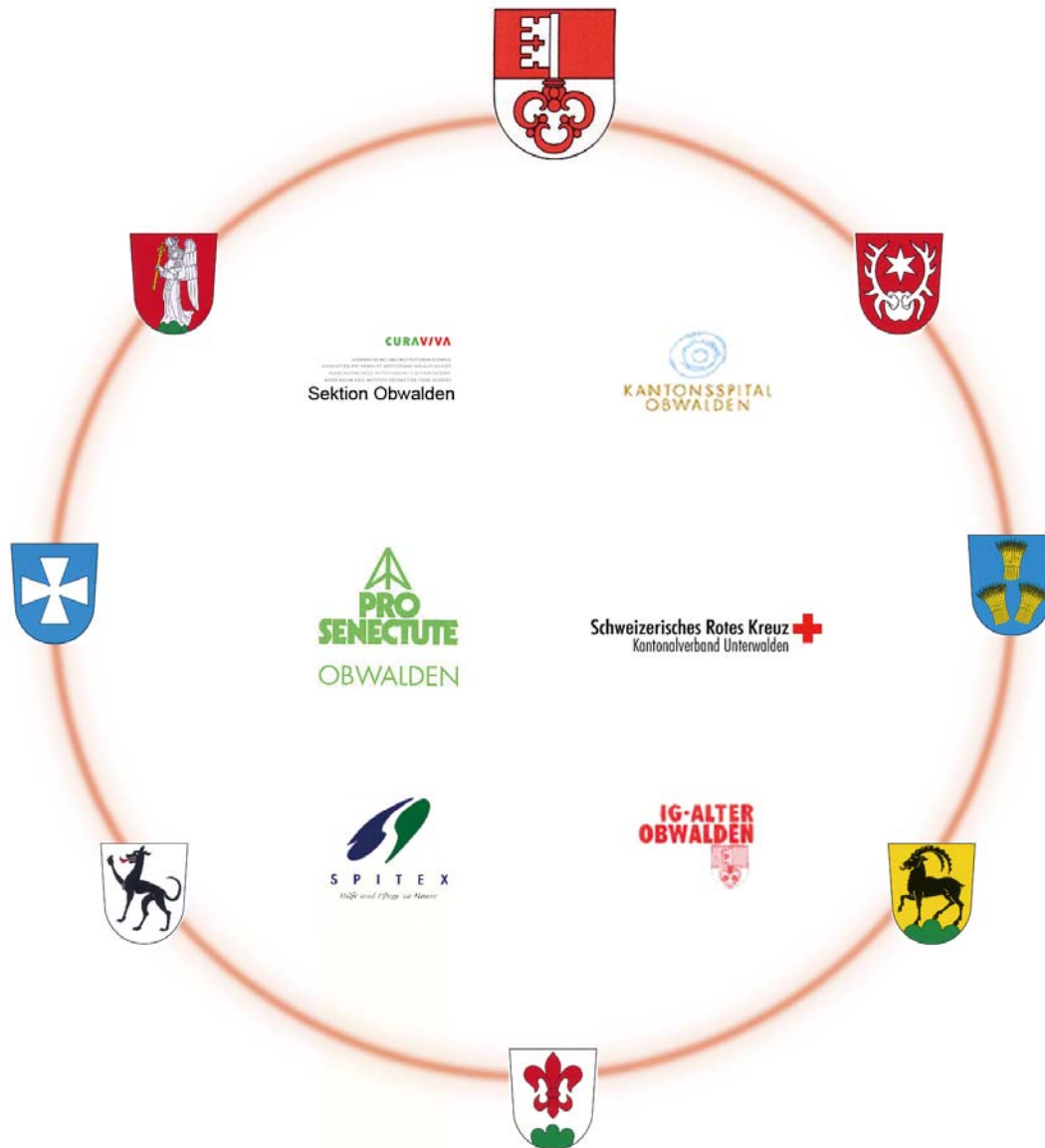


# Projektbericht

## Im Alter in Obwalden leben



Projektleitung

 PI - SYSTEMS AG  
CARE - SYSTEMS

August 2004

### **Ergänzung zum Projektbericht „Im Alter in Obwalden leben“ vom August 2004**

Anlässlich des Plenums vom 27. August 2004 wurde der Projektbericht „Im Alter in Obwalden leben“ präsentiert und insbesondere die Anträge und das weitere Vorgehen eingehend diskutiert. Der Projektbericht wurde vom Plenum in positivem Sinne zur Kenntnis genommen und den Projektteammitgliedern verdankt. Das Plenum kommt zum Schluss, dass der Projektbericht umfassend, sehr verständlich und gut lesbar ist. Der Projektbericht bildet eine gute Grundlage für die Weiterarbeit.

