Klientinnen und Klienten

Die Zielvereinbarung mit der Klientin, dem Klienten in Übereinstimmung mit ihrem sozialen Umfeld steht am Anfang jeder pflegerischen Intervention. Der alte pflegebedürftige Mensch ist darauf

¹⁶ Schürch, Christoph, Hallauer-Mager, Elisabeth (1998).

angewiesen, dass man ihm die Planung seiner Zukunft nicht aus der Hand nimmt, da er sich sonst selber aufgibt. Die meist reduzierten Kräfte lassen es nicht zu, dass er sich auch noch gegen Interventionen wehren muss.

Zielorientiertheit bedeutet, Zukunft zu gestalten und enthält auch beim Hochbetagten die Sinnfrage nach dem lebenswerten Leben. Dieser Sinn muss selbst gefunden und soll nicht von anderen gesteuert werden, es braucht also den aktiv gestaltenden alten Menschen. Die Bereitschaft dazu bleibt aber nur erhalten, wenn der Hochbetagte registriert, dass seine Bedürfnisse ernst genommen werden und entsprechende Ziele mit der Unterstützung des Umfeldes umgesetzt werden können.

Auf der Schwelle zur Einweisung in eine Pflegeinstitution sieht eine Lebenssituation erst einmal sehr verfahren aus. Angehörige beobachten schon lange die Verschlechterung der Lebensumstände. Die Sturzgefahr hat sich erhöht, die Ernährung ist mangelhaft, weil die Kraft fehlt, ein sorgfältiges Essen zu kochen. Die sozialen Kontakte werden spärlicher, da viele Bekannte verstorben sind und der Bewegungsradius durch die reduzierten Fähigkeiten und Kräfte kleiner wird.

Das soziale Umfeld selber kommt an die Grenzen seiner Möglichkeiten, zu helfen und zu unterstützen. Das schlechte Gewissen, nicht

umfassender für den alten Menschen eintreten zu können, mengt sich häufig mit Abgrenzungsbestrebungen aus vergangenen noch nicht bewältigten Konflikten. Plötzlich werden die Eltern abhängig, die ursprünglichen Rollen haben sich vertauscht. Wie viel Geld wird noch für den alten Menschen eingesetzt, was passiert mit der Erbschaft?

Bei der Einweisung in ein Pflegeheim betonen Angehörige und manchmal auch professionell Helfende den Sicherheitsaspekt. Sie argumentieren, dass keine Verantwortung für die Sturzgefahr zu Hause übernommen werden könne und dass das allfällige Liegenbleiben am Boden ein zu grosses Risiko für den alten Menschen sei. Das Bedürfnis des sozialen Umfeldes zugunsten einer Einweisung des Betagten, auch gegen dessen ausdrücklich gegenteilige Äusserungen, zeigt deutlich die Überlastung der Beteiligten in solchen Krisensituationen.

Vorstellungen vom „Sich-zuständig-fühlen“ der Angehörigen mengen sich mit einem ausgeprägten Sicherheitsgefühl und werden so wichtiger als die vitalen Bedürfnisse der Hochbetagten. Diese Situationen sind im Pflegealltag so häufig anzutreffen, dass man sie als Realität dieser Lebensumstände ansehen muss.

Der alte Mensch nimmt neben seiner eigenen Not meistens auch die Not seines Umfelds wahr und reagiert je nach Möglichkeit mit ver-

schiedenen Strategien. Nicht selten kommt es zu Verzweiflung, Depression und anderen psychischen Veränderungen, sofern nicht professionell eingegriffen wird. Aus diesen Gründen ist es äusserst wichtig, dass mit einem multidimensionalen Assessment möglichst frühzeitig die Situation erfasst und mit entsprechenden Massnahmen begleitet wird.

Das Zielvereinbarungsgespräch am Anfang dieses Prozesses eignet sich hierbei als ein wichtiges pflegerisches Instrument, in dem die Situation beurteilt werden kann. Die gesammelten Informationen sind für eine individuelle, kompetenzfördernde Pflege, Therapie und Austrittsplanung wegleitend. Der ältere Mensch und seine Angehörigen werden zu Mitdenkenden und Mitwirkenden im Prozess der Wiedererlangung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) oder mit anderen Worten der Alltagsfunktionen. Soziale Kompetenzen des Individuums und seines ganzen Umfelds werden unterstützt und verstärkt.

Eine Pflege- und Sozialanamnese sowie die Einschätzung des Gesundheitszustandes ermöglichen das Erfassen der Zusammenhänge zwischen physischen, psychischen, geistigen, sozialen und umgebungsbedingten Faktoren, welche die Situation des älteren Menschen beeinflussen. Das soziale Umfeld und der oder die Betagte werden hierbei als System erfasst. Die Wünsche und Bedürfnisse

des alten Menschen und seine Vorstellung von Lebensqualität werden ermittelt und sind für die Zielsetzung massgeblich.

Eine weitere Funktion des Zielvereinbarungsgesprächs ist es, gemeinsam einen Weg zu finden, der die Ziele der Klienten ermöglicht. Auf diese Ziele hin müssen sich die älteren Menschen vorbereiten und trainieren. Die Fachperson in der Pflege wird für eine beschränkte Zeit zur professionellen Bezugsperson im sozialen Netzwerk der älteren Menschen. Das geriatrische Pflege- und Rehabilitationszentrum wird zur Brücke zwischen stationärer Betreuung in Spitälern und dem ambulanten Angebot zu Hause.

2.4.4.2 Familiengespräch

Häufig reicht ein Zielvereinbarungsgespräch nicht aus, um die divergenten Vorstellungen von sozialem Umfeld, Fachleuten und den Klienten selber auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Dafür eignet sich das Instrument des Familiengesprächs.

Das Ziel des Familiengesprächs ist es, die Lebensgestaltung nach den Wünschen und Bedürfnissen der Klienten trotz Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen. Aufgrund der Abhängigkeit der Klienten ist der grösste gemeinsame Nenner an Vorstellungen über die weitere Lebensgestaltung der Hochbetagten notwendig, da der alte Mensch auf die Unterstützung seines Umfelds angewiesen ist.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Die Teilnehmenden sind alle Mitglieder des sozialen Netzes, vor allem aber diejenigen, die Bedenken haben und alle professionell beteiligten Personen. Die Dauer des Gesprächs beträgt circa 1.5 Stunden.

Inhalt und Ablauf eines Familiengesprächs können wie folgt gestaltet werden:

Der Klient oder die Klientin hat sich mit der Unterstützung von Pflegenden und anderen Beteiligten auf das Gespräch vorbereitet und bestimmt die Planung seiner oder ihrer Zukunft. Das soziale Umfeld bezieht Stellung, und der Austausch der Meinungen findet im geschützten Rahmen statt. Mit Empathie begegnet die Leitung des Gesprächs den Anliegen aller am Gespräch Beteiligten und ermöglicht somit, dass die Akteure im System sich annähern können.

Gemeinsam werden die Probleme definiert, die sich einstellen, wenn das Ziel des alten Menschen erreicht werden soll. Anschließend geht es an das Erarbeiten von Lösungswegen.

An diesem Punkt kann es vorkommen, dass das Ziel modifiziert werden muss, weil sich sonst kein Lösungsweg abzeichnet. Die Erfahrung zeigt, dass es hier um harte Realitäten gehen kann, wie zum Beispiel die Trennung eines 60 Jahre verheirateten Ehepaars. Dies

ist dann der Fall, wenn die Basis der Beziehung nicht tragend genug ist und ein Partner nicht mehr bereit ist, seine Frau nach Hause zu nehmen und sie zu pflegen.

Solche Realitäten können Trauer auslösen, die im Anschluss an das Gespräch aufgefangen werden muss. Im Allgemeinen zeigt die Erfahrung aber eindrücklich, dass alte Menschen sehr pragmatisch anspruchsvolle Lebensumstände akzeptieren können, wenn sie Empathie für ihre Situation wahrnehmen.

Ist der Lösungsweg erarbeitet, können Entscheidungen getroffen und die Planung der Umsetzung, Koordination und Regelung der Verantwortlichkeiten an die Hand genommen werden. Der letzte Schritt ist die Umsetzung. Diese bedarf wieder der intensiven Begleitung durch die zuständige Pflegefachperson bis zum Austritt aus der geriatrisch rehabilitativen Institution.

2.4.4.3 Bezugspersonenpflege

Damit die fachgerechte Begleitung der alten Menschen stattfinden kann, bedarf es der Bezugspersonenpflege, die eine durchgehende und kontinuierliche Betreuung gewährleistet. Im Aufnahmegespräch, in der Zielvereinbarung, im Alltag und im Familiengespräch gewährleistet die geriatrisch rehabilitative Pflege, dass der alte Mensch seine Bedürfnisse äussern kann und die nötige Zeit hat, sich

seiner Situation klar zu werden. Als Case Managerin ist die Pflegefachfrau verantwortlich für die Koordination der Einschätzungen und Tätigkeiten der verschiedenen beteiligten Berufsgruppen.

Ausserdem ist die Bezugsperson verantwortlich für die pflegerische Situationsabklärung und –einschätzung, die Planung der Pflege, deren Umsetzung und Auswertung. Realistische Rehabilitationsziele und das Ausmass der Reaktivierung sind auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Klientinnen und Klienten abgestimmt.

Die Klientinnen und Klienten, welche geriatrisch rehabilitative Pflege beanspruchen, sind meistens in einer Sinn- und Lebenskrise. Sie fragen sich nach dem Sinn des Weiterlebens und der Lebensform. Das gesunde soziale Umfeld ist meistens überfordert, unterstützend zu wirken. Dazu kommt das schlechte Gewissen der Angehörigen, dass sie das zu Hause bleiben des alten Menschen nicht gewährleisten können.

Um die anspruchsvolle Situation fachgerecht zu begleiten, bedarf es einer Bezugsperson, die der Klientin, dem Klienten und deren Umfeld mit Empathie begegnet und nach deren Zustand und deren Wohlbefinden fragt. Die emotionale Beteiligung an den Gesprächen ist eine wichtige Voraussetzung für die Vertrauensbasis, mit der solche Lebensprozesse erfolgreich begleitet werden können. Die

Pflegefachperson nimmt die Gefühle der Klientinnen und Klienten wahr und relativiert diese nicht, obwohl der Inhalt auch für sie bedrückend sein kann.

Sie fragt nach Zielen und Wünschen und lässt diese im Raum stehen, auch wenn sie unrealistisch erscheinen und sie zeigt dem Klienten, der Klientin, dass sie sie begleiten wird. Hier wird die Bezugspersonenpflege sehr wesentlich, denn es bedarf einer Vertrauensbasis, die aus emotionalen und ökonomischen Gründen nur von **einer** Pflegeperson umfassend wahrgenommen werden kann. Auch die begrenzten emotionalen und ökonomischen Ressourcen der alten Menschen und ihres Umfelds sprechen dafür, die pflegerische Anamnese und den Prozess der Befähigung mit einer konstant begleitenden Fachperson durchzuführen.

Bei der Begleitung wird für die Bezugsperson das Wellenbad der Gefühle, also alle Hochs und Tiefs, spürbar. Die Klientin, der Klient wird dankbar sein, wenn man diese ausspricht und das aufkommende Ohnmachtgefühl aushält. Wenn die Pflegefachperson alle ihre Handlungen im Kontext des ganzen Systems einordnet und die Angehörigen mit Zuversicht begleitet und befähigt, können diese einen wesentlichen Teil der Begleitung der letzten Lebensphase des Hochbetagten übernehmen.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Ein weiterer Vorteil der Bezugspersonenpflege ist, dass die Zuständigkeiten unter den Pflegenden klar ist, und sich nicht alle in gleichem Masse mit der Situation jedes Klienten, jeder Klientin auseinandersetzen müssen. Dieses ist einerseits aus emotional-ökonomischen Gründen gar nicht möglich und andererseits aus wirtschaftlichen Aspekten nicht im Sinn der begrenzten finanziellen Mittel der Gesellschaft.

3. Das Pflegezentrum Bauma

Im Pflegezentrum Bauma im Tösstal des Kantons Zürich ist die geriatrisch rehabilitative Pflege umgesetzt worden. Im Folgenden wird der Werdegang des Zentrums als anschauliches Beispiel der Umsetzung und der finanziellen Problematik beschrieben.

3.1 Geschichte

Im Juni 1997 entscheidet sich die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zur Schliessung mehrerer Spitäler, unter anderem des Spitals Bauma. Mit dieser Massnahme soll die Krankenhausbettzahl dem Bedarf im Kanton Zürich angepasst werden. Die Trägerschaft des Spitals, ein Zweckverband, erachtet die Institution als notwendig und reicht eine Beschwerde gegen die Schliessung beim Bundesrat ein, die im Februar 1999 abgelehnt wird.

Im Spital Bauma werden seit Beginn auch pflegebedürftige alte Menschen gepflegt. Seit 1987 besteht eine Pflegeabteilung mit 23 Plätzen für geriatrische Langzeit- und Rehabilitationspflege. Auf dieser Station wird Rehabilitationspflege als aktivierende Pflege verstanden, bei der die Ressourcen der Klientinnen und Klienten gefördert werden. Die geriatrisch rehabilitative Pflege mit dem

pflegerischen Assessment und dem Ziel, die alten Menschen zu befähigen, selbstständig zu leben,¹⁷ ist hier noch nicht bekannt.

Im August 1999 schliesst das Spital Bauma seine Pforten. Fliessend findet der Übergang zum Pflegezentrum mit 42 Wohnmöglichkeiten statt.¹⁸ Der geplante Zusammenschluss mit den Spitälern Wetzikon und Rüti und dem Pflegezentrum Wald in der Langzeitversorgung scheitert im Dezember 1999, weil nur sieben statt acht Gemeinden der gemeinsam organisierten Langzeitversorgung zustimmen.

Damit ist die Zukunft des Pflegezentrums Bauma in Frage gestellt, da sich weder für die Trägerschaft noch für die Finanzierung des Pflegezentrums eine Lösung abzeichnet. Die Zweckverbandsgemeinden sind nicht bereit, das jährliche Defizit von 1 Million Franken zu tragen. Eine Studie des Tertianums, einer Beratungsfirma, im März 2000 zeigt, dass der Bedarf an Pflegeplätzen gegeben ist.

Eine Anfrage¹⁹ im Februar 2000 bei der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich um eine Kostenbeteiligung des Kantons und um einen Leistungsauftrag für die geriatrisch rehabilitative Pflege wird mit folgender Begründung abgelehnt:

¹⁷ Beschrieben im Kapitel 2.

¹⁸ Vgl. Neue Zürcher Zeitung (1999), Nr.197, S. 47.

¹⁹ Brief des Pflegezentrums Bauma an die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 16. Februar 2000.

„Im Planungsbericht zur Zürcher Pflegeheimliste vom November 1997 hielten wir fest, dass in allen Gliedern der geriatrischen Versorgung, sowohl in ambulanten und teilstationären als auch stationären Einrichtungen, Pflegebedürftige nicht nur gepflegt, sondern auch aktiviert und nach Möglichkeit rehabilitiert werden sollen. Die geriatrisch rehabilitative Pflege gehört demgemäss bereits heute zum Leistungsauftrag aller Krankenhäuser, sofern keine spezielle Infrastruktur und/oder interdisziplinäre Behandlungsprogramme mit entsprechendem Fachpersonal erforderlich sind.

Wir gehen davon aus, dass Krankenhäuser primär der Unterbringung und Betreuung von dauernd Pflegebedürftigen dienen, daneben aber auch Patienten für einen zeitlich begrenzten Rehabilitations- oder Ferienaufenthalt beherbergen. Die intensive Rehabilitation von geriatrischen Akutpatienten gehört zum Leistungsauftrag von Akutspitälern und Rehabilitationskliniken.

Auch bei der Tarifgestaltung wird davon ausgegangen, dass Patienten von Pflegeheimen in der Regel keinen eigenen Haushalt mehr führen und die Kosten für Unterbringung und Verpflegung demgemäss nicht von den Krankenversicherern übernommen werden. In Akutspitälern sind indessen neben den Behandlungs- auch die Hotelkosten Bestandteil der kassenpflichtigen Leistungen.²⁰

²⁰ Brief der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich an das Pflegezentrum Bauma, 20. März 2000.

Im März 2000 reicht das Pflegezentrum Bauma einen Antrag und eine Tariffierte Überbrückungspflege an den Verband Zürcher Krankenversicherer ein. Der Antrag lautet: „Die Krankenversicherer zahlen für die befähigende Pflege für ca. 4 Wochen einen Tarif von 180 Franken pro Tag.“²¹ Im April 2000 wird der Antrag mit folgender Begründung abgelehnt:

„1. Grundsätzlich sind Leistungen der Krankenversicherer in Kranken- und Pflegeheimen, unabhängig ob es sich um Langzeit-, Überbrückungs-, Rehabilitationspflege u.ä. handelt, mit den heute gültigen und vom Bundesrat verfügbaren Taxen abgedeckt. Weder das KVG noch die VO KLV sieht eine Differenzierung nach den erwähnten speziellen Pflegearten vor.

2. Bevor wir entsprechende Schritte in Richtung Überbrückungspflege planen und in die Wege leiten, möchten wir zunächst die konkreten Ergebnisse aus dem Pilotprojekt Helsana abwarten und diese entsprechend analysieren.

3. Sollten wir bei einem positiven Resultat das Konzept der Überbrückungspflege aufgreifen, so kann dies nicht punktuell für einen einzelnen Betrieb geschehen. Vielmehr muss eine flächendeckende, einheitliche Lösung für den gesamten Kanton

²¹ Brief des Pflegezentrums Bauma an den Verband Zürcher Krankenversicherer, 15. März 2000.

Zürich mit der ‚Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege‘ (KLP) gesucht werden. Dies bedingt zunächst, entsprechende Grundlagen zu erarbeiten und Unklarheiten zu beseitigen. Dazu gehören u.a.

- Klare Definitionen, Abgrenzungen zwischen und Kriterien für die Übergangspflege (Waidspital), Rehabilitation (Rehabilitationskliniken) und Überbrückungspflege (Kranken- und Pflegeheimen). Das heisst, es muss geklärt sein, welcher Patient wann und unter welchen Voraussetzungen in welche Behandlungs-/Pflegekategorie gehört.
- Bereinigung von Schnittstellen bzw. Institutionalisierung des Fallmanagements, um rechtzeitig die Verlegung der Patienten aus dem Akutspital in die Rehabilitation oder die spezielle Pflegeinstitution (inkl. Spitex) vornehmen zu können.
- Ermittlung der anrechenbaren Betriebskosten der verschiedenen Institutionen und Benchmark (Betriebsvergleich) unter den Pflegeorganisationen, um die Taxen ermitteln zu können.
- Messung der Ergebnisqualität (Outcome), um den Erfolg der Massnahmen beurteilen zu können.²²

Anfang Juli 2000 verkauft der Zweckverband Pflegezentrum Bauma das Pflegezentrum auf den 1. Januar 2001 an eine private Trägerschaft, das Familienunternehmen di Gallo.²³ Die Gemeindever-

²² Brief des Verbandes Zürcher Krankenversicherer an das Pflegezentrum Bauma, 17. April 2000.

²³ Manz, Dora (2000), S. 21.

sammlungen haben diesen Verkauf im September 2000 bestätigt.²⁴ Damit ist die Zukunft des Zentrums gesichert, die Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege aber weiterhin ein ungelöstes Problem.

3.2 Leistungsauftrag

Damit der Krankenversicherer das Pflegezentrum Bauma als Leistungserbringer anerkennt und die Kosten der Pflege übernimmt, muss es auf der Pflegeheimliste des Kantons Zürich aufgeführt sein. Das Zentrum benötigt ausserdem eine Betriebsbewilligung der Gesundheitsdirektion, welche im September 1999 erneuert worden ist. Den Leistungsauftrag müssten die Gemeinden sprechen.

Der Zweckverband des Pflegezentrums Bauma ist im Juli 2000 nicht bereit, über den Leistungsauftrag zu verhandeln. Die im Zweckverband zusammengeschlossenen Gemeinden verzichten unter diesen Umständen darauf, einen Leistungsauftrag zu erteilen. Der neue Träger verpflichtet sich im Übernahmevertrag, dass der derzeitige Leistungsrahmen mit dem Kauf des Pflegezentrums übernommen wird.

²⁴ Vgl. Neue Zürcher Zeitung (2000), Nr. 227, S. 49.

3.3 Trägerschaft

Die neue Trägerschaft ist ab 1. Januar 2001 das Familienunternehmen Gruppe di Gallo. Sie führt seit vielen Jahren mehrere Heime. Sozialverträglichkeit und das Wohlbefinden der Klientinnen und Klienten sind ihr ein wichtiges Anliegen. Am Konzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege ist sie interessiert, während die Frage der Finanzierung noch zu lösen bleibt.

3.4 Finanzierungsprobleme des Zweckverbands Pflegezentrum Bauma

Das Pflegezentrum Bauma ist bis Ende 2000 dem Verband Zürcher Krankenhäuser angeschlossen und richtet sich nach deren Taxordnung. Der Klient, die Klientin zahlt bei diesem Tarif 135 Franken pro Tag. Wenn er oder sie den Betrag nicht aufbringen kann, kommen die Ergänzungsleistungen der AHV/IV zum Tragen.

Der Krankenversicherer zahlt an die Kosten der Pflege je nach Pflegebedürftigkeit eingestuft nach BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) zwischen 20 und 70 Franken pro Tag.

Dazu kommt eine Teilpauschale für ärztliche Leistungen und Arznei, therapeutische Leistungen und Therapiematerial sowie Pflege-

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

material. Diese beträgt je nach Pflegebedürftigkeit 8 oder 16 Franken. Das ergibt im Maximum eine Vollpauschale von 86 Franken pro Tag.²⁵

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zahlt pro Pflage-tag circa 1.50 Franken an das Pflegezentrum Bauma. Ausserdem wird den Klientinnen und Klienten ein Betrag in Höhe der Hilflosenentschädigung²⁶ in Rechnung gestellt.

Diese Einnahmen ergeben zusammen mit Einnahmen für verrechenbare Zusatzleistungen wie Einzelzimmer und ähnliches einen budgetierten Ertrag von jährlich 3'393'000 Franken. Diesem steht ein Betriebsaufwand von 4'448'000 Franken gegenüber. Davon sind circa 73% oder 3'234'000 Franken Personalkosten, von denen 2'016'000 Franken für das Pflegepersonal aufgewendet werden.

Die geriatrisch rehabilitative Pflege kann auch in optimierten Arbeitsprozessen nicht kostendeckend zu BESA Tarifen angeboten werden. Können die Gemeinden verpflichtet werden, ein Defizit zu übernehmen? Oder sollte die Klientin, der Klient mehr Kosten tragen? Ist der Versicherer verpflichtet, die effektiven Kosten der Pflege zu zahlen? Wieso werden im Heim Ergänzungsleistungen der

²⁵ Anhang 1: Taxordnung des Verbandes Zürcher Krankenhäuser für Krankenheime und Krankenheimabteilungen der Akutspitäler (Krankenkassenpatienten) vom 1. Januar 1999.

²⁶ Siehe zur Hilflosenentschädigung Kapitel 6.4.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

AHV/IV grosszügiger eingesetzt als bei der Pflege zu Hause? In Kapitel 5 und folgende werden Antworten auf diese Fragen vorbereitet. Zunächst folgt eine Auswertung erster Ergebnisse im Pflegezentrum Bauma.

4. Auswertung erster Ergebnisse des Pflegekonzeptes im Pflegezentrum Bauma

4.1 Die Umsetzung des Konzeptes

Das „Konzept Pflegezentrum Bauma“²⁷ ist im Juni 1999 erstellt und ab 1. September 1999 umgesetzt worden. Die Nachfrage nach dem Angebot ist gross gewesen, und der Ausbau von 22 auf 60 Plätze Ende 2000 hat sukzessiv stattgefunden.

Trotz interner Weiterbildung sind Zielvereinbarungen und die Bezugspersonenpflege nur zaghafte umgesetzt worden. Immer wieder bedarf es der Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es entsteht der Eindruck, dass die Basis für solches Arbeiten in geriatrisch befähigenden Institutionen noch nicht gelegt ist. In den nächsten Schritten soll evaluiert werden, welche Massnahmen noch getroffen werden müssen, damit effektiver und zielgerichteter gearbeitet werden kann.

Mit der Einführung des Projekts Bezugspersonenpflege ist beschlossen worden, für jede Klientin, jeden Klienten je eine diplomierte Pflegefachfrau und eine Pflegehelferin einzusetzen. Die Aufteilung der Verantwortung für eine zu betreuende Person beginnt

²⁷ Anhang 2: Konzept Pflegezentrum Bauma (1999).

bereits hier. In den Zimmern hängt bei jeder Bewohnerin, jedem Bewohner eine Karte, auf der zwei Namen stehen. Es ist für die Klientin, den Klienten nicht ersichtlich, wer die Pflegefachkraft ist.