In Abweichung zu Ziffer 4.2 des Projektberichtes hat das Plenum folgendes weitere Vorgehen beschlossen:

#### **4.2 Weiteres Vorgehen**

<b>Aufgabe</b>	<b>Zuständig</b>	<b>Erledigt am</b>
<b>Beschlussfassung</b> Der Projektbericht wird genehmigt. Grundsätzliche Stellungnahme zu den Anträgen im Sinne einer ersten Tendenz und insbesondere Stellungnahme zu Antrag 7 (Projektfortführung; Bereitstellung der personellen und finanziellen Ressourcen). Zustellung der Beschlüsse an das Gesundheitsamt, D. Bucher.	Alle Projektinstanzen	<b>15. Dez. 2004</b>
<b>Zusammenstellung der Beschlüsse</b> Die Beschlüsse werden gesammelt und in einer Übersicht zusammengestellt.	Gesundheitsamt, D. Bucher	<b>15. Jan. 2005</b>
<b>Einladung für Plenum mit Zusammenstellung der Beschlüsse</b>	Projektteam	<b>Ende Jan. 2005</b>
<b>Plenum</b> Kenntnisnahme der Beschlüsse und Entscheid zum weiteren Vorgehen.	Plenum	<b>16. Feb. 2005, 13.30 Uhr</b>
<b>Neuer Projektauftrag</b> Ausarbeitung eines neuen Projektauftrages mit Zeitplanung usw., Einladung des Plenums	Projektteam	<b>Anfangs April 2005</b>
<b>Plenum</b> Diskussion und Verabschiedung des neuen Projektauftrages	Plenum	<b>Mitte April 2005</b>
<b>Start der Umsetzungsphase</b>	Projektteam	<b>Ab Mai 2005</b>

## **Projektverantwortliche Gemeinden Obwalden**

### **Steuerungsausschuss (Plenum)**

#### **Gemeinden**

Ludwig Kruppenacher, Gemeindepräsident EG Sarnen (bis Dezember 2003)  
Helene Schnider, Sozialvorsteherin EG Sarnen (bis Dezember 2003)  
Paul Federer, Sozialvorsteher EG Sarnen (ab Januar 2004)  
Niklaus von Rotz, Sozialvorsteher EG Kerns (bis Juni 2004)  
Daniel Blättler, Sozialvorsteher EG Kerns (ab Juli 2004)  
Margrit Freivogel, Gemeindepräsident EG Sachseln (ab Januar 2004)  
Anita Reinhard, Sozialvorsteherin EG Sachseln (bis Juni 2004)  
Hedy Siegrist, Gemeindepräsidentin und Sozialvorsteherin EG Alpnach (bis Juni 2004)  
Michael Siegrist, Sozialvorsteher EG Alpnach (ab Juli 2004)  
Ruth Tröndle, Sozialvorsteherin EG Giswil  
Beat Schallberger, Sozialvorsteher EG Lungern  
Brigitta Naef, Gemeinderätin EG Engelberg  
Brigitte Hess, Sozialvorsteherin EG Engelberg (ab Juli 2004)

#### **Kanton**

RR Elisabeth Gander, Vorsteherin des Sicherheits- und Gesundheitsdepartements  
Deborah Bucher, Leiterin des Gesundheitsamtes

#### **CURAVIVA OW**

Theddy Frener, Präsident CURAVIVA Sektion OW  
Werner Amport, Vorstandsmitglied und Sekretär CURAVIVA Sektion OW

#### **Pro Senectute**

Vreni Zutter, Präsidentin Stiftungsrat Pro Senectute OW  
Heidi Eigensatz, Geschäftsleiterin Pro Senectute OW