Case Management, also die umfassende Bezugspersonenpflege, erfordert selbstständiges und sicheres Handeln sowie Koordination und Auftragserteilung der verantwortlichen Pflegeperson an alle anderen Teammitglieder. Dies scheint dem Gruppengedanken zu widersprechen. Der Gedanke der Gleichheit aller Teammitglieder erlaubt solches Handeln in letzter Konsequenz nicht. Immer wieder kann beobachtet werden, wie innerhalb des Pflorgeteams über einen Sachverhalt diskutiert und nach neuen Lösungen gesucht wird, ohne dass der alte Mensch und die Bezugsperson anwesend sind.

Die Familiengespräche sind bei Bedarf von zwei Fachfrauen konsequent umgesetzt worden. Da es meistens ein grosser Wunsch der alten Menschen gewesen ist, nach Hause zurückzukehren, sind in diesen Gesprächen häufig die Weichen dafür gestellt worden.

Die folgenden Tabellen zeigen, wie gross der Bedarf nach geriatrisch rehabilitativer Pflege ist. Viele Hochbetagte im Alter zwischen 70 und 100 Jahren sind wieder nach Hause gegangen, obwohl die praktizierte Pflegefachlichkeit noch weiter entwickelt werden könnte.

Tabelle 1

Ziel und Zweck des Aufenthalts beim Eintritt ins Pflegezentrum Bauma 1. 1. – 31. 8. 2000

Geriatrisch rehabilitative Pflege	57
Kurzaufenthalt	10
Überbrückungspflege	8
Pflegenotfall	6
Wohnen	4
TOTAL EINTRITTE	85

Erläuterungen zur Tabelle 1

Geriatrisch rehabilitative Pflege: Die geriatrisch rehabilitative Pflege beinhaltet die Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner, die mit dem Ziel eintreten, nach Hause rehabilitiert zu werden. Bei den Klientinnen und Klienten wird ein geriatrisches Pflegeassessment mit Zielvereinbarungs- und eventuell einem Familiengespräch durchgeführt. Die befähigende Pflege beinhaltet

ausserdem die Pflege der alten Menschen bis zum Übertritt in eine andere Institution.

Kurzaufenthalt: Individuelle Pflege bei kurzem Aufenthalt der Klientinnen und Klienten von circa 2 Wochen.

Überbrückungspflege Helsana: Die Überbrückungspflege ist die befähigende Pflege nach einem Akutspitalaufenthalt oder bei einem Pflegenotfall nach Einweisung aus ambulanter Versorgung. Der Aufenthalt dauert generell 14 Tage, in besonderen Fällen und nach Absprache mit der Fallberatung ist eine einmalige Verlängerung von 7 Tagen möglich. Die Überbrückungspflege ist nur für Klientinnen und Klienten des Krankenversicherers Helsana vorgesehen.

Pflegenotfall: Menschen, die plötzlich der stationären Pflege bedürfen, weil sie nicht mehr selbstständig oder mit Unterstützung zu Hause wohnen können oder deren soziales Umfeld akut überfordert ist.

Wohnen: Bewohnerinnen und Bewohner, die ins Pflegezentrum Bauma eintreten, um hier ihren Lebensabend zu verbringen.

Tabelle 2

Alter der Klientinnen und Klienten bezogen auf Tabelle 1

Jahrgang	Personen
1900 bis 1910	7
1911 bis 1920	50
1921 bis 1930	22
1931 bis 1940	3
1941 bis 1950	2
1960 bis 1970	1

Tabelle 3

Alter der Klientinnen und Klienten im Bereich der rehabilitativen Pflege mit dem Ziel, nach Hause zu gehen

Jahrgang	Personen
1900 bis 1910	7
1911 bis 1920	29
1921 bis 1930	17
1931 bis 1940	2
1941 bis 1950	1
1960 bis 1970	1

In Tabelle 3 ist ersichtlich, dass im Zeitraum von 8 Monaten 36 Personen über 80 Jahren mit dem Ziel der rehabilitativen Pflege eingetreten sind und 17 Personen über 70 dieses Ziel angestrebt haben.

Tabelle 4 belegt, dass die meisten Hochbetagten ihre Ziele auch erreicht haben. Die Daten in Tabelle 4 beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. 9. 1999 bis 31. 8. 2000.²⁸

- Von 131 Eintritten im Zeitraum eines Jahres sind 75 Personen nach Hause zurückgekehrt, obwohl bei ihrem Eintritt das Ziel der Entlassung jeweils mit vielen Unsicherheitsfaktoren verbunden gewesen ist.
- Eine Person ist in eine Alterswohnung und 11 Personen sind ins Altersheim eingetreten. Ihre Situation hat sich durch die rehabilitative Pflege so weit gebessert, dass sie in eine Institution eintreten können, in der sie mit weniger Unterstützung auskommen.
- 6 Personen haben einen Pflegeplatz in einer anderen Pflegeinstitution gewählt. Die Einen haben den Aufenthalt von Anfang an als Überbrückung geplant, die Anderen haben Zeit gewonnen zu entscheiden, in welcher Institution sie leben wollen.
- 5 Personen sind in das Spital eingetreten, weil eine stationäre medizinische Behandlung notwendig geworden und auch gewünscht worden ist.
- 2 Hochbetagte sind in eine Rehabilitationsklinik eingetreten, da ein umfassender Rehabilitationsbedarf festgestellt worden ist. Sie haben nicht nur primär rehabilitative Pflege, sondern

²⁸ Siehe auch Tabelle 6

auch ausgeprägt andere Disziplinen wie medizinische, physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Rehabilitation interdisziplinär benötigt.

- 3 Personen haben eine Behandlung in einer Spezialklinik beansprucht.
- 13 Personen sind im Pflegezentrum gestorben. Entweder sind sie schon mit dieser Absicht in die Institution gekommen oder ihre Angehörigen haben die Unterstützung des Pflegezentrums beansprucht. Die Pflegefachleute begleiten den Abschied vom Leben und gestalten ihn als würdevolles Ereignis. Sehr wichtig ist hierbei, dass der Tod nicht als ein Versagen der Medizin und Pflege wahrgenommen wird.²⁹

²⁹ Vgl. Kruppenacher, Jörg (2000), S. 15.

Tabelle 4

Ein- und Austritte Pflegezentrum Bauma mit Angabe des Zielortes beim Austritt, 1. 9. 1999 bis 31. 8. 2000

Datum	Eintritt	Austritt	nach Hause	Alters-Wohnung	Altersheim	Pflegeheim	Spital	Rehabilitations-klinik	Spezial-klinik	verstorben
Sept. 99	11	9	4		2			2		1
Okt. 99	12	6	1		2		1		1	1
Nov. 99	12	11	5	1		1	2			2
Dez. 99	11	12	10		1					1
Jan. 00	13	13	8			1	1			3
Febr. 00	12	8	6							2
März 00	11	13	7		5		1			
April 00	9	5	4			1				
Mai 00	9	11	8			1			1	1
Juni 00	9	10	8		1					1
Juli 00	14	11	7			2			1	1
Aug. 00	8	7	7							
Total	131	116	75	1	11	6	5	2	3	13

4.2 Trägerschaft und Taxen

Der neue Träger hat am 1. Januar 2001 das Pflegezentrum Bauma übernommen. Schon in den Monaten davor hat er mit der Erhöhung der Anzahl Pflegeplätze und dem Ausbau des Angebots „Betreutes Wohnen“ von 43 auf insgesamt 60 Plätze es ermöglicht, Ende 2000 eine kostendeckende Rechnung auszuweisen.

Seit dem 1. Januar 2001 ist die Taxordnung³⁰ an die neue Situation angepasst.

Tabelle 5

Grundtaxen bezahlt von Klientinnen und Klienten ab 1. 1. 2001

• Betreutes Wohnen	145 Fr.
• Pflegetaxe	155 Fr.
• Rehabilitative Pflege	175 Fr.

Sehr eindrücklich ist, dass die Klientinnen und Klienten wie auch ihre Angehörigen bereit sind, den erhöhten Preis für die rehabilitative Pflege zu zahlen. Der Wunsch, nach Hause zurückzukehren und ein Ziel vor Augen zu behalten, verursacht eine tiefe Preiselastizität, das heisst, die Kundinnen und Kunden reagieren nicht mit einer veränderten Nachfrage. Dies weist darauf hin, dass die geria-

³⁰ Anhang 3: Taxordnung Pflegezentrum Bauma ab 1. Januar 2001.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

trisch rehabilitative Pflege ein Gut ist, welches der Konsument, die Konsumentin relativ unabhängig vom Preis beanspruchen möchte. Die geriatrisch rehabilitative Pflege entspricht in dem Sinn einem Bedürfnis und einem Bedarf.

Mit der Grundtaxe von 175 Franken pro Tag zuzüglich den 28 Franken respektive 48 Franken, die der Krankenversicherer in der BESA Stufe 1 oder 2 übernimmt - denn Klientinnen und Klienten, die der geriatrischen rehabilitativen Pflege bedürfen, gehören meistens diesen Stufen an -, ist immer noch keine Selbstkostendeckung möglich. Es findet also weiterhin eine Quersubventionierung zwischen der Bewohnergruppen statt.

Wenn Tabelle 4 mit der folgenden Tabelle 6 verglichen wird, fällt auf, dass sich das Verhältnis der Zahlen zueinander auch sieben Monate später nicht verändert hat. Es kehren immer noch über 50% der eingetretenen Klientinnen und Klienten nach Hause zurück.

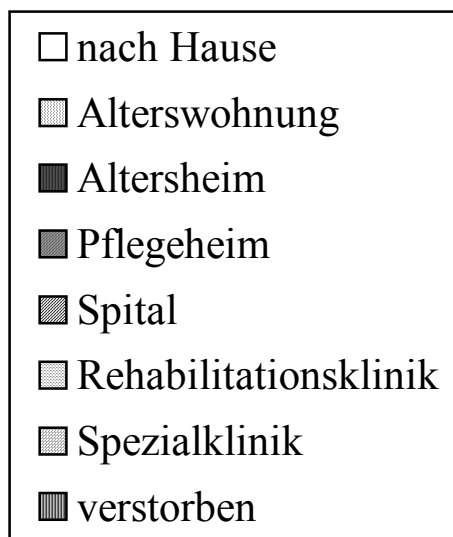
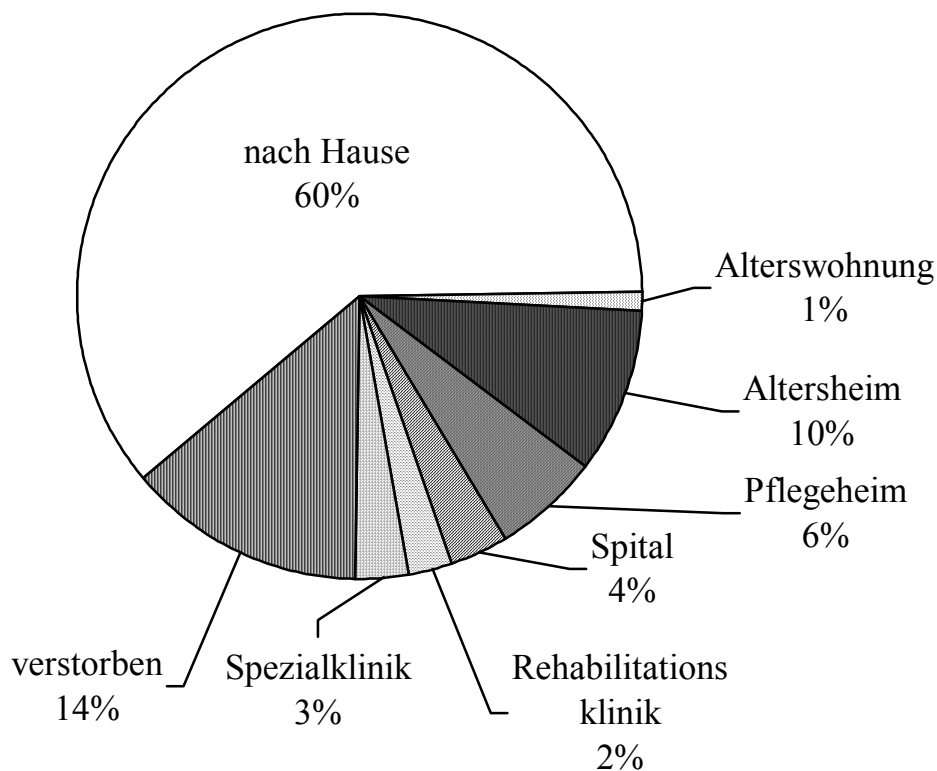
Tabelle 6

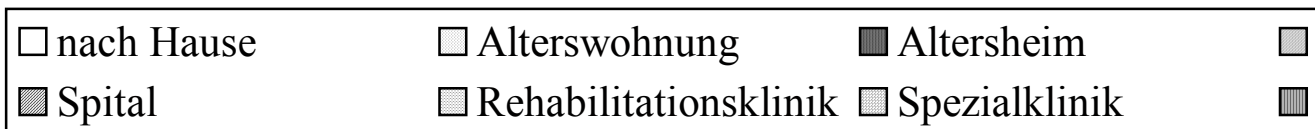
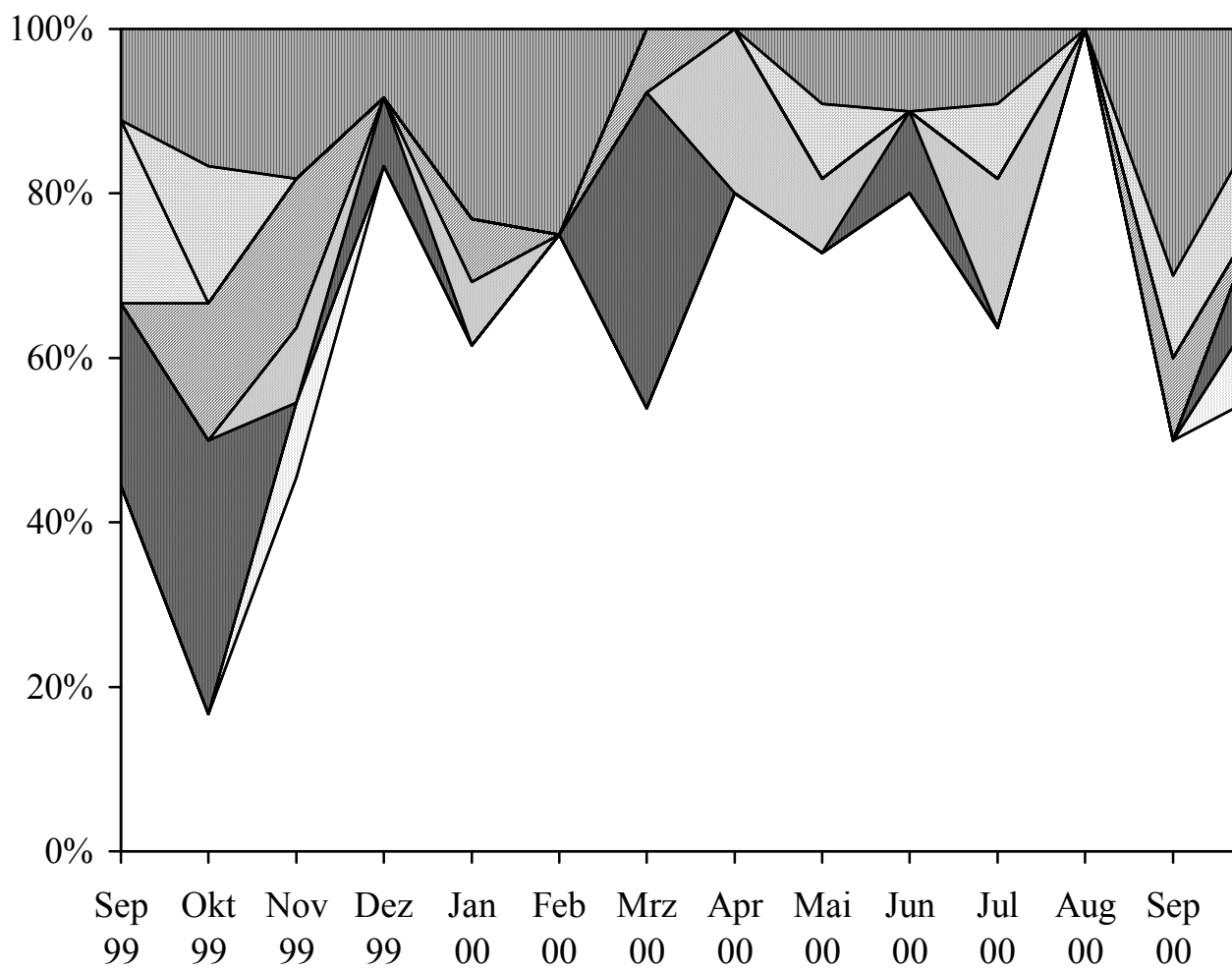
Ein- und Austritte Pflegezentrum Bauma mit Angabe des Zielortes beim Austritt, 1. 9. 1999 bis 31. 1. 2001

Datum	Eintritt	Austritt	Nach Hause	Wohnheim Alterswohnung	Altersheim	Pflegeheim	Spital	Rehabilitationsklinik	Spezialklinik	verstorben
Sept. 99	11	9	4		2			2		1
Okt. 99	12	6	1		2		1		1	1
Nov. 99	12	11	5	1		1	2			2
Dez. 99	11	12	10		1					1
Jan. 00	13	13	8			1	1			3
Febr. 00	12	8	6							2
März 00	11	13	7		5		1			
April 00	9	5	4			1				
Mai 00	9	11	8			1			1	1
Juni 00	9	10	8		1					1
Juli 00	14	11	7			2			1	1
Aug. 00	8	7	7							
Sept. 00	14	10	5				1		1	3
Okt. 00	11	9	5	1	1				1	1
Nov. 00	19	13	6		3	1		1		2
Dez. 00	10	8	4		1			1		2
Jan. 01	13	12	7			3				2
Total	198	168	102	2	16	10	6	4	5	23

Abbildung 1

Zielorte der Austritte Pflegezentrum Bauma 1.9.1999 bis 31.1.2001
in Prozenten





4.3 Leistungsauftrag

Im Februar 2001 zeichnet sich ab, dass alle Gemeinden mit der neuen Trägerschaft einen Leistungsauftrag vereinbaren werden. Zwei Gemeinden haben diesen bereits unterzeichnet. Die Leistungsvereinbarung beinhaltet, dass die Klientinnen und Klienten der Zweckverbandsgemeinden primär aufgenommen werden. Der Auswärtigentarif von 20 Franken pro Tag und Person wird ihnen nicht verrechnet.

Die Gemeinden unterstützen im Gegenzug im Sinne der Subjektfinanzierung die Bewohner und Bewohnerinnen bei der Finanzierung des Aufenthalts im Pflegezentrum.

4.4 Zukunft

Die Zukunft des Pflegezentrums als Ort des Wohnens und der Pflege bleibt erhalten. 75 Arbeitsplätze in der Region mit vielen Teilzeitstellen, im Speziellen für Frauen, sind gesichert. Das Tösstal kann mit einem professionellen Träger die Nachfolgeinstitution Pflegezentrum Bauma fortführen. Die Pflegeabteilung im Spital kann auf diese Weise bewahrt werden.

Die Umstände, unter denen die Arbeit geleistet worden ist, sind anspruchsvoll gewesen. Der Kampf um das Überleben der Institu-

tion Pflegezentrum Bauma hat dazu geführt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegezentrums Bauma sehr gefordert worden sind. Schön, dass es gelungen ist, dem Pflegezentrum Bauma eine neue Existenzberechtigung zu geben und gleichzeitig ein heute notwendiges Dienstleistungsangebot zu etablieren.

5. KVG und die Finanzierung der Pflege

Einige für das Verständnis der Finanzierung der Pflege relevanten Aspekte des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Altersbereich, die Beschreibung verschiedener Erfassungssysteme der Pflege, ein interkantonaler Vergleich sowie ein Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sollen den Boden bereiten, um im Kapitel 8 einen Finanzierungsvorschlag vorzulegen. Zusätzlich wird das Pilotprojekt Überbrückungspflege Helsana speziell gewürdigt.

Das KVG ist seit dem 1. Januar 1996 in Kraft. Darin ist vorgesehen, dass der Krankenversicherer die Kosten für die Pflege übernimmt. Die Finanzierung der Pflege durch den Krankenversicherer ist heute auf verschiedenen Ebenen Gegenstand von Verhandlungen. Der Versicherer im Kanton Zürich übernimmt die effektiven Kosten noch nicht. Dies hat zur Folge, dass unklar ist, wer die Pflege finanziert und die Qualität der Dienstleistung leidet darunter.

5.1 Erfassungssysteme für den Pflegebedarf und Tarife des Krankenversicherers

Um den Pflegebedarf in Tarifen auszudrücken, benötigt es Instrumente zur Messung und Kategorisierung. Die heute zur Verfügung

stehenden Instrumente erfüllen noch nicht alle Anforderungen, die es gestatten, den Pflegebedarf und die Kosten der Pflege zu erfassen. Die folgenden Ausführungen beschreiben die verschiedenen Systeme, ohne sie jedoch in ihrer Wirkung vergleichen zu wollen. Es ist an der Zeit, griffigere Instrumente zur Erfassung der Pflegekosten zu entwickeln, damit die Finanzierung der Pflege für Versicherte wie Leistungserbringer gewährleistet ist.³¹

5.1.1. BESA

Das System BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) ist ein schweizerisches Patientenkategorisierungs- und Leistungserfassungssystem für Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen, das vom Schweizerischen Heimverband entwickelt und propagiert wird. BESA stützt sich auf die Bestimmungen des neuen KVG. Es ist heute aber noch kein Instrument, welches den Bedarf eruieren kann, obwohl das KVG einen Bedarfsnachweis vorsieht. Das Kernstück dieses Systems ist der Leistungskatalog mit zehn Leistungsgruppen. Dieser soll eine transparente Einstufung der Bewohner und Bewohnerinnen ermöglichen. Die Leistungsgruppen 1 bis 4 beinhalten Grundleistungen³² ausserhalb der Pflege. Mit den Leistungsgruppen 5 bis 10 werden

³¹ Vorschläge hierzu finden sich in Kapitel 7.2 und 7.6.

³² Vgl. Zenklusen, Karl u.a. (1999), S. 19.

Pflege- und Behandlungsmassnahmen erfasst, die sich wie folgt aufteilen.³³

Tabelle 7

Leistungsgruppen BESA³⁴

Gruppe	Pflegeleistung
Gruppe 5	Grundpflege 1
Gruppe 6	Grundpflege 2
Gruppe 7	Grundpflege 3
Gruppe 8	Gesundheits- und Behandlungspflege
Gruppe 9	Psychogeriatrische Leistungen 1
Gruppe 10	Psychogeriatrische Leistungen 2

„Das System BESA besteht aus zwei Einstufungsinstrumenten und aus einem Kalkulationsmodell. Mit dem Kalkulationsmodell werden die Aufwände für die Pflege- und Behandlungsmassnahmen in Pflegegetaxen umgerechnet. (...)

Für die einzelnen Leistungsgruppen werden im Leistungskatalog Punkte vergeben. Anhand der Punkte wird dann der Aufwand erfasst und schliesslich die Pflegegetaxen festgelegt. In den einzelnen Leistungsgruppen werden ganze Leistungspakete und nicht Einzelleistungen definiert und quantifiziert.

³³ Vgl. Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn (1999), S. 2.

³⁴ Vgl. Zenklusen, Karl u.a. (1999), S.19.

Neben dieser Einstufung gemäss Leistungskatalog erfolgt eine Einstufung anhand eines Grobrasters. Beide Einstufungen führen zu einer definitiven Einstufung in BESA-Grade. (...) Die Autoren gehen von einer raschen und unkomplizierten Einstufung aus und wollen eine grobe Aufzeigung der Bedürftigkeit der Bewohner erreichen. Die Leistungseinstufung soll zweimal jährlich durch Pflegefachleute, die häufigen persönlichen Kontakt zu den Bewohnern haben, vorgenommen werden.³⁵

Im Einstufungssystem werden die BESA-Stufen folgendermassen umschrieben: BESA 1 entspricht gelegentlichen geringen Pflege- und Behandlungsmassnahmen, BESA 2 regelmässigen, BESA 3 ständigen, BESA 4 entspricht umfassenden intensiven Pflege- und Behandlungsmassnahmen.³⁶

Das Instrument wird derzeit neugestaltet. Das Ziel ist, BESA den gesetzlichen Anforderungen anzupassen. Es ist vorgesehen, dass BESA ein neues theoretisches Fundament erhält. Eckpunkte darin sind eine Orientierung an einem sozialpsychologischen Ressourcenmodell und die Entwicklung eines gerontologischen Assessments für die Bedarfsabklärung.³⁷

³⁵ Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn (1999), S.2.

³⁶ Vgl. Zenklusen, Karl u.a. (1999), S. 23.

³⁷ Vgl. Ritter, Adrian (2000), S. 515.

5.1.2 RAI/RUG

„Das RAI (Resident Assessment Instrument = Bewohner-Beurteilungs-Instrument) wurde anfangs der 80er Jahre in den Vereinigten Staaten als Instrument zur Verbesserung der Qualität in Alters- und Pflegeheimen entwickelt. Es wurde primär als Beurteilungs-Instrument zur Schaffung einer soliden Datenbasis für die Pflegeplanung von einer Vielzahl von geriatrischen Experten aus Pflege, Medizin und Sozialwissenschaften aufgebaut. In späteren Schritten wurden die Pflegeaufwandgruppen und die Qualitätssicherung, gestützt auf die gleiche Datenbasis, angefügt.

Das RAI ist somit ein umfassendes System zur Bewohnerbeurteilung, Pflegeplanung, Qualitätssicherung und Kostensteuerung im stationären Langzeitbereich. Zusammen mit den RUGs (Resource Utilization Groups = Pflegeaufwandgruppen) unterstützt das RAI/RUG System die wesentlichen Funktionen eines bewohnerzentrierten Pflegemanagements. (...)

Kernstück des Systems ist das MDS (Minimum Data Set). Es geht davon aus, dass eine umfassende Bewohnerbeurteilung ein wichtiges Fundament für die weiteren Schritte des Pflegeplanungsprozesses darstellt. Das MDS besteht aus 250 Informationen (Items), die beim Klienten meist bezogen auf die letzten 7 Tage strukturiert beobachtet oder in Ausnahmen auch erfragt werden. (...)

Im MDS-Fragebogen werden folgende Bereiche erfasst und beurteilt:

- Angaben zur Person, Gewohnheiten und Hintergrundinformationen
- Kognitive Fähigkeiten
- Kommunikative Fähigkeiten/Hören
- Sehfähigkeit
- Körperliche Funktionsfähigkeit/ADL
- Kontinenz in den letzten 14 Tagen
- Psychosoziales Wohlbefinden
- Stimmungslage und Verhalten
- Aktivitäten und Beschäftigung
- Krankheitsdiagnosen
- Gesundheitszustand
- Ernährungsstatus
- Mundstatus und Krankheitsprävention
- Zustand der Haut
- Medikamente
- Spezielle Behandlungen

(...) Als Ergänzung des RAI wurden Pflegeaufwandgruppen (Resource Utilization Groups, RUGs) entwickelt, um die MDS-Datenbasis auch für aufwandmässige Bewertung der einzelnen Klienten verwenden zu können.

Die Pflegeaufwandgruppen sind klinisch relevante Bewohnergruppen mit ähnlichem Aufwand für Pflege und Therapie. Es werden folgende Hauptgruppen unterschieden³⁸:

<p style="text-align: center;">Rehabilitation Extensive Leistungen Spezielle Pflege Klinisch Komplex Kognitive Beeinträchtigungen Verhaltensprobleme Reduzierte physische Funktionen</p>

Die Ergänzung des RAI mit den Pflegeaufwandgruppen (RUG) erlaubt eine Funktionserweiterung des Gesamtsystems. Eine am Pflegeaufwand orientierte Tarifierung wird möglich und die Zahl der gewünschten Anzahl von Tarifstufen kann flexibel bestimmt werden.³⁹

5.1.3 PLAISIR

„Das System PLAISIR (Planification informatisée des soins infirmiers requis) wurde in Kanada entwickelt und dort bereits 1985 in den meisten Pflegeheimen eingeführt. PLAISIR erfasst Patienten-

³⁸ Anliker, Markus u.a. (1998), S. 2-5.

³⁹ Vgl. Anliker, Markus u.a. (1998), S. 5.

und Behandlungsmerkmale. Aufgrund der vorzusehenden Pflegeinterventionen wird der Pflegebedarf erfasst und kann dann den erfassten Patientenmerkmalen gegenübergestellt werden. Dieses System ist recht umfangreich und somit in der Lage, ein umfassendes Bild des Patienten zu liefern. PLAISIR dient in erster Linie dazu, jede Abteilung zu jedem Zeitpunkt quantitativ mit dem erforderlichen Personalbestand zu versehen, um den Klienten eine individualisierte Pflege zu gewährleisten. (...)

PLAISIR geht von der Erarbeitung eines individuellen Pflegeprozesses durch das Pflegepersonal der einzelnen Abteilungen aus. Die Pflegeleistungen und deren Häufigkeit im Tagesverlauf, welche über einen 24-Stunden-Zeitraum erforderlich sind, werden in Punkte übertragen. Danach erfolgt eine Umsetzung der Punkte in den für die Erbringung der Leistungen nötigen Zeitbedarf aufgrund einer Standardtabelle. Diesem zeitlichen Aufwand wird schliesslich der zeitliche Aufwand für andere Aktivitäten (z.B. Weitergabe klientenbezogener Information) hinzugefügt. Daraus lassen sich folgende Elemente berechnen:

- die pro Kliententag erforderlichen produktiven Pflegestunden
- die pro Kliententag erforderlichen geleisteten Pflegestunden
- die pro Kliententag erforderlichen vergüteten Pflegestunden⁴⁰

⁴⁰ Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Solothurn (1999), S. 2.

Dieses System wird in der Westschweiz verbreitet angewendet.

5.1.4 Zeittarif

Im KVG Art. 43 ist festgehalten, dass die Leistungserbringer ihre Rechnungen nach Tarifen oder Preisen erstellen. Der Tarif ist eine Grundlage für die Berechnung der Vergütung, er kann namentlich auf den benötigten Zeitaufwand abstellen.⁴¹

Artikel 9a der Krankenpflege-Leistungsverordnung hält fest, dass bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Stunde nicht überschritten werden dürfen, so lange die Leistungserbringer nicht über eine mit den Versicherern gemeinsam erarbeitete Kostenberechnungsgrundlage verfügen.

Tabelle 8

Rahmentarife pro Stunde

Für Leistungen in einfachen und stabilen Situationen	30 bis 45 Franken
Für Leistungen in instabilen und komplexen Situationen, Massnahmen der Untersuchung und der Behandlung sowie psychiatrische oder psychogeriatrische Grundpflege	45 bis 65 Franken
Für die Leistung Massnahmen der Abklärung und Beratung	50 bis 70 Franken

⁴¹ Vgl. Krankenversicherung (1999), S. 14.

So lange die Leistungserbringer nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:

Tabelle 9

Rahmentarife pro Tag

a. für die erste Pflegebedarfsstufe	10 bis 20 Franken
b. für die zweite Pflegebedarfsstufe	15 bis 40 Franken
c. für die dritte Pflegebedarfsstufe	30 bis 60 Franken
d. für die vierte Pflegebedarfsstufe	40 bis 70 Franken

5.1.5 Überbrückungspflege Helsana im Kanton Zürich

Der Krankenversicherer Helsana hat das Pilotprojekt Überbrückungspflege (ÜP) lanciert. Das Konzept der ÜP ist dem der geriatrisch rehabilitativen Pflege sehr verwandt und deshalb für diese Arbeit relevant. Die rehabilitative Pflege für alte Menschen nach dem Spital und vor dem nach Hause gehen ist beiden Konzepten gemeinsam. Unterschiedlich ist, dass bei ÜP-Klientinnen und -Klienten klar ist, dass sie nach Hause zurückkehren und die rehabilitative Pflege zeitlich begrenzt ist. Beim Konzept der geriatrisch rehabilitativen Pflege kann der Entscheidungsprozess rund um das Wohnen des alten Menschen von Fachleuten stationär

begleitet werden. Die geriatrisch rehabilitative Pflege ist Klientinnen und Klienten aller Krankenversicherer zugänglich und zeitlich nicht limitiert.

Die Überbrückungspflege Helsana wird vom Verband Zürcher Krankenversicherer nach der Pilotphase analysiert. Die Ergebnisse dieser Analyse werden auch im Kontext der geriatrisch rehabilitativen Pflege von Interesse sein. Bei einem positiven Resultat wird die ÜP vom Krankenversichererverband aufgegriffen.⁴²

Im Folgenden ein ausführliches Zitat aus der Projektarbeit „Einweisungsprocedere in der Überbrückungspflege“ von Georges Ackermann, zuständig für die ÜP Helsana.

„Für ältere Patienten, die nach einem Aufenthalt im Akutspital nicht sofort nach Hause zurückkehren können, gab es bisher keine adäquate Alternative zum verlängerten Spitalaufenthalt. Mit dem Projekt ‚Überbrückungspflege‘ soll diese Versorgungslücke geschlossen werden: Der Patient wird in einer geriatrischen Langzeitpflegeeinrichtung betreut und auf das selbstständige Leben zu Hause vorbereitet.

Ein grosser Teil der Pflage tage im Akutspital entfällt heute auf betagte und hochbetagte Patienten, die meist chronisch krank

⁴² Vgl. Brief des Verbandes Zürcher Krankenversicherer (2000) in Kapitel 3.

und/oder multimorbid sind. Die Akutspitäler konzentrieren sich traditionellerweise auf eine möglichst optimale Diagnostik und auf die Therapie akuter Erkrankungen. Bei älteren, multimorbiden Patienten besteht in diesem Umfeld die Gefahr der Überversorgung.

Ziel der Behandlung und Betreuung dieser Menschen muss es sein, die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung so weit als möglich und so lange wie möglich zu erhalten. Dazu braucht es die im Akutspital vorhandenen Mittel nicht. Dagegen braucht es spezifische Kenntnisse, die im Spital oft nicht in ausreichendem Mass vorhanden sind: Das auf Akutversorgung spezialisierte Behandlungsteam ist meist nicht oder unzureichend geriatrisch ausgebildet. Vielfach fehlt auch das Verständnis für die komplexe gesundheitliche Situation betagter Menschen.

Bis heute gab es jedoch keine adäquaten Alternativen zum verlängerten Spitalaufenthalt: Ein Aufenthalt in einem Kurhaus bringt wenig, da hier das nötige Know-how fehlt. Die Einweisung in eine Rehabilitationsklinik scheitert meist schon daran, dass die Spitalbedürftigkeit nicht ausgewiesen und das Rehabilitationspotenzial der betagten Patienten zu gering ist. Alte Menschen sind gemäss meiner persönlichen Erfahrung in einer spezialisierten Rehabilitation meist überfordert.

Die Überbrückungspflege - ein Projekt für Patienten über 65

In Zusammenarbeit mit acht Leistungserbringern des Kantons Zürich im geriatrischen Langzeitbereich (Pflegeheime und Spitäler mit Langzeitabteilung) hat Helsana Managed Care das Pilot-Projekt ‚Überbrückungspflege‘ ins Leben gerufen.

Zielgruppe des Projekts sind Patienten ab 65, die nach einer Intervention im Akutspital nicht mehr in der Lage sind, den Alltag zu Hause zu meistern. Die Überbrückungspflege schafft, wie es der Name sagt, eine Brücke zwischen Spital und Zuhause. Der Patient soll durch gezielte ärztliche, pflegerische und therapeutische Massnahmen auf seine alltägliche Lebenssituation vorbereitet werden.

Es ist selten nur ein einzelner Faktor, der einer Entlassung nach Hause im Wege steht. Oft bestehen bei diesen Patienten zusätzlich zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) weitere Krankheiten und Defizite, die eine rehabilitative und reaktivierende Pflege zwingend nötig machen.

Die Betreuung und Behandlung in der Überbrückungspflege basieren auf einer differenzierten Pflegeanamnese, welche wichtige Aussagen über die gesundheitlichen Ressourcen und Probleme des Patienten macht. Basierend auf diesen Aussagen werden die Ziele und

die dafür notwendigen pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Interventionen geplant.

Von Anfang an wird das soziale Netz des Patienten in diesen Prozess miteinbezogen (Verwandte, Nachbarn, Freunde.) Ebenso wichtig ist es, die professionellen Helfer (Hausarzt, Spitex etc.), die den Patienten nach dem Austritt betreuen, zu informieren und wenn nötig zu instruieren. **Nur im Zusammenspiel aller an der Versorgung alter Menschen beteiligten professionellen und freiwilligen Helfer können längerfristige Erfolge erzielt werden.**

Ablauf und Koordination

Wenn bei einem Patienten ein Überbrückungspflege-Aufenthalt sinnvoll erscheint, holt der Sozialdienst des Spitals oder das Pflegeheim beim Helsana Fallmanagement eine Kostengutsprache ein. **Das Fallmanagement wurde aufgebaut, um die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherung effizienter zu gestalten. Es basiert auf direktem, persönlichem Kontakt zwischen dem Leistungserbringer und dem zuständigen Fallberater der Versicherung, wobei die Fallberater selber aus medizinisch-pflegerischen Berufen kommen.** Im Rahmen der Überbrückungspflege profitieren alle Beteiligten von den direkten Kommunikationswegen: Die Fallberaterin oder der Fallberater ist Ansprechpartner für das Spital, das Pflegeheim und den betroffenen

Patienten. Dies ermöglicht nicht nur eine professionelle Beurteilung, sondern auch eine schnelle Gutsprache und eine unkomplizierte Überweisung bei minimalem administrativem Aufwand. Der Aufenthalt in der Überbrückungspflege ist generell auf 14 Tage limitiert und kann wenn nötig um 7 Tage verlängert werden.

Vorteile der Überbrückungspflege

Aus Sicht des Patienten bietet die Überbrückungspflege verschiedene Vorteile:

- Er erhält in der Langzeitpflegeeinrichtung genau die Pflege, die er braucht.
- Das Heim befindet sich in der Nähe seines Wohnortes, was den Übergang nach Hause erleichtert.
- Der Patient zahlt nur einen Selbstkostenanteil von 40 Franken pro Tag. Zudem liegen die Kosten eines Überbrückungspflege Aufenthaltes wesentlich unter den Kosten im Spital. **Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass die Überbrückungspflege auch zur Senkung der Gesundheitskosten beiträgt.**⁴³

Ausser älteren Menschen, die im Spital sind, können auch Betagte, die zu Hause von der Spitex oder von Angehörigen gepflegt werden, im "Pflegetotfall" die Überbrückungspflege in Anspruch neh-

⁴³ Ackermann, Georges (2000), S. 1-3, Hervorhebungen Jasmin Blanc.

men. Verschlechtert sich der Allgemeinzustand der Hochbetagten derart, dass die Leistungsgrenzen der pflegenden Personen überschritten werden (Pflegenotfall), eine Spitalbehandlung aber nicht nötig ist, so bietet sich eine Überbrückung im Pflegeheim an. Falls nötig, wird auch in diesen Fällen der Aufenthalt von generell zwei Wochen um eine Woche verlängert.

Seit Juli 1998 sind sieben und ab Juli 1999 acht Betriebe am Pilotprojekt Überbrückungspflege beteiligt. Das Pflegezentrum Bauma gehört zu diesen Institutionen. Grundlage der Zusammenarbeit bildet eine Vereinbarung, die unter anderem Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte regelt. Hierzu gehören etwa der Stellen-schlüssel, die Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals, qualitätssichernde Massnahmen und der Umfang des ärztlichen und therapeutischen Angebots.⁴⁴

„Die Parteien bezwecken mit ihrer Zusammenarbeit eine Verkürzung oder Verhinderung von Spitalaufenthalten, eine Vermeidung oder Reduktion von Spitexleistungen und eine Vermeidung von Rehospitalisationen aufgrund inadäquater Versorgung. (...)

Eine intensive Kontaktpflege der Leistungserbringer sowie der zuständigen Fallberater mit dem Spital gewährleistet den raschen

⁴⁴ Vgl. Ackermann, Georges (2000), unveröffentlichtes Manuskript.

Transfer von Patienten. Im Falle von Pflegenotfällen gewährleistet die Überbrückungspflege die wohnortnahe, patientengerechte Versorgung und ersetzt die Einweisung in das Spital.⁴⁵

Tabelle 10

Tarife der Überbrückungspflege Helsana Kanton Zürich pro Tag und Versicherten

Allgemein	230 Franken
Halbprivat, Privat	260 Franken

Die Betriebe können den Klientinnen und Klienten keine weiteren Kosten in Rechnung stellen. Genaue Kostenrechnungen fehlen in diesem Bereich zur Zeit noch, man darf aber davon ausgehen, dass dieser Betrag nicht die vollen Kosten für Pflege, Hotellerie, Medizin und Therapie abdeckt.

5.2 Tarifschutz

Im Bundesgesetz über die Krankenversicherung befasst sich der Artikel 44 mit dem Tarifschutz. Darin heisst es: „Die Leistungserbringer müssen sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach dem Gesetz keine weiteren Vergütungen berechnen (Tarifschutz). (...)“

⁴⁵ Zusammenarbeitsvertrag Überbrückungspflege (2000), Titelblatt.

Lehnt ein Leistungserbringer es ab, Leistungen nach diesem Gesetz zu erbringen (Ausstand), so muss er dies der von der Kantonsregierung bezeichneten Stelle melden. Er hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Vergütung nach diesem Gesetz. Wenden sich Versicherte an solche Leistungserbringer, so müssen diese sie zuerst darauf hinweisen.⁴⁶

Der Artikel 44 des KVG schreibt vor, dass der Leistungserbringer für die Pflege neben den Leistungen des Versicherers keine weiteren Pflegekosten verrechnet, auch wenn die Leistungen des Krankenversicherers nicht kostendeckend sind.

5.3 Interkantonaler Vergleich der Finanzierung der Pflege durch den Versicherer

Im Folgenden werden die Kantone Zürich und Aargau verglichen. Die Kosten, die der Krankenversicherer übernimmt, sind im Kanton Aargau wesentlich höher als im Kanton Zürich. Es werden verschiedene Modelle der Bedarfserfassung angewandt.

5.3.1 Finanzierung der Pflege im Kanton Zürich

Im Kanton Zürich wird vom Krankenversicherer gemäss den 4

⁴⁶ Bundesgesetz über die Krankenversicherung, S. 15. In: Krankenversicherung (1999).

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

BESA-Stufen die Pflorgetaxe pro Tag vergütet. Ausserdem wird bei der Vergütung nicht zwischen Kranken-, Alters- und Pflegeheimen unterschieden. Auch geriatrisch rehabilitative Institutionen unterstehen zur Zeit der gleichen Finanzierung.

Tabelle 11

Finanzierung und Zeitaufwand gemäss BESA-Stufen

BESA-Stufe 1	20 Franken	Zeitaufwand ca. 10-40 Minuten
BESA-Stufe 2	40 Franken	Zeitaufwand ca. 60-90 Minuten
BESA-Stufe 3	60 Franken	Zeitaufwand ca. 110-160 Minuten
BESA-Stufe 4	70 Franken	Zeitaufwand ca. über 180 Minuten

Wenn man die Frankenbeträge neben die Minuten für den Pflegeaufwand auflistet, ist augenscheinlich, dass die Pflegeleistung in den BESA-Stufen 3 und 4 nicht effektiv vergütet wird.

Zusätzlich zahlt der Krankenversicherer in den Krankenheimen eine Teilpauschale mit der ärztliche Leistungen, Arznei, therapeutische Leistungen, Therapiematerial und Pflegematerial abgegolten werden. In den BESA-Stufen 1 und 2 zahlt er hierfür 8 Franken In der BESA-Stufe 3 und 4 werden 16 Franken gezahlt. Auch bei diesen Beträgen ist offensichtlich, dass sie den Aufwand im Betrieb nicht decken.

Altersinstitutionen im Kanton Zürich, die neben dem Wohnangebot auch Pflege anbieten, verrechnen die Leistungen, die in der Teilpauschale vergütet werden, separat nach effektivem Aufwand.

5.3.2 Finanzierung der Pflege im Kanton Aargau

Der Kanton Aargau unterscheidet zwei Kategorien von Institutionen und die Pflege in ihnen wird auch verschieden entschädigt. Der Heimverband Schweiz, Sektion Aargauer Alterseinrichtungen hat mit dem Aargauischen Krankenkassen-Verband einen Vertrag abgeschlossen, in dem wie im Kanton Zürich nach BESA Punkten abgerechnet wird. Auch hier zahlt der Krankenversicherer in der BESA-Stufe 4 maximal 70 Franken für die Pflege.

Ausserdem gibt es einen Vertrag zwischen der Vereinigung aargauischer Krankenhäuser (VAKA) sowie dem Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau und dem Aargauischen Krankenkassen-Verband (AKV) betreffend Vergütung der Behandlung von Langzeitpatientinnen und -patienten in Pflegeheimen, Krankenheimen, Spitälern und Kliniken des Kantons Aargau durch die obligatorische Grundversicherung gemäss KVG.

Die Taxen für Behandlung und Pflege sind in der Vergütung des Versicherers zusammengefasst. Eine Pauschale tritt an die Stelle der einzeln verrechenbaren Leistungen, das heisst Untersuchung und

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte, verordnete Analyse, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände, verordnete Therapien sowie Massnahmen der Untersuchung und Behandlung gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. b. Ziffern 2 bis 10 und 12 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) sowie der Pflegeaufwendungen gemäss Art. 7 Abs.2 KLV.

Nach RUG Kategorien⁴⁷ übernimmt der Krankenversicherer im Kanton Aargau Pauschalen von 8 Franken für die Kategorie PA0 (keine ADL⁴⁸-Abhängigkeit) bis 202.40 Franken für die Kategorie RUC (intensive Einzelrehabilitation, maximale ADL-Abhängigkeit) pro Tag und Klient oder Klientin.

⁴⁷ Siehe Kapitel 5.1.2.

⁴⁸ ADL ist die Abkürzung für Activities of daily living.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Hier eine vollständige Aufstellung der RUG-Kategorien, welche die Komplexität der Pflegeaufgaben verdeutlichen.

Tabelle 12

Finanzierung gemäss RUG Kategorien⁴⁹

RUG-Kategorie	Beschreibung	Tarif Fr./Tag
PA0	Keine ADL-Abhängigkeit	8.00
PA1	minimale ADL-Abhängigkeit	43.00
PA2	minimale ADL-Abhängigkeit, Pflegerehabilitation tägl.	66.00
PB1	beschränkte ADL-Abhängigkeit	73.00
PB2	beschränkte ADL-Abhängigkeit, Pflegerehab tägl.	83.00
PC1	mittlere ADL-Abhängigkeit	92.00
PC2	mittlere ADL-Abhängigkeit, Pflegerehab tägl.	95.40
PD1	hohe ADL-Abhängigkeit	98.70
PD2	hohe ADL-Abhängigkeit, Pflegerehab tägl.	101.80
PE1	maximale ADL-Abhängigkeit	107.90
PE2	maximale ADL-Abhängigkeit, Pflegerehab tägl.	110.40
BA1	Verhaltensstörung, minimale ADL-Abhängigkeit	61.60
BA2	Verhaltensst., min. ADL-Abh., Pflegerehab. tägl.	72.40
BB1	Verhaltensstörung, beschränkte ADL-Abhängigkeit	89.90
BB2	Verhaltensst., beschr. ADL-Abh., Pflegerehab tägl.	92.70
IA1	Kognitive Beeinträchtigung, min. ADL-Abhängigkeit	70.50
IA2	Kogn. Beeintr., min. ADL-Abh., Pflegerehab tägl.	85.90
IB2	Kogn. Beeintr., beschr. ADL-Abh., Pflegerehab tägl.	116.30
CA1	Klinisch komplex, beschr. ADL-Abhängigkeit	106.20
CA2	Klin. kompl., beschr. ADL-Abh., emotionale Symptome	116.80
CB1	Klin. kompl., hohe ADL-Abhängigkeit	117.40

⁴⁹ Vgl. Ergänzung zum Krankenhausvertrag (1999), S. 4f.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

CB2	Klin. kompl., hohe ADL-Abh., emotionale Symptome	123.50
CC1	Klin. kompl., maximale ADL-Abhängigkeit	132.90
CC2	Klin. kompl., max. ADL-Abh., emotionale Symptome	145.60
SSA	Spezielle Pflege, mittlere bis hohe ADL-Abhängigkeit	127.50
SSB	Spezielle Pflege, sehr hohe ADL-Abhängigkeit	130.90
SSC	Spezielle Pflege, maximale ADL-Abhängigkeit	136.10
SE1	Mittlere extensive medizinisch-pflegerische Leistungen	142.50
SE2	Hohe extensive medizinisch-pflegerische Leistungen	162.70
SE3	Maximale extensive medizinisch-pflegerische Leistungen	198.80
RLA	beschränkte Einzelrehab beschränkte ADL-Abhängigkeit	100.00
RLB	beschränkte Einzelrehab, sehr hohe ADL-Abhängigkeit	124.40
RMA	mittlere Einzelrehabilitation, wenig ADL-Abhängigkeit	100.20
RMB	mittlere Einzelrehab, mittlere bis hohe ADL-Abh.	112.30
RMC	mittlere Einzelrehab, maximale ADL-Abhängigkeit	161.00
RHA	hohe Einzelrehabilitation, wenig ADL-Abhängigkeit	110.20
RHB	hohe Einzelrehab, mittlere ADL-Abhängigkeit	129.00
RHC	hohe Einzelrehab, sehr hohe ADL-Abhängigkeit	166.20
RVA	sehr hohe Einzelrehab, wenig ADL-Abhängigkeit	119.10
RVB	sehr hohe Einzelrehab, grosse ADL-Abhängigkeit	142.10
RVC	sehr hohe Einzelrehab, maximale ADL-Abhängigkeit	166.90
RUA	intensive Einzelrehab, wenig ADL-Abhängigkeit	132.70
RUB	intensive Einzelrehab, grosse ADL-Abhängigkeit	150.20
RUC	intensive Einzelrehab, maximale ADL-Abhängigkeit	202.40

5.3.3 Vergleich

Es werden im Kanton Aargau also maximal 202.40 Franken pro Tag für die Pflege der Langzeitpatientinnen und –patienten in Pflege-

heimen, Krankenheimen und Spitälern vergütet. In diesen Institutionen findet auch die geriatrisch rehabilitative Pflege statt.