#### **Spitexverband**

Hans Peter Wechsler, Präsident Obwaldner Verband der Spitexorganisationen  
Trudy Jakober, Vizepräsidentin Obwaldner Verband der Spitexorganisationen

#### **IG Alter**

Cecil Roos-Nünlist, Präsidentin IG Alter Obwalden

#### **Kantonsspital**

Dr. Franz Britschgi

#### **SRK Unterwalden**

Dr. Hansjörg Studler, Präsident SRK Sektion Unterwalden

### **Projektteam**

#### **Gemeinden (2 Vertreterinnen)**

René Geisser, Gemeinderat EG Engelberg (Vorprojekt)  
Brigitta Naef, Gemeinderätin EG Engelberg  
Anita Reinhard, Sozialvorsteherin EG Sachseln

#### **Kanton**

Deborah Bucher, Leiterin des Gesundheitsamtes

#### **CURAVIVA OW**

Werner Amport, Vorstandsmitglied und Sekretär CURAVIVA Sektion OW

#### **Pro Senectute**

Heidi Eigensatz, Geschäftsleiterin Pro Senectute OW

#### **Spitex**

Trudy Jakober, Vizepräsidentin Obwaldner Verband der Spitexorganisationen

### **Projektdurchführung / Externe Beratung**

Jasmin Blanc, Dienstleistungen im Gesundheitswesen, PI-Systems AG, Care-Systems

## Inhalt

Vorwort.....	5
Zusammenfassung.....	6
1 Ausgangslage .....	12
1.1 Stellung des älteren Menschen in der Gesellschaft.....	12
1.2 Wohnbevölkerung .....	13
1.3 Pflegebedürftigkeit .....	15
1.4 Finanzierung im Altersbereich .....	16
1.4.1 Krankenversicherer.....	17
1.4.2 Hilflosenentschädigung der AHV/IV.....	17
1.4.3 Finanzströme .....	19
1.4.4 Ergänzungsleistungen der AHV/IV .....	20
1.4.5 Sozialhilfeleistungen der Gemeinden .....	22
1.4.6 Gemeinden, Kanton, Bund und Spenden .....	22
1.4.7 Angehörigenarbeit .....	26
1.5 Das aktuelle Angebot.....	28
1.5.1 Aktuelle Angebote und Projekte für die Generation im AHV Alter .....	28
1.5.2 Schliessung Geriatrie Sarnen .....	28
1.5.3 Zusammenführung der Kantonsspitäler Obwalden und Nidwalden.....	29
2 Einflussgrössen.....	31
2.1 Demographische Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit .....	31
2.1.1 Demographische Szenarien in der Schweiz .....	31
2.1.2 Demografische Szenarien in Obwalden .....	32
2.2 Prognose der Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden .....	34
2.2.1 Szenarien zur Entwicklung pflegebedürftiger Menschen in den Gemeinden ...	37
2.2.2 Szenarien zur Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen.....	37
2.2.3 Zusammenfassende Darstellung zentraler Ergebnisse .....	39
2.3 Der Einfluss des Angebotes auf den Pflegebedarf .....	39
3 Zukünftiges Angebot .....	43
3.1 Handlungsfeld Altersprävention .....	44
3.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention .....	44
3.1.2 Koordinationsstelle und Kompetenzzentrum für Altersfragen.....	44
3.1.3 Körpertraining als Prävention .....	45
3.1.4 Sturzprophylaxe.....	46
3.1.5 Gedächtnistraining.....	46
3.2 Handlungsfeld Selbstversorgung .....	47
3.2.1 Freiwilligenhilfe (Senioren für Senioren).....	47
3.2.2 Spitex.....	48
3.2.3 Präventives Assessment zur Stabilisierung des sozialen Systems .....	48
3.2.4 Entlastungsdienst des SRK .....	49
3.2.5 Selbstbefähigung (Empowerment) der Betagten.....	49
3.2.6 Die Übergangspflege .....	50
3.3 Handlungsfeld alternative Wohnformen.....	51
3.3.1 Alterswohnungen und Wohnsiedlungen mit Dienstleistungsangeboten .....	52
3.3.2 Wohngemeinschaften .....	53
3.3.3 Betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft .....	53
3.3.4 Dezentrale Pflegewohngruppen .....	53
3.3.5 Familienplatzierung.....	54
3.3.6 Hausgemeinschaften .....	54
3.4 Handlungsfeld stationäre Wohnformen.....	57
3.4.1 Planung der Anzahl Plätze im stationären Angebot .....	57
3.4.2 Seniorenresidenzen.....	62
3.4.3 Tag- oder Nachtaufenthalte zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.....	63

3.4.4	Ferienbetten.....	63
3.4.5	Ferienbetten von Heim zu Heim .....	64
3.4.6	Betreuung dementer Menschen .....	64
3.4.7	Betreuung Schwerpflegebedürftiger .....	65
3.5	Handlungsfeld andere pflege- und betreuungsbedürftige Menschen .....	66
3.5.1	Wohnform für geistig und mehrfach behinderte Menschen im AHV Alter.....	66
3.5.2	Betreutes Wohnen für Psychischkranke im AHV Alter .....	66
3.5.3	Wohnformen für körperbehinderte und pflegebedürftige Menschen .....	66
3.6	Handlungsfeld Qualitätssicherung .....	67
3.7	Handlungsfeld Finanzierung .....	69
3.7.1	Die finanzielle Situation der heutigen und zukünftigen alten Menschen.....	69
3.7.2	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA).....	70
3.7.3	Finanzierung der Pflege.....	71
3.7.4	Rahmenbedingungen der Finanzierung .....	72
4	Ausblick und Antrag .....	73
4.1	Antrag und Beschlussfassung .....	73
4.2	Weiteres Vorgehen .....	75
	Literaturverzeichnis .....	76
	Abkürzungsverzeichnis .....	79
	Grafikverzeichnis.....	79
	Tabellenverzeichnis.....	80
	Anhangverzeichnis .....	80
	Verzeichnis der Bedürfnisumfragen .....	80

## Vorwort

Auf Initiative des Heimverbands (heute CURAVIVA) Obwalden haben sich am 17. Oktober 2002 verschiedene, an der Altersarbeit beteiligte Institutionen und Gremien (Spitex, Gemeinden, Kanton, IG-Alter, Pro Senectute, CURAVIVA), zu einem Workshop getroffen. Die diskutierten Themen haben gezeigt, dass ein gemeinsames Vorgehen bei der Lösungssuche sinnvoll ist und mit interkommunalen Regelungen und Vorgehen Synergien genutzt und mit grösster Wahrscheinlichkeit Kosten gespart werden können.

So konnte als Ergebnis des Workshops folgendes Ziel formuliert werden: Alle beteiligten Organisationen, Institutionen und Gremien beabsichtigen ein gemeinsames Alterskonzept zu erarbeiten oder Fragen der künftigen Alterplanung gemeinsam zu lösen. Aus dem am 17. Oktober 2002 versammelten Plenum wurde einer Vorprojektgruppe der Auftrag erteilt Projektziel, Projektinhalt, Projektorganisation und den dazu benötigten Finanzbedarf aufzuzeigen.

Die Vorprojektgruppe hat daraufhin eine Beschreibung des Projekts ausgearbeitet, die von allen Projektinstanzen genehmigt wurde. Das Ziel des Projekts „Im Alter in Obwalden leben“ ist es, eine gemeinsame Strategie des Kantons Obwalden für ein attraktives Leben im Alter, mit einem über alle Gemeinden koordinierten Altersangebot, bis ins Jahr 2020 aufzuzeigen. Es sind Datengrundlagen bis ins Jahr 2015 zur Verfügung gestanden.

Mit viel Engagement und im konstruktiven Austausch hat das Projektteam an dieser Vorgabe gearbeitet. Mit den Umfragen ist die Projektgruppe an die Grenzen ihrer finanziellen und zeitlichen Ressourcen gegangen. Das Projektteam bittet deshalb um Verständnis, wenn nicht alle Antworten der Umfragen hier berücksichtigt werden konnten, sie stehen aber zur weiteren Bearbeitung Interessierten zur Verfügung. Es ist dem Projektteam gemäss dem Auftrag ein Anliegen gewesen, speziell die Eigenheiten in Obwalden zu beachten und sehr konkret zu werden. Die Empfehlungen sind in Absprache mit den verschiedenen Akteuren entstanden.