Zusammen mit den Hotelleriekosten, die der Klient, die Klientin übernimmt, darf man davon ausgehen, dass diese Vergütung einem kostendeckenden Ansatz nahe kommt und auch die Komplexität der Aufgaben in geriatrisch rehabilitativen Institutionen zu einem gewissen Grad widerspiegelt.

Anders als im Kanton Aargau werden im Kanton Zürich maximal 86 Franken vergütet. Dieser Betrag reicht bei weitem nicht, um die Kosten der Pflege, der pflegerischen Rehabilitation, der ärztlichen Behandlung, Arznei, Therapie und des Pflegematerials zu decken.

Der Tarifschutz verbietet den Leistungserbringern, einen Zusatzbetrag für die Pflege zu verrechnen. Es ist unter solchen Umständen naheliegend und die Gefahr gross, dass die Qualität der Pflege der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen aufgrund fehlender Kostenträger nicht befriedigend umgesetzt werden kann. Durch mangelnde Finanzen können nur schlechte Löhne im Pflegebereich gezahlt werden und dies verursacht unter anderem eine Knappheit an diplomiertem fachlich qualifiziertem Pflegepersonal.

5.4 Vergleich zwischen Pflegeinstitution und Spitex

5.4.1 Sicherheit in Pflegeinstitution und zu Hause

Der alte Mensch wohnt meistens am liebsten zu Hause. Die langjährige Erfahrung zeigt, dass er auf Grund seiner nachlassenden Kräfte pragmatischer geworden ist und andere Ansprüche an sich und seinen Haushalt stellt. Der Selbstbestimmung zuliebe ist er bereit auf vieles zu verzichten, was in jüngeren Jahren selbstverständlich gewesen ist.

Hochbetagte sind erstaunlich häufig bereit das erhöhte Sturzrisiko und die Realität, dass nicht sofort jemand da ist, der ihnen wieder auf die Beine hilft, in Kauf zu nehmen. Ausserdem gibt es heute Notrufsysteme und Mobiltelefone, die am Körper getragen werden können und mit denen man sich mit der Aussenwelt verständigen kann.

Weiter ist hier noch zu erwähnen, dass der Eindruck, in der Pflegeinstitution sei man nicht allein und deshalb viel sicherer aufgehoben, nur bedingt zutrifft. Hinter der geschlossenen Zimmertür kann sich manches ereignen, das den Pflegenden auch bei sachgemässer Betreuung und Pflege zwei bis drei Stunden entgehen kann. So kann es also passieren, dass man auch in einer Pflege-

institution nach einem Sturz dementsprechend lange am Boden liegen bleibt.

5.4.2 Pflegekosten mit Spitex und in Pflegeinstitutionen

Im Spitex Bereich wird der Zeittarif angewandt. Der Krankenversicherer hat das Recht, bei über 60 Stunden im Quartal den Einsatz zu überprüfen und gegebenenfalls keine weiteren Beiträge zu bezahlen. Dies führt an vielen Orten dazu, dass von den zuständigen Pflegenden nicht mehr als 60 Stunden Spitexleistungen angeboten werden. Ausserdem sind auch die Benutzer vorsichtig, weil sie das Risiko, selber zahlen zu müssen, nicht in Kauf nehmen können oder wollen.

Heute wird ein Grossteil der Hilfe und Pflege in der Schweiz von Angehörigen, Nachbarn, Bekannten, Verwandten und freiwilligen Helferinnen und Helfern erbracht.⁵⁰ Diese Ressource gilt es aus Kostengründen für die Zukunft zu erhalten. Mit dem Angebot der geriatrisch rehabilitativen Pflege können Hochbetagte wieder nach Hause gehen und das soziale Netz kann seine Aufgabe wieder übernehmen. Ausserdem sind Finanzierungsmodelle gefragt, welche die privaten Systeme unterstützen und erhalten.

Es ist sehr wichtig, ein Finanzierungssystem zu entwickeln, welches zu Hause und in den Pflegeinstitutionen die gleichen Kriterien an-

⁵⁰ Siehe Kapitel 2.1.

wendet und an beiden Orten die äquivalenten Kosten übernimmt. Es ist nicht professionell, wenn der Ort des Wohnens eines alten Menschen auf Grund der Finanzströme bestimmt wird und fachliche Kriterien sowie die Wünsche der Betroffenen in den Hintergrund treten müssen.

Ein persisches Sprichwort besagt: „Die Würde ist die Sonne des Alters.“ In diesem Sinn besteht die Pflicht, ein transparentes Finanzierungssystem zu entwickeln, in dem die Pflege Hochbetagter in Würde und entsprechend den ethischen Massstäben dieser Gesellschaft umgesetzt werden kann.

Im Pflegezentrum Bauma hat vor kurzem eine Pflegehelferin mit der Begründung gekündigt, dass sie nicht genug Zeit habe, die Bewohnerinnen und Bewohner so zu pflegen, wie sie es sich oder ihren Eltern wünschen würde. Damit verlässt einmal mehr ein feinführender Mensch diesen Bereich. Obwohl die Pflegehelferin für die Argumente der Finanzverantwortlichen Verständnis hat, kann sie diese Art von Pflege nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren. Als langjährige diplomierte Fachperson versteht man diesen Konflikt und weiss, dass diese Realität verändert werden müsste.

6. Weitere Finanzträger

An der Finanzierung des Wohnens und der Pflege der betagten Menschen sind verschiedene Finanzträger beteiligt. Dies verursacht Intransparenz. Im Folgenden wird eine Übersicht über die verschiedenen Finanzträger gegeben.

6.1 Klientinnen und Klienten

Zur Zeit werden die Hotelleriekosten in Institutionen, die das Wohnen und die Pflege beinhalten, den Klientinnen und Klienten verrechnet. Diese betragen in öffentlichen Pflegezentren im Kanton Zürich bis Franken 145. Dies entspricht einem monatlichen Betrag von maximal Franken 4'495. Dieser Betrag beinhaltet heute nur die Standardleistungen und bedeutet durchaus auch einen Aufenthalt in einem 4- oder 5-Bett Zimmer. Dazu kommen Zuschläge für Komfortleistungen wie zum Beispiel der Einzelzimmerzuschlag, dieser kann zwischen 5 und 100 Franken pro Tag betragen.

Im Pflegezentrum Bauma hat der Klient, die Klientin bis Ende 2000 135 Franken⁵¹ im Tag oder maximal 4'185 Franken im Monat gezahlt. Rechnet man dazu den Einzelzimmerzuschlag und den

⁵¹ Siehe Anhang 1.

Auswärtigenzuschlag, ergibt das monatliche Kosten für den Bewohner, die Bewohnerin von Franken 6'355.

Es ist selbstredend, dass Preise zwischen 4'000 und 7'000 Franken im Monat nicht nur Hotelleriekosten sind. In diesen Preisen ist heute der vom Krankenversicherer nicht gedeckte Betrag für die Pflege mitenthalten und das, obwohl das Tarifschutzgesetz dies nicht zulassen würde.

Die heutige Generation der Hochbetagten, welche die Institutionen frequentieren, kann nicht in jedem Fall auf eine Pensionskasse zurückgreifen. Ausserdem sind die Kosten so hoch, dass auch mit Pensionskasse die Beträge häufig nicht bewältigt werden können. Wenn nur geringes Vermögen vorhanden ist, kommen die Ergänzungsleistungen der AHV/IV zum Tragen.

6.2 Ergänzungsleistungen der AHV/IV

Die Ergänzungsleistungen (EL) sind ein bedarfsorientiertes Finanzierungssystem in Ergänzung zur AHV und IV. Der Bedarf der Einzelperson wird eruiert und der entsprechende Betrag ausbezahlt. So gesehen basiert die Ergänzungsleistung auf dem Finanzierungsmodell der Subjektfinanzierung.

„Das ELG⁵² setzt Einkommensgrenzen fest, die es auch Grenzbeträge nennt. Der Grenzbetrag legt das zum Leben erforderliche Mindesteinkommen, also das Existenzminimum oder die Armutsgrenze fest. Letztere beruht auf der Annahme, dass der Rentner, die Rentnerin nur durchschnittliche, gewöhnliche Auslagen, zum Beispiel für Wohnung und Krankheit, hat.

Wenn die Person den Grenzbetrag nicht erreicht, gilt sie als bedürftig und hat Anspruch auf EL. Das Einkommen wird dadurch herabgesetzt, dass verschiedene Auslagen, zum Beispiel für Krankheit und Heimaufenthalt, abgezogen werden können. Das Ergebnis wird als anrechenbares Einkommen bezeichnet. Die EL entspricht dem Unterschied zwischen dem anrechenbaren Jahreseinkommen des Anspruchstellers und dem Grenzbetrag. Sie hat also eine Auffüllfunktion. Das anrechenbare Einkommen wird mit EL aufgefüllt, bis der Grenzbetrag erreicht ist. Da es von Rentner zu Rentner variiert, können die EL grosse Unterschiede aufweisen.“⁵³

„Für Rentnerinnen und Rentner, die dauernd in einem Heim oder einer heimähnlichen Institution wohnen, orientiert sich die Anspruchsermittlung nicht am anrechenbaren Einkommen, sondern am Bedarf. Die EL entspricht dort der Differenz zwischen den be-

⁵² ELG ist die Abkürzung für Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen der AHV/IV.

⁵³ Maurer, Alfred (1993), S. 179.

rücksichtigten Ausgaben und dem Einkommen der Anspruchsberechtigten.

Für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner erhöht sich die Einkommensgrenze um mindestens ein Drittel (Art. 2 Abs. 4 bis ELG). Die Kantone können die Einkommensgrenze um bis zu einem weiteren Drittel erhöhen (Art.4 Abs. 1 lit. d ELG).

Die im einzelnen Fall massgebenden einfachen oder erweiterten Einkommensgrenzen stellen das Maximum der auszurichtenden Ergänzungsleistungen zur AHV/IV dar. In Art. 2 Abs. 1ter ELG wird jedoch überdies eine absolute Grenze für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV pro Jahr festgesetzt: Die EL dürfen das Vierfache des jährlichen Mindestbetrages der einfachen AHV-Rente gemäss Art. 34 Abs. 2 AHVG nicht übersteigen. (...)

Das ELG ermächtigt die Kantone in Art. 1 Abs. 4 ausdrücklich über den Rahmen des ELG hinausgehende Leistungen zu gewähren. Sie sind in deren Ausgestaltung grundsätzlich frei, dürfen aber keine Arbeitgeberbeiträge erheben.

Es gibt (auch heute noch) verschiedene Kantone, aber auch zahlreiche Gemeinden, die ‚eigene‘ Zusatzleistungen zur AHV/IV gewähren. Diese sind in ihrer Art und Ausgestaltung je nach Träger recht unterschiedlich konzipiert:

- Es gibt Kantone und Gemeinden, deren Leistungssystem eindeutig Versicherungscharakter aufweist, indem es Personen, die die persönlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen erfüllen, einen Rechtsanspruch einräumt.
- Andere Gemeinwesen sehen ihre Zusatzleistungen eher als spezielle Fürsorgeleistungen an und ordnen sie damit der Sozialhilfe zu.

Allen Leistungssystemen gemeinsam ist jedoch, dass sie von den jeweiligen Gemeinwesen ohne Bundesbeiträge finanziert werden müssen. (...)

Im Kanton Zürich beispielsweise werden gestützt auf das kantonale Gesetz über die Zusatzleistungen zur eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung nebst Ergänzungsleistungen auch sogenannte Beihilfen (BH) ausgerichtet. Die kantonseigenen Leistungen sind grundsätzlich an die gleichen Voraussetzungen gebunden wie die Ergänzungsleistungen und werden nach demselben System berechnet und ausgerichtet. (...) Die Stadt Zürich kennt neben Ergänzungsleistungen und Beihilfen zusätzlich Gemeindezuschüsse.⁵⁴

Die Anspruchsermittlung ist je nach Wohnsituation unterschiedlich. „Das Grundprinzip der Anspruchsermittlung von EL-Berechtigten,

⁵⁴ Carigiet, Erwin (1995), S. 54f.

die sich zu Hause, d.h. nicht in einem Heim, einer heimähnlichen Institution oder Heilanstalt aufhalten, lässt sich relativ einfach beschreiben: Von den massgeblichen Einkünften werden die gesetzlich zugelassenen Ausgaben abgezogen. Das so ermittelte ‚anrechenbare Einkommen‘ wird der anzuwendenden Einkommensgrenze, die gleichzeitig den vom Gesetzgeber festgelegten Existenzbedarf darstellt, gegenübergestellt und bis zu dieser mit Ergänzungsleistungen zur AHV/IV aufgefüllt, oder eben ‚ergänzt‘. (...) Versicherte Personen, die sich dauernd in einem Heim, einer Heilanstalt oder heimähnlichen Institution aufhalten, haben im Prinzip dann und soweit Anspruch auf die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen zur AHV/IV, als ihre Ausgaben die Einnahmen übersteigen. Die EL entspricht in diesem Fall der Differenz zwischen den abzugsfähigen Auslagen und den zu berücksichtigenden Einkünften. Die Leistungsermittlung erfolgt somit im Rahmen einer eigentlichen Bedarfsberechnung.

Die Höhe des EL-Anspruchs ist indessen in verschiedener Hinsicht limitiert: Sie darf einerseits die erhöhte Einkommensgrenze gemäss Art. 2 Abs. 2^{bis} bzw. Art. 4 Abs. 1 lit. d ELG sowie den Maximalbetrag nach Art. 2 Abs. 1^{ter} ELG nicht übersteigen. Andererseits können die Kantone die Kosten, die wegen des Aufenthaltes in einem Heim oder einer Heilanstalt berücksichtigt werden, limitieren und den Betrag festlegen, der den Heimbewohnerinnen und -

bewohnern für persönliche Auslagen überlassen wird (Art. 2 Abs. 1^{bis} ELG).⁵⁵

Eine wichtige Aufgabe übernehmen die EL bei der Finanzierung eines Heimaufenthalts. 50-65% der Bewohner und Bewohnerinnen beziehen EL. So werden die hohen Kosten gedeckt, welche die Budgets der Rentnerinnen und Rentner übersteigen. 30% aller EL-Bezügerinnen und Bezüger haben in den letzten Jahren in einer Institution gewohnt, im Jahr 1999 sind es 56'100 EL-Bezügerinnen und Bezüger gewesen.⁵⁶

Der Einfluss der Ergänzungsleistungen auf die Sicherstellung der Finanzierung von Pflegeleistungen wächst von Jahr zu Jahr. 1997 sind gesamtschweizerisch an 55'626 Rentnerinnen und Rentner in Heimen 1'244.9 Mio. Franken ausgezahlt worden. Gleichzeitig haben 109'287 Personen, die zu Hause gelebt haben, 784.7 Mio. Franken Ergänzungsleistungen erhalten. Das bedeutet, dass 1/3 der Heimbewohnerinnen und -bewohner ca. 2/3 der EL Kosten verursachen. Der Anteil für die über 80-jährigen beträgt 39%, obwohl diese Gruppe nur 3.7% der Bevölkerung entspricht.⁵⁷ Im Jahre 1999 sind gesamthaft 2,236 Milliarden Franken EL-Ausgaben aufgelaufen.⁵⁸

⁵⁵ Carigiet, Erwin (1995), S. 111, 144.

⁵⁶ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1999), S. 4.

⁵⁷ Vgl. Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 96f.

⁵⁸ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherung (1999), S. 9.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Erwin Carigiet beschreibt die Zusatzleistungen der Stadt Zürich im Jahre 1993 auf folgende Weise. Es hat 10'704 AHV-Rentnerinnen und Rentner mit Zusatzleistungen gegeben. 7'390 (69%) davon haben zu Hause und 3'314 (31%) im Heim gewohnt. „Die 69% Wohnungsfälle verursachen 52% der Kosten, die 31% Heimfälle demgegenüber deren 48%.“⁵⁹

„Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal bezüglich der monatlichen EL-Leistung ist die Wohnsituation. Der EL-Betrag ist 2.6 Mal höher, wenn eine Person im Heim wohnt und macht 1'900 Franken aus. An einen EL-Bezüger zu Hause werden bloss 700 Franken ausgerichtet. Mit dem Heimeintritt nehmen die Ausgaben meistens stark zu. Neben den ‚Hotelkosten‘ fallen oft Ausgaben an für Pflege und Betreuung. Diese werden zwar zum Teil von den Krankenkassen vergütet. Doch bleibt bei mehr als der Hälfte der Heimbewohner eine Finanzierungslücke, die von den EL gestopft wird. Etwas vereinfacht könnte man sagen, dass der Bedarf nach EL bei den Heimbewohnern von den hohen Kosten abhängt, bei den zu Hause lebenden von den niedrigen Einnahmen.“⁶⁰

Hier zur weiteren Illustration das Beispiel der Gemeinde Bauma Ende August 2000 nach Angaben der Gemeindeverwaltung Bauma.

⁵⁹ Carigiet, Erwin (1995), S. 236.

⁶⁰ Bundesamt für Sozialversicherung (1999), S. 11.

Tabelle 13

Einwohnerzahl in Relation zu Ergänzungsleistungsbezügern in Bauma

Einwohnerzahl Bauma	4'225 Personen
Ergänzungsleistungsbezüger insgesamt	54 Personen
Ergänzungsleistungsbezüger in Altersinstitutionen	18 Personen

Rund 1.3% der Bewohner und Bewohnerinnen in Bauma beziehen Ergänzungsleistungen. Ein Drittel davon bezieht diese Leistung in einer Altersinstitution. Der Totalbetrag ausgezahlter Ergänzungsleistungen (EL) per Monat in Bauma beträgt 88'000 Franken.

Tabelle 14

Maximalbeträge (EL) pro Jahr in Bauma

Maximalbeiträge (EL) pro Jahr zu Hause für Einzelpersonen	17'860 Franken
Maximalbeiträge (EL) pro Jahr zu Hause für Ehepaare	24'690 Franken
Maximalbeiträge (EL) pro Jahr in Institution, Einzelperson	31'644 Franken
Maximalbeiträge (EL) pro Jahr in Institution, Ehepaar	63'288 Franken

Aus den Beträgen für Ergänzungsleistungen in Bauma ist ersichtlich, dass zum Beispiel für ein Ehepaar in einer Pflegeinstitution mehr als doppelt so viel gezahlt wird wie für ein Ehepaar zu Hause.

Die Ergänzungsleistungen werden zur Hauptsache von den Kantonen getragen, die wiederum Bundesbeiträge erhalten, sofern sie gemäss den Richtlinien des ELG an AHV- und IV-Rentnerinnen und -Rentner Ergänzungsleistungen zahlen (Art. 1 Abs.1 ELG). Die Beiträge des Bundes an die Kantone bemessen sich an der Finanzkraft der Kantone und liegen zwischen 10 und 35%. Im Jahre 1997 hat der Anteil des Bundes insgesamt 22% der von den Kantonen aufgebrauchten Ergänzungsleistungen betragen.⁶¹ In einzelnen Gemeinden im Kanton Zürich werden bei Bedarf Gemeindegremien eingeschrieben, wenn die Ergänzungsleistungen nicht ausreichen, die Kosten in einer Institution zu decken.

6.3 Finanzielle Unterstützung durch die Fürsorge

Es ist im Kanton Zürich im Allgemeinen üblich, den finanziellen Bedarf für Pflegeinstitutionen mit Ergänzungsleistungen und Gemeindegremien zu decken. Man möchte vermeiden, dass die Klientinnen, die Klienten fürsorgeabhängig werden.

6.4 Hilflosenentschädigung zur AHV/IV

Es ist in den Pflegeinstitutionen des Kantons Zürich üblich, die Hilflosenentschädigung zusätzlich zu Pflegekosten und Hotelleriekosten einzuziehen.

⁶¹ Vgl. Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 97.

Gemäss den Bestimmungen der AHV/IV zu Altersrenten und Hilflosenentschädigungen vom 1. Januar 1999 können Personen, die eine Altersrente oder Ergänzungsleistungen beziehen, eine Hilflosenentschädigung der AHV beantragen.

Die Hilflosenentschädigung wird an Rentner und Rentnerinnen ausgezahlt, die bei der Verrichtung der Aufgaben im alltäglichen Leben dauernd Hilfe von Drittpersonen brauchen. Die Hilflosenentschädigung wird unabhängig von der finanziellen Situation, dafür abgestützt auf einen medizinisch-pflegerischen Befund, ausgerichtet. Es besteht eine Karenzfrist von einem Jahr.

Obwohl die Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) Art. 36 drei Grade der Hilflosigkeit kennt, nämlich schwere, mittlere und leichte Hilflosigkeit, wird den betagten Personen keine Hilflosenunterstützung bei leichter Hilflosigkeit ausgezahlt. Die Hilflosenentschädigung wird mit den Mitteln der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) finanziert und macht ca. 1% der gesamten Ausgaben der AHV aus.⁶²

Im Jahre 1999 hat die Entschädigung bei mittlerer Hilflosigkeit 502 Franken (50% des Mindestbetrages der einfachen Altersrente) und bei schwerer Hilflosigkeit 804 Franken (80% des Mindestbetrages

⁶² Vgl. Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 80.

der einfachen Altersrente) betragen. Diese Beträge werden unabhängig von Einkommen und Vermögen ausgerichtet.⁶³

Die alltäglichen Lebensverrichtungen beinhalten gemäss AHV bei der Hilflosenentschädigung

- An- und Auskleiden
- Aufstehen, Hinsetzen, Hinlegen
- Essen
- Körperpflege
- Verrichten der Notdurft
- Fortbewegung.

Mittlere Hilflosigkeit liegt dann vor, wenn Menschen in mindestens zwei Lebensverrichtungen regelmässig und in erheblicher Weise auf Hilfe Dritter angewiesen sind und dauernder Überwachung bedürfen. Die schwere Hilflosigkeit bedeutet, regelmässig und in erheblicher Weise in allen Lebensverrichtungen auf die Hilfe und dauernde Pflege oder persönliche Überwachung Dritter angewiesen zu sein.

⁶³ Vgl. Informationsstelle AHV/IV (1998), S. 12.

6.5 Gemeinden

Die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Altersversorgung, also die ambulante und stationäre Betreuung, Pflege und das Wohnen in betreuter Form, obliegt den Gemeinden. Diese kommen der Forderung insofern nach, als sie entweder einzeln oder in Gemeindeverbänden ambulante Dienste und Altersinstitutionen unterhalten oder diese Aufgabe an private Trägerschaften vergeben. Häufig übernehmen sie die Trägerschaft und beteiligen sich an deren Defizit. Im Kanton Zürich ist zur Zeit die Frage offen, ob und wie weit die Gemeinden verpflichtet sind, die Pflege und das Wohnen in den Pflegeinstitutionen mit zu finanzieren. Gehört es zu den Aufgaben der Gemeinden, eigene Betriebe zu führen oder müssen sie zumindest Leistungsaufträge erteilen? Können sie diese Aufgaben auch ohne Auflagen privaten Trägerschaften übergeben?

Über die Form der Verantwortung gilt es noch zu verhandeln, dass die Gemeinden aber grundsätzlich für die Gesundheitsversorgung in diesem Bereich zuständig sind, scheint auch nach dem neuen Gesundheitsgesetz, welches im Entwurf vorliegt, klar zu sein. Diskutiert wird die Frage, inwieweit sich der Kanton an der Finanzierung beteiligt.

6.6 Kanton

Der Umgang mit der Pflegebedürftigkeit wird in den Kantonen unterschiedlich gehandhabt. Die Regelungen können entweder völlig fehlen (z.B. Uri, Appenzell Innerrhoden) oder spezifische Angaben zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit sowie zum Auszahlen des Pflegegeldes seitens des Kantons (Neuenburg) enthalten.

In den Kantonen treten zwei Grundformen der Finanzierung auf. Die eine überlässt den Gemeinden die Pflegekosten, welche ausserhalb der finanziellen Möglichkeiten von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen liegen. In der Regel wird diese Finanzierung über die Fürsorge/Sozialhilfe abgedeckt. Bei der anderen Form entrichtet der Kanton entweder allein oder mit den Gemeinden Zusatzleistungen zu den Ergänzungsleistungen, die auch die Finanzierung der Pflege sicher stellen.

Zu den Aufgaben des Kantons gehören Planung und Koordination der verschiedenen Dienstleistungen. Heime, die auf der Pflegeheimliste des Kantons Zürich aufgeführt sind, können nach BESA mit dem Krankenversicherer abrechnen. Der Kanton beteiligt sich nur an den Kosten der auf dieser Liste aufgeführten Heime.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Der anerkannte Defizitanteil des Kantons Zürich beträgt 3 Franken pro Tag und Person, er wird je nach Steuerkraft ausgerichtet. In der Stadt Zürich beträgt der Anteil 45 Rappen pro Tag und Person. Weiter beteiligt sich der Kanton mit circa 50% an den Investitionskosten. Gesamthaft bedeutet dies nach Angaben der Gesundheitsdirektion Zürich für 1999 einen jährlichen Betrag von ca. 8 Mio. Franken. Es handelt sich um 15'005 Heimplätze mit 5'072'398 Aufenthaltstagen.

7. Problemanalyse und Empfehlungen zur Finanzierung der Pflege

7.1 Komplexes Finanzierungssystem

An der Finanzierung der Pflege sind in der Schweiz alle staatlichen Ebenen in unterschiedlicher Weise beteiligt. Das komplexe Finanzierungssystem, wie es im Kapitel 5 beschrieben ist, erschwert das Begreifen des Systems für Öffentlichkeit, Politiker, Benutzer, Leistungserbringer und Krankenversicherer. Dies bewirkt einerseits Intransparenz, andererseits trägt keiner der politischen Entscheidungsträger (Bund, Kanton, Gemeinde) die ganze Verantwortung der Finanzierung in Altersinstitutionen. Dies hat zur Folge, dass versucht wird, die Kosten im eigenen Verantwortungsbereich gering zu halten und dass die meisten Akteure dadurch die Gesamtschau zweitrangig behandeln.

Das Finanzierungssystem muss weniger komplex und transparent gestaltet werden, damit zum einen die Marktmechanismen greifen und zum anderen die Finanzen wirkungsvoll gesteuert werden können.

Durch die fehlende Transparenz des Finanzierungssystems entstehen mehrere Nachteile. Die Situation ist durch so viele Interessen

geleitet, dass eine gezielte Steuerung der Finanzen fast unmöglich wird. Die entstehenden Pflegekosten können kaum eruiert werden. Die Ergänzungsleistungen, eigentlich ein System, welches die Betroffenen direkt finanziert, also eine Subjektfinanzierung ist, werden in diesem Zusammenhang zur Objektfinanzierung, denn mit der EL werden jährlich indirekt über 1,2 Milliarden Franken an Altersinstitutionen ausgerichtet.⁶⁴

Die Kosten der Pflege sollten gemäss KVG vollumfänglich vom Krankenversicherer übernommen werden, damit erstens das Finanzierungssystem bezüglich Pflegekosten transparent wird und zweitens die Forderungen des KVG umgesetzt werden.

Die Intransparenz im Finanzierungssystem der Pflege verursacht ein Marktversagen in einem Bereich, in dem es durchaus einen Markt geben könnte. Im Gesundheitsmarkt gelten der Informationsmangel und die fehlende Konsumentensouveränität als wesentliche Ursachen, dass die effiziente Selbstregulierung über den Marktmechanismus nicht funktionieren kann und staatliche Eingriffe erforderlich sind. Empirische Studien zeigen aber, dass pflegebedürftige Personen und ihr soziales Umfeld bezüglich der Leistungen in Altersinstitutionen rationale Konsumentinnen und Konsumenten sind, die differenziert auf Preisunterschiede reagieren.⁶⁵

⁶⁴ Vgl. Reidy Aebischer, Ursula, (2000), S. 96ff.

⁶⁵ Vgl. Reidy-Aebischer, Ursula (2000), S. 149.

7.2 Grundsätzliches zur Finanzierung der Pflege

In der Schweiz werden jährlich 40 Milliarden Franken⁶⁶ für das Gesundheitswesen aufgewendet. Die verschiedenen Akteure, also Versicherer, Kantone, Standesorganisationen, Versicherte und Leistungserbringer und bei diesen die verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und andere konkurrieren um die Verteilung. Die Beteiligung des Bereichs Pflege an dieser Verteilungsdiskussion ist sehr vorsichtig.

Es ist an der Zeit, auch im Bereich Pflege differenziert Pflegeleistungen zu definieren. Die Kosten dieser Leistungen sind zu benennen. So gesehen müsste der „Tarpfleg“ erarbeitet werden.

„Mit TARMED (ärztliche Leistungen für die freipraktizierenden Ärzte und für die Ärzte in den Spitälern) wird der letzte grosse Tarif abgeschlossen bzw. eine gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für medizinische Leistungen im Gesundheitswesen der Schweiz geschaffen. Die Tarife für Leistungen der Chiropraktoren, der Zahnärzte, der zahnärztlichen Leistungen, der eidgenössischen Analysenliste, Leistungen für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logotherapeuten, Hebammen und auch die Liste für Mittel und Gegenstände (MiGeL) sind erarbeitet bzw. werden laufend nachgeführt. **Einzig die Pflege findet sich noch kaum in einem**

⁶⁶ Vgl. Kummer, Andreas (2000), S. 1.

umfassenden gesamtschweizerischen Tarif (sieht man von den bestehenden gesetzlichen Rahmentarifen und einer Tarifvereinbarung für die selbständig tätigen Pflegenden ab) abgebildet.⁶⁷

7.3 Die Finanzierung der Pflege im Alter

Die Kosten der Pflege im Altersbereich gehören heute gemäss KVG zu den obligatorischen Leistungen des Krankenversicherers. Hier wird noch einmal auf den entsprechenden Artikel und Text verwiesen. Die KLV sieht in Art. 9a¹⁴ Kostentransparenz und Tariflimiten Folgendes vor. „² Solange die Leistungserbringer nach Artikel 7 Absatz 1 Buchstabe c nicht über eine einheitliche Kostenstellenrechnung (Art. 49 Abs. 6 und 50 KVG¹⁵) verfügen, dürfen bei der Tariffestsetzung die folgenden Rahmentarife pro Tag nicht überschritten werden:

⁶⁷ Bapst, Ludwig (2000), S. 14, Hervorhebungen Jasmin Blanc.

Tabelle 15

Rahmentarife pro Tag

a. für die erste Pflegebedarfsstufe:	10 - 20 Franken
b. für die zweite Pflegebedarfsstufe:	15 - 40 Franken
c. für die dritte Pflegebedarfsstufe:	30 - 60 Franken
d. für die vierte Pflegebedarfsstufe:	40 - 70 Franken ⁶⁸

Das „Forum Stationäre Altersarbeit Schweiz“ übernimmt auf gesamtschweizerischer Ebene Koordinationsaufgaben für die Zusammenarbeit der beteiligten Verbände und Organisationen. Ziel des Forums ist es, ein qualitativ gutes Leistungsangebot stationärer Alterseinrichtungen zu fördern. Ein wichtiges Traktandum des Forums ist die Verhandlung mit santésuisse zum Thema Kostenrechnung. Ein Entwurf zur Kostenrechnung wird demnächst vom Bundesamt für Sozialversicherung in Vernehmlassung geschickt.

Es müssen Massnahmen erarbeitet werden, welche die Folgen des Kostenschubs durch die effektiven Pflegekosten bei den Krankenversicherern und für die Versicherten auffangen.

Die Kostenrechnung wird seit Inkrafttreten des KVG diskutiert. Bis heute ist es noch nicht möglich gewesen, eine Lösung zu erarbeiten.

⁶⁸ Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV, S. 8. In: Krankenversicherung (1999).

Es entsteht der Eindruck, dass die Folgen einer vorgelegten Kostenrechnung und damit die Möglichkeit, die effektiven Pflegekosten zu verrechnen, befürchtet werden. Es darf davon ausgegangen werden, dass die Verrechnung der Pflegekosten einen Kostenschub beim Krankenversicherer und somit bei den Krankenkassenprämien der Versicherten nach sich zieht.

7.4 Informationsdefizit und fehlende Lobby

Der Berufsalltag in der Beratung zum Thema Wohnen im Alter zeigt sehr deutlich, wie überrascht alte Menschen und ihre Angehörigen sind, wenn sie sich in diesem Zusammenhang mit dem Thema Finanzen auseinandersetzen. Häufig wird von ihnen geäußert, dass es nicht richtig ist, wenn der Krankenversicherer die Kosten der Pflege nicht übernimmt.

Institutionen für das Alter müssten vermehrt die Diskussion in diesem Bereich anregen und Rahmen schaffen, in denen die gesellschaftlichen Präferenzen und der entsprechende Konsens erarbeitet würden. Die Pflegeverantwortlichen müssten eine Ist-Analyse erarbeiten und den zuständigen Fachgremien sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Es besteht heute zum Thema Wohnen im Alter und Finanzierung der Pflege ein deutliches Informationsdefizit. Sogar bei den über 80-

jährigen im Spitex Bereich ist häufig die Tendenz zu beobachten, dass man sich nicht ohne zwingenden Grund mit dem stationären Wohnen befasst. Der Altersheimbereich, der häufiger mit Autonomie assoziiert wird, ist wie die Beratungserfahrung zeigt weniger tabuisiert. In ein Pflegeheim gehen viele Menschen nur, wenn es keine anderen Handlungsoptionen gibt.

Vielleicht ist diese kollektive Verdrängung der Hauptgrund, warum selten grundsätzlich über die Finanzierung der Alterspflege diskutiert wird. Die gesellschaftlichen Präferenzen und der gesellschaftliche Konsens müssten noch herbeigeführt werden.

Bei alten Menschen und ihrem sozialem Umfeld sind zur Zeit der Bewältigung ihrer Probleme alle Ressourcen durch die Krisensituation gebunden. Ist der alte Mensch einmal in die Institution eingetreten, vermengt sich das Gefühl des Abgeschobenseins mit dem Eindruck, dass das Interesse der Gesellschaft für diesen Bereich gering ist.

7.5 Schulung im Bereich geriatrische und geriatrisch rehabilitative Pflege

Das Praktikum der Pflegeschülerinnen und –schüler in der Geriatrie gehört nach wie vor zu denjenigen Praktika, die nicht speziell beliebt sind. Da es selten jemand freiwillig wählt, wird es heute zum

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Teil noch per Los vergeben. Dieser Tatbestand existiert schon seit vielen Jahren.

Es stellt sich deshalb die Frage, warum es nicht gelingt, diesen Bereich attraktiver zu gestalten. Liegt es vielleicht daran, dass Helfen häufig mit „zum Positiven verändern“ assoziiert wird und der Begleitung in der letzten Lebensphase in Pflegebedürftigkeit nicht der gleiche Wert beigemessen wird?

Es müsste eruiert werden, warum die geriatrische Pflege für viele Pflegendeninnen und –schüler unattraktiv ist und welche Massnahmen eingeleitet werden müssten, damit sich dieser Tatbestand verändert.

Es fehlen heute im Kanton Zürich fachlich versierte geriatrische Pflegepersonen. Das Image der Alterspflege ist nach wie vor schlechter als das der Pflege im Akutbereich. Dies zeichnet sich auch bei den Löhnen der beiden Bereiche im Vergleich ab. Dabei ist die geriatrische und geriatrisch rehabilitative Pflege ein komplexes Fachgebiet, das primär die Fachlichkeit der Pflegenden benötigt.

Die geriatrisch rehabilitative Pflegefachlichkeit und vor allem das geriatrisch pflegerische Assessment, also die Beurteilung der Situation und das Ableiten entsprechender Massnahmen, müssten in den bestehenden Schulen weiterentwickelt und professionalisiert werden.

Die Entwicklung und Ausgestaltung der geriatrischen Pflegefachlichkeit werden in den nächsten Jahren mit der Zunahme der älteren Bevölkerung immer wichtiger werden. Die geriatrisch rehabilitative Pflege beschäftigt sich mit Sinnfragen rund um das hochbetagte Leben und dem sinnvollen Umsetzen der gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten erarbeiteten Massnahmen zur zufriedenstellenden Lebensgestaltung. Es ist erstaunlich, dass ein so spannendes Gebiet, welches sich mit Leben und Tod auseinandersetzt, derart vernachlässigt wird.

7.6 Bedarfsermittlung und Schulung

Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) sieht in Art. 7 vor, dass die Versicherung die Kosten der Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen (Leistungen) übernimmt, die aufgrund der Bedarfsabklärung auf ärztliche Anordnung hin erbracht werden.⁶⁹

⁶⁹ Vgl. Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, S. 4. In: Krankenversicherung (1999).

Bei der Erarbeitung des Spitex-Leitbildes Stadt Zürich 1997 ist der Bedarfsplan als Instrument der Bedarfsabklärung eingeführt worden. Mit dieser Massnahme ist eine Forderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung umgesetzt worden. Als Folge dieser Einführung haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Spitexbereich eine Weiterbildung in der Bedarfsermittlung erhalten.

Im Rahmen des Projektes „Massnahmen für eine gleichwertige Bedarfsermittlung im Spitexbereich“⁷⁰ fällt auf, wie anspruchsvoll die Einführung der Bedarfsermittlung für Pflegende ist, wenn keine flankierenden Massnahmen erarbeitet werden. Die Hilfeleistungen, welche die Klientinnen und Klienten erhalten, sind häufig zufällig. „Einerseits deshalb, weil Werthaltungen und Pflegephilosophie unterschiedlich sind. Andererseits besteht die Befürchtung, dass je nach freier Kapazität der Mitarbeiterinnen mehr oder weniger an Hilfeleistung angeboten wird. Man möchte also mit dem Bedarfsplan unter anderem die Angebotssteuerung in eine bedarfsorientierte Versorgung umwandeln. Hierbei wird zunächst zwischen Bedürfnis und Bedarf unterschieden.“⁷¹

⁷⁰ Vgl. Blanc, Jasmin (1996).

⁷¹ Blanc, Jasmin (1996), S. 6.

Es braucht einen verbindlichen Leistungsrahmen, der mit den Krankenversicherern vereinbarte quantitative Werte sowie Qualitäts-, Pflege- und Betreuungsstandards enthält. Bedarfsabklärungsinstrumente für den stationären Alterspflegebereich müssen erarbeitet und die Pflegenden in der Bedarfsabklärung geschult werden.

Für den stationären Alterspflegebereich gibt es die Bedarfsabklärung noch nicht. In dem Sinne wird auch noch nicht präzise Bedürfnis von Bedarf unterschieden. Das Bedürfnis drückt die Wünsche der Klientinnen und Klienten aus. Der objektivierte Bedarf wird von der abklärenden Pflegefachperson mit den Kundinnen und Kunden erarbeitet und beinhaltet die Pflichtleistungen des KVG. Ausserdem können Pflegefachkräfte ihre Klientel zusätzlich beraten, wie ihrem Bedürfnis nach Dienstleistungen ausserhalb des KVG entsprochen werden kann.

In den Diskussionen der Krankenversicherer mit den Leistungserbringern taucht immer wieder die Frage nach der Grenze zwischen Pflege und Betreuung auf. Damit die Forderung des KVG erfüllt wird, braucht es in diesem Bereich definierte Leistungsrahmen und Bedarfsabklärungsinstrumente.

7.7 Spezielle Anforderungen an die Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Das gesteigerte Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass sich Spitalaufenthalte zunehmend verkürzen. Dies bedeutet vor allem für alte Menschen, dass sie des öfteren am Ende der medizinischen Behandlung im Spital noch nicht in der Lage sind, selbstständig zu wohnen. Sie sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen, sodass sie einer spezialisierten stationären Pflege bedürfen.

Im Kapitel 2.3 dieser Arbeit sind weitere Zielgruppen erwähnt, bei denen es sinnvoll ist, die Pflege in entsprechenden Pflegezentren vorzunehmen. Hier sei im Speziellen der Pflegenotfall genannt, der gar nicht erst in das Akutspital eingewiesen werden müsste.

<p>Es braucht Erfassungssysteme, die im Besonderen den geriatrisch rehabilitativen Pflegebedarf eruieren, damit dieser vom Krankenversicherer finanziert wird.</p>
--

Im Pflegeheimbereich ist es üblich, dass die Klientinnen und Klienten die Hotelleriekosten übernehmen. Es wird argumentiert, dass die Wohnung aufgegeben worden ist, und somit die Finanzierung der Wohnkosten übernommen werden kann.

Für alte Menschen, die vorübergehend der geriatrisch rehabilitativen Pflege bedürfen, trifft dieses Argument nicht zu, denn sie haben neben den Hotelleriekosten im Pflegeheim die Kosten ihrer häuslichen Verhältnisse zu tragen.

Es wird empfohlen, die Hotelleriekosten in der geriatrisch rehabilitativen Pflege mit einem Schlüssel wie im Akutbereich üblich durch Gemeinde und Kanton zu subventionieren, damit Klientinnen und Klienten sowie Leistungserbringer nicht unnötig belastet werden.

Es ist sinnvoll, durch frühe Spitalentlassungen Kosten einzusparen und die geriatrisch rehabilitative Pflege an Orten durchzuführen, die dafür spezialisiert sind.⁷²

7.8 Erhaltung der Ressourcen der informellen Pflege und Betreuung

Die Erhaltung und Förderung der Ressourcen des informellen Betreuungs- und Pflegenetzes sind im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung der nächsten Jahre allein schon aus finanziellen Gründen sehr wichtig. Die heute pflegende Generation ist noch sehr vertraut mit der traditionellen Wertorientierung.

⁷² Siehe Kapitel 9.2 und 9.3.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Es sind häufig Frauen im Alter von 45 - 59 Jahren, die den grössten Teil der häuslichen Pflege übernehmen. Es muss damit gerechnet werden, dass diese Gruppe kleiner wird und die nachfolgenden Generationen der Frauen und Männer vermehrt Anreize brauchen, um diese Aufgaben wahrzunehmen.

Es gilt einerseits, mit professioneller Beratung unterstützend zu wirken, sodass pflegende Angehörige langfristig diese Aufgaben übernehmen können. Andererseits bedarf es noch weiterer Anreizsysteme, die diese Aufgaben attraktiver machen.

Heute fühlen sich pflegende Angehörige nicht selten innerlich gespalten und zerrissen. Sie können von Schuldgefühlen geplagt sein und kämpfen dann mit Fragen um den Sinn des eigenen Lebens. Die negativen Auswirkungen der Betreuung von Angehörigen können bis zu nicht wieder gut zu machenden gesundheitlichen Schäden reichen.

Selbst bei einem Szenario gleichbleibender Unterstützungsverhältnisse zwischen den Generationen wird sich die Relation von den pflegenden Angehörigen zu Personen im Alter von 75 – 95 Jahren im Bevölkerungsszenario „Trend“ von 1.85 im Jahre 1975 auf 0.79 im Jahr 2050 verschieben.⁷³

⁷³ Vgl. Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 64.

8. Volkswirtschaftliche Aspekte zur Finanzierung der Pflege

Heute wird die Finanzierung der Pflege offensichtlich nicht vollständig vom Krankenversicherer übernommen, obwohl das Bundesgesetz über die Krankenversicherung das vorsieht. Dies bedingt, dass die effektiven Kosten von anderen Finanzträgern übernommen werden müssen. Es hat sich in den letzten Jahrzehnten ein komplexes System eingebürgert, welches nicht mehr erlaubt, die effektiven Gesamtkosten für die Pflege zu beziffern.

8.1 Vorteile der Vollkostendeckung der Pflege durch den Krankenversicherer

Um die Kosten im Gesundheitswesen steuern zu können, bedarf es der Transparenz der Finanzströme. Das Krankenversicherungsgesetz sieht vor, dass die Pflege vom Krankenversicherer übernommen wird. Heute ist diese Realität immer noch nicht umgesetzt. Eine Hypothese ist, dass ein Kostenschub befürchtet wird, der die Krankenkassenprämien in die Höhe treibt und dass deshalb nichts unternommen wird.

Diese Mehrausgaben sind durchaus realistisch zu erwarten; erst dann kann die Frage gestellt werden, ob diese opportun sind oder

allenfalls in anderen Bereichen des Gesundheitswesens Einsparungen vorzunehmen sind. Solange das System der vielen Finanzträger wirksam ist, bestehen nur beschränkte Möglichkeiten, diesbezüglich Entscheidungen zu treffen.

Die mangelnde Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer auf politischer wie auch operativer Ebene verursacht unnötige kostentreibende und qualitätsmindernde Brüche in der Behandlung und Pflege.⁷⁴ So gesehen braucht es Behandlungspfade über die Institutionen hinweg und Case Manager, welche die Schnittstellen zwischen den Institutionen zu Nahtstellen verwandeln, die sich wie bei einem gut funktionierenden Reissverschluss sicher miteinander verzahnen.

Welche Kosten tatsächlich für die Pflege entstehen, ist im heutigen System nicht quantifizierbar und bleibt zum Teil dem Zufall überlassen. Gleichzeitig sind alle politischen Ebenen an der Finanzierung beteiligt, die Zuständigkeiten sind aber noch nicht so geregelt, dass ein effektiver Einsatz der begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen stattfinden kann. All das sind Realitäten, die für die Qualität und das Image der Pflege nicht förderlich sind.

⁷⁴ Vgl. Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 116.

Im Kapitel 6 dieser Arbeit wird deutlich, dass die Öffentlichkeit ohnehin einen grossen Betrag an die Kosten der Pflege bezahlt. Hier wird insbesondere an die Ergänzungsleistungen gedacht, die im Bewusstsein vieler Entscheidungsträger gar nicht als wichtige Finanzträger der Pflege bekannt sind. Wäre es da nicht sinnvoller ein Finanzierungssystem zu etablieren, in dem Kostentransparenz oberstes Gebot ist?

Die Kostentransparenz erst würde es zulassen, die verschiedenen Angebote hinsichtlich Effektivität, Erfolg und Präferenz der Bevölkerung abzuwägen und in Relation zu den Kosten zu setzen. Nur wenn die Kosten transparent sind, verfügen Politikerinnen und Politiker über die notwendigen Informationen, die Kosten auch zu steuern.

Hinzu kommt, dass Kostentransparenz ein wichtiges Merkmal des Marktes ist. Die vollständige Marktsteuerung ist weder sinnvoll noch umsetzbar. Gezielte Eingriffe in den Pflegemarkt werden weiterhin notwendig sein. Dennoch wirken Wettbewerb und finanzielle Anreize qualitätsfördernd und durchaus kostendämpfend.

Von einer separaten Pflegeversicherung, wie sie in Deutschland existiert, ist abzusehen. Die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass es bei einer solchen Lösung zu Ungleichheiten zwischen Versicherungs- und Versorgungssystem kommen kann. In Deutsch-

land ist das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung nicht vollständig auf das der Krankenversicherung abgestimmt. Dies führt einerseits zu Doppelspurigkeit, andererseits zu Versorgungslücken, die sich in einer Fehl- oder Unterversorgung der Klientinnen und Klienten bemerkbar machen.⁷⁵

Ausserdem gerät die Pflegeversicherung in Deutschland in finanzielle Schwierigkeiten. „Um die Versicherung am Leben zu halten, seien eine Beitragssteigerung oder Leistungskürzungen unvermeidbar,“⁷⁶ zitiert Dolle-Helms eine Politikerin in ihrem Artikel über die Pflegeversicherung in „Die Zeit“.

Auch eine in die Krankenversicherung integrierte Pflegeversicherung hat den Nachteil, dass das Gesamtvolumen der Gesundheitskosten gespalten wird. Die medizinischen Kosten sollen nicht von den pflegerischen Kosten getrennt werden, damit sie zu einem späteren Zeitpunkt zueinander in Relation gebracht werden können. Die Diskussion der schweizerischen Bevölkerung zu den Präferenzen bei der Gesundheitsversorgung ist noch nicht geführt. Eine Trennung der Kosten sollte deshalb nicht vorweggenommen werden.

⁷⁵ Vgl. Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 264.

⁷⁶ Dolle-Helms, Elke (2000), S. 37.

8.2 Kosten der Klientinnen und Klienten

In Pflegeinstitutionen werden im Gegensatz zum Spital die Hotelleriekosten nicht vom Krankenversicherer übernommen. Es wird argumentiert, dass diese Menschen ihr Zuhause aufgeben und deshalb keinerlei Ausgaben für das Wohnen haben. Bei Personen, die sich entschlossen haben, in einer Pflegeeinrichtung zu bleiben, stimmt dieser Tatbestand. Somit können diese Aufwendungen auch den Klientinnen und Klienten verrechnet werden.

Voraussetzung ist allerdings, dass mit sorgfältigen Bedarfserfassungssystemen die Kosten der Pflege, des Arztes, der Arznei, der Therapie und des Pflegematerials abgegrenzt werden und mit Kostenstellenrechnungen die Aufwendungen der anderen Bereiche beziffert werden können. Heute fehlen die Bedarfserfassungssysteme, welche die Kosten der Pflege konkret bemessen können.

Dazu kommt, dass auf Klientinnen und Klienten, die geriatrisch rehabilitiert werden, der Tatbestand der aufgegebenen Wohnung nicht zutrifft. Diese zahlen heute die Hotellerie in der Pflegeinstitution **und** die Kosten für den eigenen Haushalt. Die Klientinnen und Klienten werden demnach doppelt belastet, was häufig dazu führt, dass sie es bevorzugen, im Akutspital behandelt zu werden, was volkswirtschaftlich gesehen zu höheren Ausgaben führt.