Das Projektteam dankt allen Gemeinderätinnen und Gemeinderäten in Obwalden, der Vorsteherin des Sicherheits- und Gesundheitsdepartements und allen Verantwortlichen der Institutionen und Organisationen herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen. Die grosse Unterstützung hat die Bedürfnisumfragen und diese Arbeit erst möglich gemacht. Einen speziellen Dank der IG Alter und ihren Mitgliedern für die zahlreich ausgefüllten Fragebogen mit den differenzierten Antworten.

Dieser Bericht soll einen Grundstein für das zukünftige über den ganzen Kanton koordinierte Altersangebot legen. Das Projektteam freut sich, wenn die Empfehlungen in nächster Zeit umgesetzt werden können.

Das Projektteam

Brigitta Naef, Gemeinderätin EG Engelberg  
Anita Reinhard, Sozialvorsteherin EG Sachseln  
Trudy Jakober, Vizepräsidentin Obwaldner Verband der Spitexorganisationen  
Werner Amport, Vorstandsmitglied und Sekretär CURAVIVA Sektion OW  
Deborah Bucher, Leiterin des Gesundheitsamtes  
Heidi Eigensatz, Geschäftsleiterin Pro Senectute OW  
Jasmin Blanc, Projektdurchführung / Externe Beratung, PI-Systems AG, Care-Systems

Sarnen, im August 2004

## Zusammenfassung

### Ausgangslage

„Die Menschheit steht vor einer in ihrer langen Geschichte noch nie da gewesenen Situation: Immer mehr Menschen –insbesondere jene, die in den Industrienationen wohnen – erreichen ein hohes Alter in zumeist guter Gesundheit. Der Menschentraum vom langen Leben in würdigen Verhältnissen wird immer mehr Wirklichkeit. Hat die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in der Schweiz Ende des 19. Jahrhunderts lediglich 48,5 Jahre betragen, so ist sie in der Zeit des Zweiten Weltkriegs bereits auf 67 Jahre gestiegen. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts ist sie bei 81,9 Jahren gelegen. Wie sieht es bei den Männern aus? Ende des 19. Jahrhunderts ist ihre mittlere Lebenserwartung bei 47,5 Jahren gelegen. Bis zur Zeit des Zweiten Weltkriegs hat die mittlere Lebenserwartung um genau 17 Jahre zugenommen. Ende des 20. Jahrhunderts hat sie 75,7 Jahre betragen. Mit anderen Worten: Die Lebensphase nach Beruf und Erziehungsarbeit wird immer länger. Nicht nur die Quantität der Jahre, sondern auch die Qualität des Lebens nimmt zu: 65-jährige Frauen und Männer können in der Schweiz heute im Durchschnitt damit rechnen, mehr als drei Viertel ihrer verbleibenden Lebenszeit ohne massive Behinderungen zu verbringen.“<sup>1 2</sup>

In Zukunft wird es notwendig sein, dass sich der alte Mensch nicht nur im Freizeit- und Privatbereich voll entwickeln kann. Alle anderen Lebensbereiche und vieles, was ihm vorher im Leben Sinn und Freude vermittelt hat, soll ihm weiterhin erschlossen bleiben. Ausserdem müssen die für ihn vorgesehenen Rollen so ausgedehnt werden, dass er weiterhin die gewohnte Anerkennung geniessen kann. Die Pensionierung darf nicht mit Stigmatisierung einhergehen. Auch im Alter müssen wesentliche Handlungsräume wie Politik, Arbeit und Soziales weitgehend zugänglich bleiben. Der alte Mensch darf nicht nur als Konsument und Mitläufer gern gesehen sein, sondern auch in der Rolle des Entscheidungsträgers.