8.3 Volkswirtschaftlich interessante Aspekte der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Sehr wichtig ist in diesem Zusammenhang die gute Abstimmung der verschiedenen Leistungsangebote. Welche Aufgaben übernimmt die Akutgeriatrie, welche die Rehabilitationskliniken und welche die Pflegezentren? In einer Fachgruppe müssten Vertreter der beteiligten Institutionen die Schwerpunkte der verschiedenen Angebote erfassen und entsprechende Richtlinien und Standards für die Triage erarbeiten. Das Schwergewicht der Pflegezentren müsste auf der geriatrisch rehabilitativen Pflege liegen, selbstverständlich auch dort mit dem interdisziplinären Ansatz.

Die fachgerechte Triage wird hierbei zu einem sehr wichtigen Instrument. Das Triageteam müsste interdisziplinär zusammengesetzt sein, damit alle Aspekte der entsprechenden Situation von jeweiligen Fachleuten beurteilt würden. Der Bedarf der Klientinnen und Klienten müsste in dieser Beurteilung mit den Kosten und dem Nutzen in Relation gesetzt und die Variante gewählt werden, die eine angemessene Qualität garantiert und zur Erreichung der Behandlungsziele ausreicht.

Speziell erwähnt seien hier nochmals die Angehörigen und das weitere soziale Umfeld. Mit fachgerechter Beratung, Unterstützung und Pflege sollen die informell vorhandenen Ressourcen genutzt

und subsidiär ergänzt werden. Auf diese Weise können durch gezielte Intervention gegenwärtige und zukünftige Pflegekosten eingespart werden.

Es würde den Rahmen dieses Buches sprengen, weitere Massnahmen zur Förderung der informellen Pflege zu erarbeiten. Dies wird jedoch eine Aufgabe für die Zukunft sein. Erwähnt sei hier der Vorschlag von Ursula Reidy Aebischer in ihrem Finanzierungskonzept: **“Die Versicherungsleistungen sind als Geldleistungen auszubezahlen. Diese erlauben es der pflegebedürftigen Person, sich für die Mischung von professioneller und informeller Pflege zu entscheiden, die sie zu nutzen wünscht.”**⁷⁷

Die geriatrisch rehabilitative Pflege entspricht einerseits einem grossen Bedürfnis der alten Menschen, wie die Nachfrage im Pflegezentrum Bauma zeigt. Nach Hause zurückkehren zu können bedeutet für sie Lebensqualität. Andererseits können auf diese Weise zukünftige Pflegeheimkosten oder Spitalkosten eingespart werden, denn die Klientinnen und Klienten werden in grösstmögliche, praktisch orientierte und funktionelle Selbstständigkeit rehabilitiert.

Sowohl die Spitex Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch die Angehörigen können alte Menschen zu Hause betreuen und bei Bedarf kurzfristig auf ein vorübergehendes stationäres Angebot

⁷⁷ Reidy Aebischer, Ursula (2000), S. 268.

zurückgreifen. So werden Spitaleinweisungen für Menschen unnötig, die keiner medizinischen Behandlung bedürfen. Auf diese Weise wird einer Überversorgung verbunden mit unnötigen Kosten vorgebeugt.

Klientinnen und Klienten werden wie die Erfahrung zeigt schneller wieder nach Hause genommen, wenn sich die Angehörigen darauf verlassen können, dass eine Einweisung bei Bedarf innerhalb nützlicher Frist möglich ist.

8.4 Zuständige Planungs- und Koordinationsinstanzen

Die in der Zürcher Krankenhausplanung 1991 formulierten Ziele für die Betreuung Pflegebedürftiger haben weiterhin Gültigkeit. Pflegeheime - dazu gehören insbesondere Krankenheimabteilungen in Spitälern, Krankenheime, Pflegewohngruppen, Altersheime mit Pflegeangebot, nicht aber Alterswohnungen und Alterssiedlungen - stehen am Ende einer breitgefächerten Versorgungskette aus ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Es sollen lediglich jene Patientinnen und Patienten in ein Pflegeheim aufgenommen werden, deren Betreuung mit Hilfe von ambulanten oder teilstationären Einrichtungen nicht mehr möglich oder sinnvoll ist. Durch ein abgestuftes Versorgungssystem soll sichergestellt werden, dass jeder Pflegebedürftige diejenige pflegerische Unterstützung erfährt, die seinem Gesundheitszustand entspricht. Bei Überbetreuung besteht die Gefahr der

„gelernten Pflegebedürftigkeit“, d.h. eines beschleunigten Abbaus der verbliebenen Fähigkeiten. In allen Gliedern der Versorgungskette sollen Pflegebedürftige nicht nur gepflegt, sondern auch aktiviert und nach Möglichkeit rehabilitiert werden.⁷⁸

Die Zürcher Krankenhausplanung hat schon 1991 die geriatrisch rehabilitative Pflege vorgesehen. Die Verantwortung für die Koordination und Planung der gesamten Versorgungskette sollte nach Möglichkeit bei **einer** Instanz liegen. Die Gesundheitsdirektion ist im Spitalbereich und bei den Rehabilitationskliniken für die Planung zuständig.

Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, wenn die Zuständigkeit der Übergänge und Nahtstellen zwischen den Institutionen, vor allem vom Akutbereich zum Langzeitbereich, sowie die Koordination und Planung beim Kanton liegt. Die Absprache mit den Gemeinden ist in diesem Zusammenhang notwendig, da die Gemeinden im Langzeitbereich ein wichtiger Verantwortungsträger sind. So könnten die Angebote der verschiedenen Leistungsanbieter optimal koordiniert und aufeinander abgestimmt werden.

⁷⁸ Vgl. Zürcher Krankenhausplanung (1991), S. 131ff.

9. Entwurf zur Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege im Kanton Zürich

Der vorliegende Entwurf beruht auf den Erkenntnissen aus dieser Arbeit und dient als Basis für die Diskussion über das Angebot und die Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege. Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich kennt diesen Vorschlag und wird ihn als Entscheidungsgrundlage einbeziehen.

9.1 Krankenversicherer

Der Krankenversicherer übernimmt die vollen Pflegekosten. Mittels einer Bedarfsermittlung durch hierfür geschulte Fachpersonen und entsprechenden Instrumenten wird der Bedarf eruiert.

Variante 1

Der entsprechende Klient oder die Klientin erhält im Sinne der Subjektfinanzierung einen dem Bedarf entsprechenden Geldbetrag und ist verpflichtet, diesen für die vereinbarten Pflichtleistungen zu verwenden. Wer die Hilfe- und Pflegeleistung erbringt und in welcher Form sie stattfindet, ist Angelegenheit des Empfängers, der Empfängerin.⁷⁹

⁷⁹ Siehe auch Kapitel 7.3.

In der Bedarfsüberprüfung wird auch die korrekte Verwendung der Gelder überprüft.

Variante 2

Der Krankenversicherer übernimmt die vollen Pflegekosten. Sie werden der Institution direkt vergütet und richten sich nach dem RAI/RUG- oder einem ähnlich differenzierten System.

9.2 Kanton

Der Kanton Zürich subventioniert die geriatrisch rehabilitative Pflege ähnlich wie im Akutspital.

Es wird davon Kenntnis genommen, dass die alten Menschen, die einer rehabilitativen Pflege bedürfen, trotzdem für die Kosten in ihrem Haushalt aufkommen müssen. Ausserdem hat die Entwicklung im Gesundheitswesen - sei es die Professionalisierung der Spitex, die Entwicklung der geriatrisch rehabilitativen Pflege und die beschleunigte Spitalentlassung - dazu beigetragen, dass ein neues vorübergehendes stationäres Angebot benötigt wird, welches nicht von den Klientinnen und Klienten finanziert werden muss.

9.3 Gemeinden

Die Gemeinden beteiligen sich an der Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege mit dem gleichen Subventionsschlüssel wie im Akutspital.

Da die Gemeinden in den Akutspitälern an den Kosten beteiligt sind, liegt es nahe, dass sie sich in ähnlicher Weise an den Kosten für die geriatrisch rehabilitative Pflege beteiligen.

9.4 Planung und Koordination

Die Planung und Koordination liegt in der Verantwortung von Kanton und Gemeinden.

Die Planung der Gesundheitsversorgung liegt heute beim Kanton. Da die Finanzierung in den Altersinstitutionen von Kanton und Gemeinde gemeinsam getragen wird, ist es notwendig, dass die Planung und Koordination auch miteinander wahrgenommen wird.

10. Kritische Würdigung und Ausblick

Die Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen und geriatrisch rehabilitativen Pflegezentren ist zur Zeit ein hoch aktuelles Thema. In der Botschaft des Bundesrates zur Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. September 2000 wird auf Seite 28 unter dem Titel „Finanzierung der Leistungen im Pflegebereich“ auf Folgendes verwiesen.

Da das angestrebte Ziel durch die seit dem 1. Januar 1998 in Kraft getretene Anpassung der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, KLV, bereits erreicht worden ist, hat der Initiant Nationalrat Rychen seinen Vorschlag zur einschränkenden Kostenübernahme bei der Pflege zu Hause im Februar 1999 zurückgezogen.

Bei der Krankenpflege im Pflegeheim jedoch besteht Rychen weiter auf die Aufhebung der Kostenübernahmepflicht der Krankenversicherung. Er hat in seinem Antrag vom 4./5. Februar 1999 neu verlangt, dass die Krankenpflegeversicherung nur noch die Hälfte der tarifvertraglich festgelegten Kosten als Beitrag an die Krankenpflegekosten zu erbringen hat.

Dieser letzte Vorschlag deckt sich nicht mit der Lösung, die der Bundesrat im Rahmen seines Vorschlags zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes im Frühjahr 1999 in die Vernehmlassung geschickt hat.⁸⁰

Diese „sieht zwar einen fixen, in der Regel hälftigen ‚Kosten‘teiler bei der Finanzierung der leistungsbezogenen Pauschalen beim Spitalaufenthalt vor. Da Pflegeleistungen im Pflegeheim resp. im Spital nicht im selben Kontext stehen, sie einen verschiedenartigen Zweck erfüllen und die Institutionen folglich auch unterschiedlich finanziert sind, ist die Ausrichtung eines hälftigen Beitrags an die tarifvertraglich festgelegten Kosten der Pflegeheime nach Auffassung des Bundesrates abzulehnen. Der Bundesrat hält eine analoge Finanzierungsregelung für die Leistungen der Spitäler und Pflegeheime im gegenwärtigen Kontext nicht für angebracht. Auf Antrag der nationalrätlichen Kommission wurde die Parlamentarische Initiative am 24. März 2000 denn auch abgeschrieben (AB N 2000 S. 439), jedoch mit dem Auftrag an den Bundesrat verbunden, innerhalb eines Jahres ein Konzept zur Finanzierung des Pflegebereichs zu erarbeiten. Ein solches Konzept hat als Ausgangspunkt die Aufgaben von Krankenversicherung, Kantonen und Gemeinden voneinander abzugrenzen und darauf abgestützt die Finanzierungsfrage zu regeln. Der Bundesrat hält es für angebracht, dass im Hinblick auf ein derartiges Pflegekonzept die Ergänzungs-

⁸⁰ Vgl. Botschaft des Bundesrates (2000), S. 28.

leistungen zur AHV/IV und die im Rahmen der 4. IV-Revision vorgesehene Assistenzentschädigung in die Betrachtungen einzubeziehen sind. Gleiches gilt für die in der Motion Vermot (98.3344) aufgegriffene Entschädigung der spitalexternen Krankenpflege. Ein Pflegekonzept hätte sowohl die Pflege in einem Pflegeheim als auch die Pflege zu Hause zu umfassen.⁸¹

Gemäss Information des Bundesamtes für Sozialversicherung ist die Erarbeitung dieses Pflegekonzeptes im Februar 2001 ausgeschrieben worden und soll nach Möglichkeit im Sommer 2001 vorliegen. Es ist erfreulich, dass die Thematik der Ergänzungsleistungen in die Betrachtungen miteinbezogen wird.

Ein Artikel im Tagesanzeiger titelt am 7. Februar 2001 auf der Frontseite: „Krankenkassen schlagen Alarm. Die Krankenversicherer warnen vor einem Anstieg der Prämien um 10 Prozent. Eine neue Verordnung über die Pflegekosten ist der Grund für den Alarmruf.“⁸²

Eine Verordnung über die Kostenrechnung hat nach Iwan Städler den Alarmruf beim Konkordat der schweizerischen Krankenversicherer ausgelöst. Die gewaltigen finanziellen Folgen des Erlasses werden gefürchtet, denn wenn die neue Verordnung in Kraft ist,

⁸¹ Botschaft des Bundesrates (2000), S. 28f.

⁸² Städler, Iwan (2001), S. 1.

können die wahren Pflegekosten abgerechnet werden. Die Krankenversicherer rechnen nach Städler mit einer Verdoppelung der Pflegeheimkosten von heute 1,2 auf 2,4 Milliarden Franken.⁸³

Sehr interessant ist die Tatsache, dass 1,2 Milliarden Franken⁸⁴ ziemlich genau dem Betrag entsprechen, der mit den Ergänzungsleistungen gesamtschweizerisch an die Pflegekosten gezahlt wird. Es darf also mit einer Verschiebung der Kosten gerechnet werden.

Für Vertreter des Konkordates steht nicht zur Diskussion, dass die Krankenversicherer für die gesamten Pflegekosten aufkommen. Sie wollen die Kantone in die Pflicht nehmen. Laut Fritz Britt, stellvertretendem Direktor im Bundesamt für Sozialversicherung, wird die Übernahme der Kosten durch den Krankenversicherer jedoch zu angestrebter Kostentransparenz und Effizienzgewinnen führen, was sich sogar dämpfend auf die Prämien auswirke.⁸⁵

Die Thematik der finanziellen Übernahme der gesamten Pflegekosten durch den Krankenversicherer wird die beteiligten Instanzen gesamtschweizerisch in den nächsten Monaten herausfordern. Im Sinne der Kostentransparenz ist zu hoffen, dass gemäss dem ursprünglichen Gedanken des KVG die Kosten vom Krankenversicherer übernommen werden.

⁸³ Vgl. Städler, Iwan (2001) S. 1.

⁸⁴ Siehe Kapitel 6.2.

⁸⁵ Vgl. Städler, Iwan (2001), S. 9.

Für die Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege wird sich im Kanton Zürich hoffentlich schneller eine Lösung abzeichnen und der Kanton sich an der Finanzierung beteiligen. In diesem Zusammenhang ist die Finanzierung der allgemeinen Pflegekosten ebenfalls relevant, denn mit einem differenzierten Leistungserfassungssystem werden die speziellen Aufwendungen der geriatrisch rehabilitativen Pflege erfasst und entsprechend vergütet.

Es ist den Menschen, die Pflege brauchen, wie auch denen, die diese Aufgabe wahrnehmen, zu wünschen, dass finanzielle Lösungen erarbeitet werden, die Rahmenbedingungen schaffen, in denen würdig gelebt und gearbeitet werden kann.

Literaturverzeichnis

ACKERMANN, GEORGES

Einweisungsprocedere in der Überbrückungspflege. Projektarbeit. H + Bildungszentrum, Aarau 2000. S. 1-3.

ANLIKER, MARKUS u.a.

RAI-Handbuch. Version 2.0. Punkt für Punkt Anleitung zum Ausfüllen des MDS-Formulars. Schweizer Version. Q-Sys AG, Pfyn, Ausgabe Juni 1998. S. 2-11.

AUSZUG AUS DEM PROTOKOLL

des Regierungsrates des Kantons Solothurn vom 15. März 1999, Nr. 522.

BAPST, LUDWIG

Projektstudie des SBK betr. „Monetäre Bewertung der Pflege“. Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (SBK) (Auftraggeberin), allgemeiner Projektbeschreibung, Bern 2000. S. 14.

BLANC, JASMIN

Massnahmen für eine gleichwertige Bedarfsermittlung. Abschlussarbeit am IAP-Vorgesetzten Seminar 81, Zürich 1996. S. 6.

BLANC, JASMIN

Ergebnisse aus dem Projekt: Massnahmen für eine gleichwertige Bedarfsermittlung, Spitex Wipkingen, 1997, unveröffentlicht. S. 3.

BLOCH, ERNST

Das Prinzip Hoffnung. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1998. S. 40, 44.

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNG

Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV. Statistiken zur sozialen Sicherheit, Bern 1999.

CARIGIET, ERWIN

Ergänzungsleistungen zur AHV/IV. Darstellung, Charakterisierung und Wirkungsweise. Schulthess Polygraphischer Verlag, Zürich 1995. S. 54ff.

DOLLE-HELMS, ELKE

Hilfe in der Hilflosigkeit. Die Pflegeversicherung gerät in Schwierigkeiten, private Vorsorge wird notwendig, in: Die Zeit, Nr. 43 vom 19. Oktober 2000. S. 37.

ERGÄNZUNG ZUM KRANKENHEIMVERTRAG

zwischen der Vereinigung Aargauischer Krankenhäuser (VAKA) sowie dem Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau und dem Aargauischen Krankenkassen-Verband (AKV) betreffend Vergütung der Behandlung von Langzeitpatientinnen und -patienten in Pflegeheimen und Krankenheimen mittels RAI/RUG ab 1. Januar 1999. S. 1-4.

HÖPFLINGER, FRANCOIS

Private Vorteile, gesellschaftliche Vorurteile. Zur psychosozialen Befindlichkeit heutiger Rentner in der Schweiz, in: Neue Zürcher Zeitung, 25./26. September 1999, Nr. 223. S. 97.

HÖPFLINGER, FRANCOIS / STUCKELBERGER, ASTRID

Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm Alter/Vieillesse/Anziani 32, Seismo, Zürich 1999. S. 5.

ILLICH, IVAN

Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 4. überarbeitete Auflage, Beck, München 1995. S. 201, 203.

INFORMATIONSSTELLE AHV/IV

Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, 1998.
S. 12.

KISTNER, WALTER

Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege. Gustav Fischer, Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm 1997. S. 3f.

KRANKENVERSICHERUNG

Herausgegeben von der Bundeskanzlei, Bern 1999.

KROHWINKEL, MONIKA

Fördernde Prozesspflege – Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink, Jürgen (Hrsg.). Erster internationaler Pflegetheorienkongress Nürnberg. Verlag Hans Huber, Bern 1998. S. 134ff.

KRUMMENACHER, JÖRG

Ein allerletzter Versuch gegen den Tod. Was darf ein Arzt und was nicht? In: Neue Zürcher Zeitung, 9./10 September 2000, Nr. 210. S. 15.

KUMMER, ANDREAS/ REICHERT, MARKUS

Vollzugsprobleme rund um das KVG. 2000. Quelle: Website des Konkordats Schweizerischer Krankenversicherer, <http://www.ksk-cams.ch> . S.1.

LATZEL, GÜNTHER/ ANDERMATT, CHRISTOPH/ WALTHER, RUDOLF

Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. Herausgeber: Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1997.

MAGAZIN 2000

Alle Generationen, eine Gesellschaft. Für die CH-Konferenz ALTER herausgegeben von Pro Senectute, Januar 2000. S. 13.

MANZ, DORA

Pflegezentrum unter privater Führung. In: Der Landbote, 8. Juli 2000. S. 21.

MAURER, ALFRED

Bundessozialversicherungsrecht, Basel 1993. S. 17.

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG

Spital Bauma wird Pflegezentrum. Schliessung der Akutabteilung. Zürich, 26. 8. 1999, Nr. 197. S. 47.

NEUE ZÜRCHER ZEITUNG

Verkauf des Pflegezentrums Bauma definitiv. Neuregelung des Gesundheitswesens Oberland. Zürich, 29. September 2000, Nr. 227. S. 49.

RAPPORT 99

Bericht 1999. Internationales Jahr der älteren Menschen. Texte von Kurt Seifert. Pro Senectute Schweiz, Zürich, Januar 2000. S. 5.

REIDY AEBISCHER, URSULA

Finanzierung von Alterspflegeheimen aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht. Europäische Hochschulschriften, Band 2647. Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Bern 2000. S. 64ff.

RITTER, ADRIAN

Auf dem Weg zum gerontologischen Assessment. Fachzeitschrift Heim. Offizielles Organ des Heimverbandes Schweiz. 71. Jahrgang, Oktober 2000. S. 515.

SCHÜRCH, THOMAS / HALLAUER-MAGER, ELISABETH

Sicherheit und Lebensqualität im Alter. Thesen der SP zur Alterspolitik, Zürich 1998.

SEIFERT, KURT

Neue Alterbilder. Unveröffentlichtes Papier der Arbeitsgruppe Alter, SP Schweiz, 1. Februar 2000. S. 2.

STÄDLER, IWAN

Krankenkassen schlagen Alarm. In: Tages-Anzeiger, 7. 2. 2001. S. 1,9.

ZENKLUSEN, KARL u.a.

BESA – Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem. Heimverband Schweiz, 3. Auflage, Update 1999, Zürich 1997. S. 17-37.

ZIMMERLI, WALTHER CH.

Gesundheit als offenes System. In: Salutogenese in der Onkologie, Herausgeber H.H. Bartsch und J. Bengel. Karger AG, Basel, 1997. S. 10.

ZÜRCHER KRANKENHAUSPLANUNG 1991

Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, Abteilung Planung, Zürich 1991. S. 131ff.

ZUSAMMENARBEITSVERTRAG BETREFFEND ÜBERBRÜCKUNGSPFLEGE

zwischen Pflegezentrum Bauma und Helsana-Versicherungen AG, Bauma 2000.

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1** Ziel und Zweck des Aufenthalts beim Eintritt ins Pflegezentrum Bauma 1. Januar - 31. August 2000
- Tabelle 2** Alter der Klientinnen und Klienten bezogen auf Tabelle 1
- Tabelle 3** Alter der Klientinnen und Klienten im Bereich der rehabilitativen Pflege mit dem Ziel, nach Hause zu gehen
- Tabelle 4** Ein- und Austritte 1. 9. 1999 bis 31. 8. 2000 mit Angabe des Zielortes beim Austritt
- Tabelle 5** Grundtaxen bezahlt von Klientinnen und Klienten ab 1. Januar 2001
- Tabelle 6** Ein- und Austritte 1. 9. 1999 bis 31. 1. 2001 mit Angabe des Zielortes beim Austritt
- Tabelle 7** Leistungsgruppen BESA
- Tabelle 8** Rahmentarife pro Stunde

Tabelle 9	Rahmentarife pro Tag
Tabelle 10	Tarife der Überbrückungspflege Helsana Kanton Zürich pro Tag und Versicherten
Tabelle 11	Finanzierung und Zeitaufwand gemäss BESA-Stufen
Tabelle 12	Finanzierung gemäss RUG-Kategorien
Tabelle 13	Einwohnerzahl in Relation zu Ergänzungsleistungsbezügern in Bauma
Tabelle 14	Maximalbeträge (EL) pro Jahr in Bauma
Tabelle 15	Rahmentarife pro Tag

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Zielorte der Austritte Pflegezentrum Bauma 1.9.1999 bis 31.1.2001 in Prozenten
Abbildung 2	Zielorte der Austritte Pflegezentrum Bauma 1.9.1999 bis 31.1.2001 pro Monat in Prozenten

Abkürzungsverzeichnis

AB N 2000	Amtliches Bulletin Nationalrat 2000
ADL	Activities of Daily Living
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AKV	Aargauischer Krankenkassen-Verband
ATL	Aktivitäten des Täglichen Lebens
BESA	Bewohnerinnen-Einstufungs-und Abrechnungssystem
BH	Beihilfe
EL	Ergänzungsleistung
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen der AHV/IV
IV	Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KLP	Koordinationskonferenz Leistungserbringer Pflege
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KSK	Konkordat der schweizerischen Krankenkassierer
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MDS	Minimum Data Set (Minimaldaten zur Erfassung der Pflege)

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

MiGeL	Mittel und Gegenstände Liste
NFP 32	Alter/ Vieillesse/ Anziani. Nationales Forschungsprogramm 32
PLAISIR	Planification informatisée des soins infirmiers requis
RAI	Resident Assessment Instrument = Bewohner-Beurteilungs-Instrument
RUG	Resource Utilization Groups = Pflegeaufwandgruppen
TARMED	Tarif médical
ÜP	Überbrückungspflege
VAKA	Vereinigung Aargauischer Krankenhäuser
VO KLV	Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Anhangverzeichnis

- Anhang 1** Taxordnung des Verbands Zürcher Krankenhäuser für Krankenheime und Krankenheimabteilungen der Akutspitäler (Krankenkassenpatienten) vom 1. 1. 1999
- Anhang 2** Konzept Pflegezentrum Bauma, Bauma 1999
- Anhang 3** Taxordnung Pflegezentrum Bauma ab 1. 1. 2000
- Anhang 4** Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ), Heimerhebung 2000 in Alters-, Pflege- und Krankenheimen im Kanton Zürich
- Anhang 5** Geriatrische Begriffe, Definitionen

Anhang 1

Taxordnung des Verbands Zürcher Krankenhäuser für Krankenheime und Krankenheimabteilungen der Akutspitäler (Krankenkassenpatienten) vom 1. Januar 1999

I. Pflegeheimtaxen inklusive Ferien- und Rehabilitationspatienten

1. Die Taxen betragen:
(Zimmer in der Regel mit mehr als 2 Betten)

	Total Taxe	davon				
		zu Lasten Patient	zu Lasten Versicherer			
		Tagestaxe	Total	davon ⇒	Pflegetaxe	Teilpauschalen
BESA-Stufe 1	163.--	135.--	28.--	davon ⇒	20.--	8.--
BESA-Stufe 2	183.--	135.--	48.--	davon ⇒	40.--	8.--
BESA-Stufe 3	211.--	135.--	76.--	davon ⇒	60.--	16.-- *
BESA-Stufe 4	221.--	135.--	86.--	davon ⇒	70.--	16.-- *

* Ab 21. Tag. Vom 1. bis 20. Tag werden Fr. 26.-- pro Pflegetag verrechnet (exkl. Ferienpatienten).

Diese Pauschale darf nur verrechnet werden:

- für chronisch Pflegefälle beim Ersteintritt,
- für „Rehabilitationspatienten“, bei denen die Aufenthaltsdauer im Akutspital reduziert werden kann,
- für Pflegenotfälle, bei denen aufgrund der Verschlechterung des Patientenzustands die Pflege durch Spitex/Angehörige nicht mehr möglich ist, eine Spitaleinweisung damit jedoch vermieden werden kann.

Für Ferien- und Tagespatienten gilt ab 1. Tag der Ansatz von Fr. 8.-- bzw. Fr. 16.-- pro Pflegetag, sofern keine (Doppel)Behandlungen durch externe Dritte erfolgen (beispielsweise durch den Hausarzt und durch diesen veranlasste Massnahmen).

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

II. Tagesheimtaxen (inkl. Nachtklinik)

2. Die Taxen betragen:

	Total Taxe	davon				
		zu Lasten Patient	zu Lasten Versicherer			
		Tagestaxe	Total	davon ⇒	Pflegetaxe	Teilpauschalen
BESA-Stufe 1	98.--	70.--	28.--	davon ⇒	20.--	8.--
BESA-Stufe 2	118.--	70.--	48.--	davon ⇒	40.--	8.--
BESA-Stufe 3	146.--	70.--	76.--	davon ⇒	60.--	16.--
BESA-Stufe 4	156.--	70.--	86.--	davon ⇒	70.--	16.--

3. Mit der Tagestaxe sind folgende Leistungen abgegolten:

- Unterkunft mit Pflegebett in einem Mehrbettzimmer (exkl. Tagesheim)
- Zimmerreinigung
- Bettwäsche sowie Wäsche für Badezimmer (exkl. Tagesheim)
- Verpflegung (ohne Diätkost)
- Nicht pflege- spezifische Gemeinkosten für Verwaltung, Hausdienst usw. sowie für Nutzung der allgemeinen Anlagen (Investitionen)
- Aktivierung, Betreuung und Tätigkeiten des Pflegepersonals im nicht-KVG-pflichtigen Bereich
- Wäscheservice für persönliche Wäsche (exkl. Tagesheim).

4. Mit der Pflegetaxe sind folgende Leistungen abgegolten:

- Pflegedienstleistungen im Umfang der Vergütungen durch die obligatorischen Krankenversicherer.

5. Mit den Teilpauschalen sind folgende Leistungen abgegolten:

- Ärztliche Leistungen und Arznei
- Therapeutische Leistungen und Therapiematerial sowie Pflegematerial, gemäss Mittel und Gegenstände Liste (MiGeL), Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 2.

6. Zu Lasten des Krankenversicherers werden zusätzlich verrechnet:

- Akutstationäre Behandlungen
- Dialysen
- ambulante und teilstationäre Untersuchungen, Eingriffe und Operationen ab Fr. 700.--
- verlangte Arztberichte, Gutachten und Austrittszeugnisse.

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

7. Zu Lasten des Patienten werden zusätzlich verrechnet:
- Betreuungsleistungen, welche durch Hilflosigkeit in Anspruch genommen werden und nicht durch andere Taxen abgegolten sind: Zuschlag in der Höhe der Hilflosenentschädigung, sofern die Patientin oder der Patient Anspruch auf diese hat.
 - Krankentransporte, soweit nicht vom Krankenversicherer übernommen
 - Erhöhter Zimmerkomfort
 - Diätkost
 - Persönliche Bedürfnisse, Todesfallkosten, nicht KVG-pflichtige Medikamente.

III. Besondere Bestimmungen

8. Die Versicherer garantieren die Tagestaxe für maximal 3 Urlaubstage. Die Tage des Austrittes und des Wiedereintrittes (Reisetage) zählen nicht als Urlaubstage.
9. Soweit die Versicherer die Taxen garantieren, bezahlen sie diese direkt dem Krankenhaus. Soweit die Kassenleistung die Taxe nicht deckt, stellt das Krankenhaus dem Patienten oder dem sonst Zahlungspflichtigen Rechnung.
10. Solange und soweit die Taxe nicht durch Gutsprache des Versicherers gedeckt ist, kann das Krankenhaus vom Patienten oder dem sonst Zahlungspflichtigen zur Sicherstellung der Taxe eine Barzahlung verlangen.
11. Für Patienten, die nicht in den Gemeinden der Trägerschaft wohnhaft sind, können Zuschläge verrechnet werden.

Für Patienten ohne Krankenversicherung (z.B. mit Wohnsitz im Ausland) werden kostendeckende Taxen verrechnet.

IV. Inkrafttreten

12. Die Taxen treten vorbehältlich des Beschlusses der zuständigen Instanz des Krankenhauses am 1. Januar 1999 in Kraft.

Verband Zürcher Krankenhäuser

Der Präsident

Heinz Spälti

Der Geschäftsleiter

Willy F. Rufer

Anhang 2

<p style="text-align: center;">Konzept Pflegezentrum Bauma</p>
--

Bedarf

Der hochbetagte Mensch wohnt meistens am liebsten zu Hause. Die Spitex-Dienste ermöglichen heute ein Verbleiben in den eigenen vier Wänden auch bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit. Verschiedene Studien weisen aus, dass die Pflege zu Hause im Vergleich zur stationären Pflege durchaus auch kostengünstig ist.

Aus diesen Gründen ist heute die Nachfrage nach einem rehabilitativen stationären Angebot gross. Nebst der Akutgeriatrie bedarf es der Pflegeeinrichtungen, die den Pensionärinnen und Pensionären, den Spitex-Diensten und pflegenden Angehörigen kurzfristig die stationäre Pflege anbieten können. Viele Pensionärinnen und Pensionäre schätzen es, wenn sie Zeit gewinnen, in Ruhe ihre Wohnsituation zu überdenken und mit Fachleuten zu erörtern.

Die frühzeitige Abklärung der individuellen Situation vermeidet eine komplexe Problemsituation. Das heisst, das Ziel ist frühzeitig bekannt und kann angegangen werden. Vorhandene Unklarheiten können gelöst werden und motivieren zudem die Pensionärinnen und Pensionäre im Bemühen, in ihre/seine Umgebung zurück-

zukehren. Der Entscheidungsfindungsprozess der einzuleitenden Massnahmen fordert von älteren Menschen eine Auseinandersetzung mit der veränderten Situation und unter Umständen der Annahme von Fremdhilfe zu Hause.

Auf diese Weise findet eine qualitativ hochstehende pensionärge-rechte Pflege statt, die durch ihre Zielorientiertheit dazu beiträgt, dass hochbetagte Menschen in einer schwierigen Krisensituation gut begleitet werden.

Definition

Das geriatrische Pflege- und Rehabilitationszentrum übernimmt die Aufgabe der Wiedereingliederung für ältere Menschen, welche bedingt durch Pflegebedürftigkeit stationär betreut werden müssen. Die Wiedereingliederung beginnt während des Aufenthaltes und begleitet die Pensionärinnen und Pensionäre wenn möglich in ihre Wohnumgebung zurück. Sollte dies nicht mehr möglich sein, werden alternative Wohnformen eruiert und umgesetzt.

Auf diese Ziele werden die älteren Menschen vorbereitet und trainiert. Eine Pflege- und Sozialanamnese sowie die Einschätzung des Gesundheitszustandes ermöglichen das Erfassen der Zusammenhänge zwischen physiologischen, geistigen, sozialen und

umgebungsbedingten Faktoren, welche die Situation des älteren Menschen beeinflussen.

Die gesammelten Informationen sind wegleitend für eine individuelle, kompetenzfördernde Pflege, Therapie und Austrittsplanung. Der ältere Mensch und seine Angehörigen werden zu Mitdenkenden und Mitwirkenden im Pflegeprozess. Die Fachpersonen in der Pflege werden für eine beschränkte Zeit zur wichtigen Bezugsperson im sozialen Netzwerk des älteren Menschen. Das geriatrische Pflege- und Rehabilitationszentrum wird zum brückenbildenden Element zwischen stationärer Betreuung und dem zu Hause mit dem ambulanten Angebot.

Die verantwortlichen Pflegepersonen vertreten ein fortschrittliches Altersbild, das Würde, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des älteren Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Ziel

Älteren Pensionärinnen und Pensionären mit Problemen körperlicher, psychischer oder sozialer Natur wird im Sinne des Wiedereingliederungsprozesses eine situationsangepasste Pflege, Behandlung, Begleitung und Beratung angeboten. Sollte die Reintegration auf Grund der Situation nicht mehr möglich sein, wird gemeinsam mit den Klienten und den Klientinnen eine adäquate andere

Wohnsituation organisiert. Es ist möglich, im Pflegezentrum Bauma zu wohnen.

Grundsatz

Die Klientinnen und Klienten haben eine ihnen zugeteilte Bezugsperson, welche die Verantwortung für realistische Rehabilitationsziele trägt. Die Bezugsperson ist Ansprechpartnerin für die sozialen und medizinisch-pflegerischen Institutionen und das soziale Umfeld. Das Ausmass der Reaktivierung ist auf die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten abgestimmt.

Zielgruppe

Das Pflegezentrum Bauma richtet sich an ältere Menschen,

- die wieder nach Hause zurückkehren möchten ungeachtet ihres momentanen Bedarfs an Pflege und Unterstützung
- deren Entlassung nach Hause mit vielen Unsicherheiten verbunden ist im Hinblick auf die Bewältigung des Alltags
- bei denen sowohl der Grad der wiederzuerreichenden Selbstständigkeit als auch die Tragfähigkeit des persönlichen Hilfnetzes zu beurteilen sind

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

- die selbst und/oder ihre Angehörigen Spitexleistungen beanspruchen möchten oder deren bestehende Leistungen der neuen Situation angepasst werden sollten
- bei denen eine neue Wohnsituation eruiert und umgesetzt werden muss
- die Zeit brauchen für den inneren Prozess, dass das autonome Wohnen zu Hause nicht mehr möglich ist und sie sich in eine Gemeinschaft einfügen müssen
- die ihre zukünftige Wohnsituation offen lassen wollen
- die in einer Pflegeeinrichtung im Sterben begleitet werden wollen
- die eine geriatrische Tages- oder Nachtambulanz beanspruchen wollen
- die als Ferienpensionärinnen und -pensionäre zur Entlastung Angehöriger und/oder der Spitex vorübergehend zu uns kommen
- die als pflegerische Notfälle einer sozialen Abklärung bedürfen
- die frühzeitig aus dem Spital entlassen werden und zur Überbrückungspflege und Wiedereingliederung zu uns kommen (Spezialtarif des Krankenversicherers)
- die sich dafür entscheiden, im geriatrischen Pflege- und Rehabilitationszentrum Bauma zu bleiben.

Jasmin Blanc

Geschäftsleiterin

PFLEGEZENTRUM BAUMA

im Juni 1999

Anhang 3

Taxordnung

Pflegezentrum und Geriatrische Tagesklinik

ab 1. Januar 2001

Pflegezentrum

Bewohner mit Pflegebedarf

Tagestaxe Bewohner	Fr. 155.--
Tagestaxe Betreutes Wohnen	Fr. 145.--

Zusätzlich übernimmt der Krankenversicherer die Pflege nach BESA

BESA-Stufe 1	Fr. 20.--
BESA-Stufe 2	Fr. 40.--
BESA-Stufe 3	Fr. 60.--
BESA-Stufe 4	Fr. 70.--

Weiter zahlt der Krankenversicherer bei BESA 1 + 2 eine Teilpauschale pro Tag und Bewohner und bei BESA 3 und 4 ein Teilpauschale von	Fr. 8.--
In der Teilpauschale sind inbegriffen ärztliche Leistungen, Medikamente, therapeutische Leistungen, sowie Pflegematerial.	Fr. 16.--

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Bewohner mit rehabilitativem Pflegebedarf

Tagestaxe Bewohner **Fr. 175.--**

Zusätzlich übernimmt der Krankenversicherer die Pflege nach BESA

BESA-Stufe 1 Fr. 20.--

BESA-Stufe 2 Fr. 40.--

BESA-Stufe 3 Fr. 60.--

BESA-Stufe 4 Fr. 70.--

Weiter zahlt der Krankenversicherer bei BESA 1 + 2 eine Teilpauschale **Fr. 8.--**
pro Tag und Bewohner und bei BESA 3 und 4 ein Teilpauschale **Fr. 16.--**

In der Teilpauschale sind inbegriffen ärztliche Leistungen, Medikamente, therapeutische Leistungen, sowie Pflegematerial.

Überbrückungspflege Helsana

Obligatorische Krankenversicherung **Fr. 230.--**

Obligatorische Krankenversicherung Halbprivat und Privat **Fr. 260.--**

Geriatrische Tagesklinik

Tagestaxe Bewohner

Fr. 70.--

Zusätzlich übernimmt der Krankenversicherer die Pflege nach BESA

BESA-Stufe 1	Fr. 20.--
BESA-Stufe 2	Fr. 40.--
BESA-Stufe 3	Fr. 60.--
BESA-Stufe 4	Fr. 70.--

Weiter zahlt der Krankenversicherer bei BESA 1 + 2 eine Teilpauschale **Fr. 8.--**

pro Tag und Bewohner und bei BESA 3 und 4 ein Teilpauschale **Fr. 16.--**

In der Teilpauschale sind inbegriffen ärztliche Leistungen, Medikamente, therapeutische Leistungen, sowie Pflegematerial.

Zusätzlich verrechenbare Kosten im Pflegezentrum

Zuschlag pro Tag für alle Bewohnerinnen und Bewohner ausserhalb der Gemeinden Bäretswil, Bauma, Fischenthal, Sternenberg, Turbenthal, Wila und Wildberg

Fr. 20.--

Zuschlag in der Höhe der Hilflosenentschädigung, sofern die Bewohnerin oder der Bewohner Anspruch auf diese hat

Bei Platzreservation volle Tagestaxe Pflege **Fr. 155.--**

Bei Platzreservation volle Tagestaxe Rehabilitative Pflege **Fr. 175.--**

Bei Platzreservation volle Tagestaxe Betreutes Wohnen **Fr. 145.--**

1er Zimmer Zuschlag pro Tag **Fr. 30.--**

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Telefongrundgebühr pro Monat	Fr. 20.--
Fernsehmiete pro Tag	Fr. 3.--
Näharbeiten wie Namensschilder anbringen, Reparaturen usw. inkl. Material, nach Aufwand pro Stunde	Fr. 60.--
Coiffeur / Fusspflege	effektive Kosten

Gerne beraten wir Sie in finanziellen Angelegenheiten, wenn es Ihnen nicht möglich ist, unsere Taxen zu bezahlen. Sollte sich keine Möglichkeit der Finanzierung abzeichnen, gewährt unsere Kommission nach Einsicht in Ihre Finanzen bei Bedarf Taxreduktionen.

Bauma, 22. Dezember 2000

Anhang 4

Schweizerische Alzheimerumfrage (ALZ)

Sektion Zürich

**Heimerhebung 2000
in Alters-, Pflege- und Krankenheimen
im Kanton Zürich**

Kommentare der BewohnerInnen und/oder Angehörigen

Sowohl die BewohnerInnen als auch die Angehörigen konnten am Ende des Fragebogens persönliche Bemerkungen anbringen. Von dieser Möglichkeit wurde sehr rege Gebrauch gemacht. Im folgenden fassen wir die häufigsten Aussagen kurz zusammen:

- Personalmangel wird weitaus am häufigsten genannt und als Grund für viele Beschwerden angeführt. Sehr häufig wird auch die Meinung geäußert, dass das Personal unter Zeitdruck stehe. Dies führt offenbar zu einer allgemeinen Verunsicherung und könnte ausserdem dafür verantwortlich sein, dass die Qualität der Pflege und Betreuung in Frage gestellt wird.

- In vielen Heimen sind offenbar Reorganisationen im Gange, die sowohl bei den Heimbewohnern als auch bei ihren Angehörigen zu Unsicherheit und Unübersichtlichkeit führen.
- Neu geschaffene Kaderpositionen werden von Kunden nicht immer positiv beurteilt.
- Es wird weiter bemängelt, dass Kommunikationsprobleme wegen der vielen fremdsprachigen Betreuungspersonen entstünden.
- Aber auch unabhängig von den fremdsprachigen Mitarbeitern scheint die Kommunikation ein Problem für viele BewohnerInnen und Angehörige zu sein. Schwierigkeiten werden mit den verschiedenen Stellen genannt, auch mit der Verwaltung, besonders aber mit den direkten Bezugspersonen in der Betreuung. Konkret werden die lange dauernden Rapporte auf den Stationen immer wieder an den Pranger gestellt. Oder es wird von Besuchern erwähnt, dass das Pflegepersonal während dem Esseneingeben untereinander private Gespräche führt und dadurch nicht auf die Bewohner eingehen kann.
- Zum Thema Essen wird immer wieder erwähnt, dass Gemüse und Fleisch nicht weich genug gekocht werden.

- Auf der anderen Seite wird die Geduld, Fröhlichkeit und Einfühlsamkeit der BetreuerInnen hervorgehoben. Dies auffallend oft in Häusern, in denen das Leitbild auf religiösem Gedankengut aufgebaut ist.
- Die Informationen der Ärzte betreffend Gesundheitszustand und verordneten Therapien werden oft als verbesserungsbedürftig dargestellt.
- Häufig werden besonders auch von den Angehörigen die Anlässe zu den Feiertagen gelobt.
- Der Blumenschmuck in den Häusern wird oft als besonders schön erwähnt, und bei Häusern mit Gärten werden diese besonders hervorgehoben.
- In den Pflegeheimen werden die Mehrbett-Zimmer, besonders die 4-Betten-Zimmer, als unzeitgemäss empfunden.
- Angehörige von körperlich und/oder geistig abgebauten Bewohnern wünschen sich für ihre Patienten mehr Anregung und Animation.
- Für geistig noch rüstige, aber körperlich eingeschränkte BewohnerInnen steht die fehlende Ansprache durch andere

BewohnerInnen und das „Nicht-ernst-genommen-werden“ durch das Personal immer wieder im Zentrum der Kritik. Von dieser Bewohnergruppe wird auch der Wunsch nach mehr Kulturangeboten geäußert, z.B. Lesungen oder klassische Musik, da sie durch ihre Behinderungen nicht an entsprechenden externen Angeboten teilnehmen kann.

- Die hohen Kosten für den Aufenthalt in den Heimen stellen viele Bewohner und Angehörige in Frage. Zum Teil wird in diesem Zusammenhang auch der Personalmangel als besonders störend empfunden. Auf der anderen Seite wird jedoch auch erwähnt, dass das Pflegepersonal in der Geriatrie besser entlohnt werden müsste, damit diese Arbeitsplätze attraktiver werden.
- Zum Schluss sei aber festgehalten, dass eine grosse Zahl von Kommentaren die Qualität der professionellen Betreuer sehr lobend erwähnt.

Ganz allgemein geben sowohl die Bewohner als auch die Angehörigen gerne einen persönlichen Kommentar ab. Mit einer Befragung fühlen sie sich mit ihren Anliegen ernst genommen.

2.3.2001

Anhang 5

Geriatrische Begriffe Definitionen

Glossar erarbeitet von Prof. Dr. Hugo Bühler (Bü), Stadtspital Waid, Johann Gisler (JG), Direktor Städtische Gesundheitsdienste, Dr. Daniel Grob (Gr), Stadtspital Waid

zu Händen der Projektgruppe „Geriatric in der Stadt Zürich“

Diese Definitionen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Allgemeingültigkeit⁸⁶

30.11.1999

Activities (früher Disabilities)

Siehe Auswirkungen von Krankheiten auf den menschlichen Organismus

ADL Activities of daily living

ADL = Activities of daily living (auch: ATL: Aktivitäten des täglichen Lebens). Das ADL-Konzept entspricht einer Operationalisierung der funktionellen Gesundheit.

Die ADL's werden unterteilt in 3 hierarchische Ebenen:

Als "Basic activities of daily living (BADL)" werden jene basalen Aktivitäten des täglichen Lebens bezeichnet, die die Selbstständigkeit einer Person, resp. deren

⁸⁶ Anmerkung Jasmin Blanc

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege

Pflegebedarf determinieren: Aktivitäten wie Essen, Baden/sich waschen, Ankleiden, Toilettenbenutzung, Bewegung/Treppen steigen.

Die "instrumental activities of daily living (IADL)" bezeichnen die die Unabhängigkeit resp. den Hilfsbedarf determinierenden Aktivitäten des täglichen Lebens wie Einkaufen, Telefonieren, Haushalten, Kochen, Wäsche waschen, Transportmittel benutzen.

Die "advanced activities of daily living (AADL)" schliesslich beschreiben Kompetenzen und Defizite in Bezug auf Selbstgestaltung und soziale Kompetenz.

In der Literatur wird öfters ADL mit BADL synonym verwendet (Gr).

Katz S., Ford AB, Moskowitz RW. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psycho-social functioning. J Amer med Ass 1973; 185: 914-19.

Alter

- Kalendarisches resp. chronologisches Alter: Alter gemäss Geburtsurkunde
- Psychologisches Alter oder subjektives Alter: Wie alt fühlt man sich?
- Biologisches Alter: Kriterium: Gesundheitszustand des Organismus
- Bürokratisches Alter: Alter bei staatlich definierter Pensionierungsgrenze

Unterteilung nach Bobbio N.: Vom Alter – De senectute. Berlin: Klaus Wagenbach 1997 (zitiert nach Buddeberg / Willi: Psychoziale Medizin. Springer 1998)

alter Mensch / Alterskategorien

- Betagt: > 65-jährig
- Hochbetagt: > 85-jährig

WHO-Definition; zitiert nach Buddeberg / Willi: Psychosoziale Medizin. Springer 1998

- „young old“ / junge Alte: 60 – 75-Jährige:
- „old old“: / alte Alte: >75-jährige

zitiert nach Buddeberg / Willi: Psychosoziale Medizin. Springer 1998.

Altersmedizin

Siehe Geriatrie

Assessment

Siehe multidimensionales geriatrisches Assessment

Assessment-Instrumente

Teste und Untersuchungsgänge, die beim geriatrischen/gerontopsychiatrischen Assessment angewandt werden.

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

Assessment-Unit (auch Geriatric Assessment Unit)

Spezielle geriatrische/gerontopsychiatrische Einheit zur Durchführung der Assessment-Methodik in Spitälern und Geriatrieinstitutionen.

(Siehe auch GEM)

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

Auswirkungen von Krankheiten auf den menschlichen Organismus

Diese können in 4 Bereiche klassifiziert werden:

- Pathology (Pathologie) beschreibt den Krankheitsprozess des Organs in patho(physio)logischer Terminologie.
- Impairment oder zu deutsch "Schädigung" ist die (medizinische) Folge einer Pathologie auf der Organ- resp. Körperebene.
- Activities (früher Disabilities) oder "Aktivität" fokussiert die (funktionelle) Krankheitsfolge auf die Person und beschreibt im wesentlichen

die (Un-)Fähigkeit zur Ausübung von zweckgerichteten Handlungen (ADL's).

- Participation (früher Handicaps) oder "Integrationsstörung" ist zentriert auf die Beschreibung der Krankheitsfolge in Bezug auf das Rollenverhalten der Person in der Gesellschaft.

World Health Organisation: The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - a manual relating to the consequences of disease. First printing. Geneva: Deutsche Übersetzung im Verlag Ullstein Mosby GmbH Berlin/Wiesbaden 1995. International Classification of Impairments, Activities and Participation: WHO: ICDH-2; Beta-1-Draft 1997

Betagter

Mensch über 65 Jahren

Nach Bobbio N.: Vom Alter – De senectute. Berlin: Klaus Wagenbach 1997 (zitiert nach Buddeberg / Willi: Psychosoziale Medizin. Springer 1998)

Evidence based medicine (EBM)

Ist die klare, vernünftige und gewissenhafte Anwendung vorhandener Information und die Integration individueller klinischer Erfahrungen bei medizinischen Entscheidungen.

Einige Begriffe im Umfeld von EBM

- Goldstandard: beste und zuverlässigste Methode zum Nachweis oder Ausschluss einer Erkrankung
- Sensitivität: gibt an, bei wieviel Prozent der Patienten mit der Erkrankung der Test ein positives Resultat ergibt.
- Spezifität: gibt an, bei wieviel Prozent der Patienten der Test negativ ausfällt, wenn die Erkrankung nicht vorhanden ist.
- Positiver Prädiktionswert: Gibt an, bei wieviel Prozent der Personen mit positivem Testresultat die gesuchte Erkrankung vorliegt.

- Negativer Prädiktionswert: Gibt an, bei wieviel Prozent der Personen mit negativem Testresultat die gesuchte Erkrankung nicht vorliegt.
- Meta-Analyse: Methode, mit der die Resultate mehrerer Studien zu einer bestimmten Fragestellung gesammelt, beurteilt und in einem statistischen Verfahren miteinander verglichen werden.
- Systematic Review: Kritische Interpretation und Zusammenfassung aller Informationen zu einem bestimmten Thema.

Steurer J. Evidence based medicine – Begriffe. Skript oJ.

Evidenz-Grade: Inhaltliche Güte / Strenge der Interventions-Evidenz:

I: mindestens 1 systematisches Review von vielen gut „designten“ RCT's (Randomised controlled trials)

II: mindestens 1 ordentlich „designter“ RCT von ausreichender Grösse

III: gut designte, (nicht randomisierte) Studien, pre-post, matched case-control, cohort studies

IV: gut designte nicht experimentelle (observational) Studie von mehreren Zentren

V: Meinung von Kapazitäten (respected authorities) basierend auf klinischer Evidenz, deskriptive Studien, Berichte von Experten Komitees

PiCO: Dr. Piribaumer, Konsulent für Qualität und Evidenz im Gesundheitswesen;
www.members.eunet.at/pico/index.htm.

Siehe auch: cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/levels.html

Funktionelle Gesundheit

Befähigung zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's).

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

GEM: Geriatric Evaluation and Management Unit

Definierter spital-gestützter Dienst für die Durchführung des multidimensionalen geriatrischen Assessments und der geriatrischen Rehabilitation

Stuck AE, Lancet 1993

Die Entwicklung von GAU's (Geriatric Assessment Units) zu den GEM's ist begründet in der Erkenntnis (Gr) resp. Annahme (Bü), dass die Wirksamkeit des Assessment gesteigert werden kann, wenn die Ausführung der sich aus den Assessment-Daten ergebenden Empfehlungen und Konsequenzen, damit der Handlungs- resp. Management-Teil, integriert wird; siehe Metaanalyse von Stuck AE, Lancet 1993.

Geriatric:

(gr. Geron Alter, Greis; -iatr*) f (engl.) geriatrics; Lehre von den Krankheiten des alten Menschen, Altersheilkunde, betrifft v.a. die innere Medizin, aber auch die Psychiatrie (Gerontopsychiatrie).

Pschyrembel, klin. Wörterbuch; 257. Auflage, Walter de Gruyter-Verlag

Geriatric ist der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter und den klinischen, präventiven, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt.

WHO

Akutgeriatric: Geriatric Medizin bei akut erkrankten geriatric Patienten stationär im Akutspital.

Langzeitgeriatric: Geriatric Medizin bei geriatric Patienten stationär im Langzeitbereich (Alters- resp. Pflegeheim).

Ambulante Geriatrie: Geriatrische Medizin bei ambulanten geriatrischen Patienten (ambulant resp. teilstationär, Betreuung nicht über 24 Stunden).

Gr/Bü/JG

Kommentar (Gr):

Das Bundesgericht weist daraufhin, dass sich die Begriffe „akute Krankheit / Akutspitalbedürftigkeit“ und „chronisches Leiden / Langzeitpflegebedürftigkeit“ nicht streng voneinander abgrenzen lassen (BBl 1992 I 167). Unter Akutspitalbedürftigkeit werde „in aller Regel ein Zustand verstanden, der die Notwendigkeit eines Aufenthaltes im Spitalmilieu erforderlich mache“ (BGE 120 V 200).

Akutspitalbedürftigkeit aus der Sicht des KVG (zit.n. BGE 124 V 362:“Das Kriterium der Wirtschaftlichkeit verlangt auch nach neuem Recht, dass ein Aufenthalt im Akutspital nur so lange möglich ist, als vom Behandlungszweck her ein Aufenthalt im Akutspital notwendig ist- Art. 49 Abs. 3 und Art. 56 KVG)“.

„Rehabilitative Geriatrie“: Dies ist ein nicht geläufiger Neologismus. Geriatrische Rehabilitation ist als Teil des Faches Geriatrie zu verstehen – jede geriatrische Tätigkeit beinhaltet rehabilitative Komponenten.*

Bezüglich geriatrischer Rehabilitation im engeren Sinne: Siehe unter „geriatrische Rehabilitation“.

** Aus dem Vorschlag der Arbeitsgruppe Conzelmann et al (Geriatrische Rehabilitation) zu Handen des Vorstandes der SFGG 27.9.99*

Geriatrisierung der Medizin

Die Anpassung medizinisch-diagnostischer und -therapeutischer Strategien an die spezifischen Bedürfnisse älterer Patienten. Dies setzt Änderungen der Methodik, aber auch und v.a. Ausbildung der involvierten Fachleute voraus.

WHO. Health of the Elderly. WHO Tech Rep Series No. 779, Geneva 1989

Geriatrischer Patient

Geriatrische Patienten sind in der Regel über 65 Jahre alt und zeichnen sich durch folgende Charakteristika aus:*

1. Multiple und komplexe Krankheiten
2. Veränderte Reaktionen der Organe und Systeme
3. Schwerwiegende Folgen akuter Krankheiten und langsame Erholung
4. Erhöhte Empfindlichkeit auf Krankheiten, Interventionen allgemein und physischen, emotionalen und sozioökonomischen Stress
5. Chronizität vieler Krankheiten
6. Funktionelle Einschränkungen, die die Autonomie beeinträchtigen
7. Begrenzt reversible Behinderungen, Modifikation des Behandlungsziel auf Erhalt oder Verbessern der funktionellen Kapazität, nicht jedoch auf Restitutio ad integrum

* Die SFGG definiert geriatrische Patienten nicht über das kalendarrische Alter.

Schweiz. Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG 1999.

Geriatrischen Institutionen

Zur Krankenpflege und Betreuung von *geriatrischen Patienten** dienende stationäre und halbstationäre Einrichtungen (Geriatriskliniken und –abteilungen in Spitälern, Krankenheimen, Altersheimen).

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990 (*Änderung Gr: im Original: „Alterspatienten“)

Geriatrika

n·pl: (engl.) geriatric agents; Arzneimittel, denen eine substituierende, roborierende u. stimulierende Wirkung zur Steigerung der körperl. u. geistigen Leistungsfähigkeit im Alter zugeschrieben wird.

Psyhyrembel, klin. Wörterbuch; 257. Auflage, Walter de Gruyter-Verlag

Solche Arzneimittel haben in der geriatrischen Medizin eine sehr untergeordnete Bedeutung; deren Wirksamkeit ist im Einzelnen zu verifizieren.

(Gr)

Geriatrische Langzeitpflege

Spezialisierte langdauernde geriatrische Pflege und Betreuung für Geriatriepatienten in dafür bezeichneten Institutionen (Pflegeheime).

(Gr)

Geriatrische Rehabilitation

Spezialisierte geriatrische Methode zur Wiederherstellung von Selbständigkeit und Funktionstüchtigkeit von Geriatriepatienten (koordinierter Einsatz multidisziplinärer Geriatrieteams, medizinisch-therapeutischer Dienste und reaktivierend-therapeutischer Pflege).

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

Rehabilitation des geriatrischen Patienten; i.e.S. Aktivitäts- und Partizipationszentrierte Rehabilitation der grossen geriatrischen Syndrome (siehe dort) Gr

Geriatrische Syndrome

Die von Isaacs definierten, in der Geriatrie besonders prävalenten medizinischen Syndrome („geriatric giants“), die einerseits in der ICDH-Terminologie „disabilities“, d.h. Aktivitätsdefizite darstellen und welche die Endstrecke chronischer Erkrankungen bedeuten („the common final pathways of the clusters of chronic diseases“). Andererseits stellen sie Marker von Polymorbidität dar.

Es sind dies die Demenz, die Inkontinenz, die Immobilität und die Instabilität (Sturz).

In den letzten Jahren dazugekommen sind die Malnutrition und die Depression.

Isaacs B. The Challenge of geriatric Medicine. Oxford University Press 1992

Gerontologie

Lehre vom Altern und dessen Folgen.

Zusammenfassung aller nichtmedizinischen Sparten der Alterskunde.

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

f: (engl.) gerontology; Alternsforschung; Wissenschaft, die sich mit den somatischen, psychischen u. sozialen Vorgängen des Alterns beschäftigt.

Pschyrembel, klin. Wörterbuch; 257. Auflage, Walter de Gruyter-Verlag.

Gerontopsychiatrie

Zweig der Psychiatrie, der sich mit den psychischen Aspekten des Alterns und den psychiatrischen Erkrankungen im Alter beschäftigt.

Lehre von den psychiatrischen Krankheiten im Alter und deren Folgen.

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

Gesundheit

Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens.

WHO

Gesundheitsdimensionen

Dimensionen der Gesundheit: körperliche, psychische, soziale, funktionelle und ökonomische Gesundheit

WHO

Gesundheitsökonomische Begriffe

- Kosten:

Direkte Gesundheitskosten: Verbrauch resp. Aufwendungen von Gesundheitsgütern und Dienstleistungen.

Indirekte Gesundheitskosten: Umfassen den Ressourcenverlust aufgrund von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod.

Intangible Gesundheitskosten: (auch „psychosoziale Kosten“): beinhalten Kriterien der Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen wie Schmerz, Leid, soziale Isolation, Depression.

Andersen, Henke, Graf v.d. Schulenburg: Basiswissen Gesundheitsökonomie. Edition sigma, Berlin 1992

- Preise: Bezahlung für ein bestimmtes Gut. Man unterscheidet Marktpreise, Verhandlungspreise und administrierte Preise.

- Wirksamkeit = Effektivität: Setzt die Ergebnisse (die Outputs) eines Vorhabens in Beziehung zu den vorab definierten Zielen. „Efficacy“: Wirksamkeit einer Intervention unter idealen experimentellen Bedingungen. „Effectiveness“: Wirkungsbestimmung unter durchschnittlichen Alltagsbedingungen.

- Effizienz: Ist das prominente Werturteil der Ökonomie. Ökonomische Effizienz beruht auf dem Minimumprinzip (der Mensch versucht seine Bedürfnisse mit möglichst geringem Einsatz an Produktionsfaktoren zu befriedigen) und dem Maximumprinzip (mit den gegebenen Mitteln soll eine möglichst hohe Bedürfnisbefriedigung erreicht werden). Effizienz der Produktion ist dann erreicht, wenn von keinem Gut mehr etwas hergestellt werden kann, ohne dass die Produktion wenigstens eines anderen Gutes vermindert werden muss.

(Sommer JH. Methodik der Ökonomie – Vorlesungsskript 1995)

- Kosteneffizienz: Beziehung zwischen Kosten mit Nutzeneffekten. In der ökonomischen Evaluation stehen dazu zur Verfügung: Kosten-Wirkungsanalysen (Kosten werden einem nicht-monetarisierten Wirkungseffekt gegenübergestellt), Kosten-Utilitätsanalysen (Kosten werden dem Gewinn an qualitätsgewichteter Lebensjahre gegenübergestellt), Kosten-Nutzen-Analysen (Kosten werden einem monetarisierten Nutzen gegenübergestellt).
- Relevanz: Betrifft die Frage nach dem Bedarf (bzw. der Nachfrage) nach einem gegebenen oder projektierten Verfahren, Programm etc. Bedarf muss von Nachfrage resp. Inanspruchnahme unterschieden werden.

Andersen, Henke, Graf v.d. Schulenburg: Basiswissen Gesundheitsökonomie.

Edition sigma, Berlin 1992.

Halbambulante Geriatrie

Siehe teilstationäre Geriatrie

Hochbetagter

Mensch über 85 Jahren

ICIDH

International Classification of Impairments, Activities and Participation: Rehabilitations-relevante Klassifikation entsprechend der ICD (International Classification of Diseases)

WHO: ICIDH-2; Beta-1-Draft 1997

Impairment (Schädigung)

Siehe Auswirkungen von Krankheiten auf den menschlichen Organismus

Lebensqualität

Beinhaltet eine vielfältige Palette von Funktionsfähigkeiten, die alle das individuelle Wohlbefinden beeinflussen und von der Gesundheitsversorgung abhängen können:

Allgemeines Wohlbefinden / Physische, psychische, kognitive, soziale Funktionsfähigkeit

Arnold M. (Hrsg): Managed Care. Schattauer 1997

Übereinstimmung von subjektiven Ansprüchen resp. Erwartungen zu möglichen Optionen resp. der Realität.

Die Beurteilung der Lebensqualität der einzelnen Person ist stark abhängig z.B. von der Herkunft, dem beruflichen Werdegang, der sozialen Stellung, den finanziellen Möglichkeiten, nicht minder aber auch von ihrer Einstellung gegenüber Abhängigkeiten und ihrem Umgang mit körperlichen und geistigen Defiziten

Interne Definition der Gruppe

Memoryklinik

Institution zur umfassenden interdisziplinären Abklärung und Behandlung von Demenz-Syndromen inkl. Angehörigen-Beratung. Gr

Morbidität, Mortalität und Letalität

- Morbidität: Mass für die Häufigkeit von Krankheit in der Bevölkerung ohne Unterscheidung zwischen Inzidenz (Neuerkrankungsziffer: Zahl neu aufgetretener Fälle in einer definierten Bevölkerung pro Zeiteinheit) und Prävalenz (Bestand an Fällen einer bestimmten Krankheit zu einem best. Zeitpunkt, bezogen auf die Einwohnerzahl).
- Mortalität = Sterblichkeit: In einer Bevölkerung gestorbene Personen, bezogen auf diese Bevölkerung.
- Letalität: Verhältnis der Todesfälle an einer Krankheit zur Zahl der Erkrankungsfälle an derselben Krankheit. Mass für die Gefährlichkeit einer Erkrankung.

Ackermann U. et al. Epidemiologie. Meducation Foundation 1986.

Multidimensionales geriatrisches Assessment

Ist ein diagnostischer Prozess zur systematischen Erfassung der medizinischen, funktionellen und psychosozialen Probleme und Ressourcen bei betagten Patienten, um damit einen umfassenden Plan für die weitere Behandlung und Betreuung aufzustellen.

Stuck AE in: Checkliste Geriatrie, Thieme 1997

Geriatrische Abklärungsmethodik bei multidimensionaler Krankheit. Methodik zur Erfassung der Stärken und Schwächen in den fünf WHO-Dimensionen der Gesundheit mittels vorgegebener Tests und Untersuchungsgänge. Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

Palliative Medizin

Die aktive, umfassende Behandlung von PatientInnen, deren Erkrankung einer heilenden (kurativen) Behandlung nicht zugänglich ist. Kontrolle von Schmerzen oder anderen Symptomen oder psychologischer, sozialer und religiöser Probleme ist zentral. Das Ziel palliativer Medizin („care“) ist die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität für PatientInnen und deren Familien. Viele Aspekte von palliativer Medizin sind bereits früh im Verlaufe einer malignen Erkrankung anwendbar. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva. WHO 1990 (Übersetzung: Gr)

Palliative Medizin umfasst die Erforschung und das Management von PatientInnen mit aktiver, progressiver, fortgeschrittener Erkrankung, mit limitierter Prognose; im Zentrum der Behandlung („care“) steht die Lebensqualität.

Oxford Textbook of Palliative Medicine, Oxford Med Publications 1993 (Übersetzung: Gr)

Participation (früher: Handicap)

Siehe Auswirkungen von Krankheiten auf den menschlichen Organismus.

Prävention

Verhütung von Krankheit, häufig gleichbedeutend mit „primärer Prävention“. Allgemein ist aber folgende Unterteilung gebräuchlich:

- Primäre Prävention: Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheit durch Beseitigung einer oder mehrerer ursächlicher Faktoren, Erhöhung der Resistenz von Individuen und Veränderung

von Umweltfaktoren, die ursächlich oder als Überträger an der Krankheitsentstehung beteiligt sind.

- Sekundäre Prävention: Krankheitsfrüherkennung, zu einem Zeitpunkt, da die Betroffenen noch keine Symptome wahrnehmen mittels Filter-Untersuchungen von bestimmten Zielgruppen.
- Tertiäre Prävention hat die Aufgabe, bei eingetretener Krankheit ein Fortschreiten bzw. eine Rezidivbildung zu verhüten. Tertiäre Prävention fällt in den Bereich der kurativen Medizin und der Rehabilitation.

Ackermann U. et al. Epidemiologie. Meducation Foundation 1986

Psychogeriatric

Befasst sich mit den psychischen Dimensionen der Geriatrie.

Reaktivierend-therapeutische Pflege

Spezielle geriatrische Pflegemethode, bei welcher die Reaktivierung noch vorhandener Stärken mindestens gleichwertig zur Behandlung von Defiziten steht.

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990.

Rehabilitation

(Re-*; lat. habilis passend, tauglich) f:

1. (allg.) Wiederherstellung, Eingliederung;
2. Massnahmen zur Vorbeugung bei bzw. zur Linderung oder Beseitigung von schweren gesundheitlichen (seltener auch bei sozial sehr erhebl.) Störungen; i.e.S. die med., berufl. u. soziale Integration Behinderter od. von Behinderung bedrohter Personen gemäß einem med.-sozialen Tatbestand u. bes., meist spez. rehabilitationsrechtl. typisierter Anspruchsgrundlagen.

Pschyrembel, klin. Wörterbuch; 257. Auflage, Walter de Gruyter-Verlag

Senior

Alltagsbegriff – Mensch über 65 Jahren

Spitex

Pflege, Behandlung, Beratung und Betreuung von Klientinnen und Klienten zu Hause. Enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und Nachbarn (informelles Netz) und mit Ärztinnen, Ärzten, Spitälern, Heimen, Sozialdiensten und anderen Organisationen (formelles Netz).

JG

Teilstationäre resp. Halbambulante Geriatrieeinrichtungen

Zur halbambulanten, *d.h. tageszeitlich begrenzten* Betreuung/Pflege dienende Geriatrieeinrichtung; im engeren Sinne Tagesheime resp. Tagesstätten als soziale, Tagesklinik resp. Tagesspital *oder Nachtklinik* als medizinische Institution.

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990 (kursive Einschübe von Gr)

Überbrückungspflege x

Geriatrische Dienstleistung von Langzeit-Einrichtungen:

Spezielle geriatrische Pflegemethode, bei welcher der Pflegedienst der Langzeit-Institution die Entlassung bis nach Hause vorbereitet, durchführt und dort festigt. Nach der Methodik von E. Böhm, Wien.

Überbrückungspflege-Patienten haben diagnostisch/therapeutische Bedarfe wie ambulante Patienten resp. Pflegeheimpatienten.

Carigiet / Gr.

Übergangspflege x

Geriatrische Dienstleistung von Akutspitalern; spez. Pflegemethode im Akutspital-Setting.

Spezielle geriatrische Pflegemethode, bei welcher der Pflegedienst der Institutionen im Kontext eines interdisziplinären Teams die Entlassung bis nach Hause vorbereitet, durchführt und dort festigt. Nach der Methodik von E. Böhm, Wien.

Übergangspflege-Patienten haben diagnostisch/therapeutische Bedarfe wie stationäre Patienten im Akutspital.

Carigiet / Gr

x Die Anwendung einer speziellen Pflegemethodik (hier reaktivierend-therapeutische Pflege) ist nicht als Kriterium zur tarifarischen Kategorisierung von Institutionen geeignet. Akutspitalbedürftigkeit von PatientInnen richtet sich nach dessen Bedarf an diagnostischen und therapeutischen Interventionen, der nur im Akutspital gedeckt werden kann – und nicht nach der angewandten Pflegemethodik (siehe auch Eugster G. Behandlung und Aufenthalt im Spital. In: Koller, Müller, Rhinow et al. Schweiz. Bundesverwaltungsrecht 1998 resp. die Anmerkung unter dem Stichwort „Geriatric“) (Gr)

WHO-Dimensionen der Gesundheit

Körperliche, psychische, soziale, ökonomische und funktionelle Gesundheit.

Die Betreuung von Alterspatienten; Bericht der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 1990

Zur Autorin

Jasmin Blanc Bärtsch ist 1956 in Hamburg geboren und in Teheran/Iran aufgewachsen. Als Inhaberin und Geschäftsleiterin der PI-Systems AG, Care-Systems bietet sie seit 2003 Dienstleistungen und Beratungen im Gesundheitswesen an.

AUS- UND WEITERBILDUNGEN (AUSWAHL)

- 2007-2008 Neue Konzepte des VR-Managements, Institut für Führung und Personalmanagement, Universität St. Gallen
- 1999-2001 Nachdiplomstudium Management im Gesundheitswesen an der Universität Bern mit dem Abschluss Master of Health Administration, MHA, Masterarbeit: "Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege"
- 1995-1996 Managementausbildung am Vorgesetztenseminar, Institut für angewandte Psychologie, Zürich
- 1975-1978 Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau HF mit Schwerpunkt Psychiatrie, Bündner Schule für psychiatrische Krankenpflege, während der Ausbildung zwei Jahre Praktikum in der Gerontopsychiatrie

STRATEGISCHE PROJEKTE (AUSWAHL)

- Seit 2009 Mitglied der Expertenkommission Weiterbildung Sucht des Bundesamtes für Gesundheit
- Seit 2005 Verwaltungsrätin der Privatklinik Hohenegg
- Seit 2003 Verwaltungsrätin der PI-Systems AG
- Seit 2000 Präsidentin der Arbeitsgruppe Alter der SP Schweiz
- Seit 1998 Mitglied der Sozialpolitischen Kommission der SP Schweiz
- 2003-2005 Stiftungsrätin der Hohenegg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 1992-1994 Gemeinderätin der Stadt Zürich

WEITERE REFERENZPROJEKTE (AUSWAHL)

Fachberaterin und Dozentin für Gerontologische Pflege HöFa I am SBK Bildungszentrum, Zürich

Projektbegleitung des Projekts "ABC Pflegeorganisationsmodell" der Pflegezentren Zürich zum optimalen Einsatz des Pflegepersonals im Zusammenhang mit der neuen Bildungssystematik

Mandat Drehscheibe Pflege, Entwicklung eines Umsetzungskonzepts für ein Vernetzungs- und Case Managementprojekt der Region Höfe, Kanton Schwyz

Entwicklung einer Strategie für eine Pflegeheimgruppe und eines Umsetzungskonzepts für eine Altersinstitution

Geschäftsleitung ad interim zur Zeit des Mutterschaftsurlaubs der Stelleninhaberin, Spitex Zürich Mitte/West

Absprachen und Verhandlungen mit kantonaler Bildungsdirektion zur Überführung der Ausbildung für Betagtenbetreuung sowie Schulleitung und Dozentin der Schule für Betagtenbetreuung

Zürich bis zur Überführung

Direktorin ad interim im Bezirksspital Brugg, Neuorganisation des bestehenden Angebots im Pflegeheim am Süssbach unter Einbezug der Übergangspflege sowie Koordination mit neuen Partnern

Projektleitung des Projekts "Fusion der 3 Kerndienste der Spitex Dübendorf und Integration ins Alterszentrum Dübendorf"

Definitionen zur Pflegefinanzierung für den SBK, Spitex Verband Schweiz, CURAVIVA und H+

Projektleitung und Expertin des Projekts "Im Alter in Obwalden leben", ein Projekt des Kantons und der Gemeinden Obwalden in Zusammenarbeit mit allen Leistungserbringern der Altersversorgung

Führung des Pflegedienstes mit 160 Mitarbeitenden zur Sicherstellung einer optimalen Pflege für 200 Bewohnerinnen und Bewohner, Pflegezentrum Käferberg, Projektleitung "Personalumfrage zur Zufriedenheit und Arbeitssituation" der 3000 Mitarbeitenden der Altersheime und Pflegezentren Zürich, Projektleitung "Personalressourcen in der Alterspflege und -betreuung" unter Berücksichtigung der Bildungsreform

Projektleitung "Strategische Neuausrichtung Spital Bauma" und Geschäftsleitung. Fließende Neuorganisation des Spitals in ein rehabilitatives Pflegezentrum

Mitentwicklung und Umsetzung der Überbrückungspflege Helsana

Aufbau und Führung des Spitexzentrums Wipkingen, Mitwirkung im Projekt "Neuorganisation und Entwicklung eines neuen Spitex Leitbildes und Spitex Leistungsrahmens der Stadt Zürich"

Mitarbeit bei den konzeptionellen Rahmenbedingungen und des Behandlungskonzepts für die Drogenstation Frankental und Mitgestaltung beim Aufbau und der Weiterentwicklung der Drogenstation

Kontakt

PI-Systems AG
Care-Systems
Jasmin Blanc Bärtsch
Münchsteig 10
CH - 8008 Zürich

Telefon +41 44 391 60 15
Fax +41 44 391 60 32
Mobil +41 79 365 05 29
E-Mail blanc@care-systems.ch