### Prognose der Pflegebedürftigkeit in Obwalden

Pflegebedürftig sind gemäss epidemiologischen Konzepten jene älteren Menschen, die aufgrund körperlicher, sensorischer und/oder kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den normalen Alltag selbstständig zu bewältigen. Zentral ist die Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit den Endpunkt eines komplexen Prozesses darstellt, da spezifische funktionale Einschränkungen (Gehschwierigkeiten, Seh- oder Höreinschränkungen) nur unter besonderen Umständen ein selbstständiges Alltagsleben verunmöglichen. Als Ursache von Pflegebedürftigkeit kommen in Betracht: Angeborene Behinderungen, Akuterkrankungen mit bleibenden Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Schlaganfall, Sturzunfall mit Fraktur), Kumulation von Erkrankungen im Lebensverlauf (chronisch-degenerative Erkrankungen sowie altersassoziierte physische Funktionseinschränkungen und psychische oder demenzielle Einschränkungen).<sup>3</sup> Das Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege hängt nicht allein vom gesundheitlichen Zustand bzw. der Pflegebedürftigkeit ab, sondern sie wird von einer Reihe anderer Faktoren bestimmt. Diverse soziale Gründe können dazu führen, dass auch momentan noch selbstständige oder funktional nur leicht eingeschränkte ältere Menschen in eine Alterseinrichtung wechseln.

---

<sup>1</sup> Seifert Kurt, (Text: Kapitel 1-6). In: Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns, BSV, Madrid, 2002

<sup>2</sup> Höpflinger François, Stuckelberger Astrid, Demografische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter, Seismo Verlag, Zürich, 1999

<sup>3</sup> Mager, H.-C, Pflegebedürftigkeit im Alter, Dimensionen und Determinanten, in: R. Eisen, H.-C Mager (Hrsg.) Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern, Opladen, 1999, S.30 – 77

Für das Jahr 2000 lässt sich die Zahl älterer pflegebedürftiger Personen in Obwalden auf gut 540 Personen schätzen. Davon waren gut 65% 80 Jahre und älter. Bis 2005 ist kantonsweit mit einer Zunahme von gut 37 zusätzlichen Pflegebedürftigen zu rechnen. Bei gleich bleibenden Quoten von Pflegebedürftigen würde ihre Zahl bis 2015 auf gut 670 Personen ansteigen. Soziale und medizinische Fortschritte dürften zukünftig jedoch zu geringeren Quoten führen, und deshalb ist bis 2015 eher mit einer Zahl von 620-630 pflegebedürftigen älteren Menschen zu rechnen.

Die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen steigt in den einzelnen Gemeinden je nach ihrer demographischen Entwicklung unterschiedlich stark an. Einige Gemeinden (Kerns, Lungern) können unter günstigen gesundheitlichen Entwicklungen sogar gleich bleibende Zahlen erwarten, wogegen die Mehrheit der Obwaldner Gemeinden auch unter verbesserten gesundheitlichen Bedingungen mit einer Zunahme der Zahl älterer und hoch betagter<sup>4</sup> Pflegebedürftigen zu rechnen hat. Dies sagt noch nichts darüber aus, ob die älteren Menschen stationär oder ambulant betreut werden.

Eines der zentralen Risiken hohen Alters sind hirnganische Störungen in ihren verschiedenen Formen und die Häufigkeit demenzieller Störungen steigt klar mit dem Lebensalter an. Für das Jahr 2000 lässt sich die Zahl älterer demenzkranker Menschen für den gesamten Kanton auf gut 360 Menschen schätzen. Bis 2005 dürfte ihre Zahl auf gut 385-390 Personen ansteigen. Sofern es bis dahin zu keinen medizinischen Fortschritten kommt, würde die Zahl demenzkranker älterer Menschen bis 2015 auf gut 450 Personen ansteigen. Dies ist allerdings ein eher unwahrscheinlich pessimistisches Szenarium und angeführte Szenarien, die von einem verzögerten Eintreten demenzieller Erkrankungen ausgehen, führen zu deutlich tieferen Werten (z.B. 400 statt 450 Demenzkranke). Auch kommunal kann die zahlenmässige Zunahme der Zahl demenzkranker älterer Menschen durch medizinische Fortschritte gebremst werden. Aber auch unter günstigen Umständen ist in der Mehrzahl der grösseren Obwaldner Gemeinden mit einer Zunahme der Zahl älterer demenzkranker Frauen und Männer zu rechnen (und Demenzerkrankungen sind besonders pflegeintensiv, auch weil Demenzkranke - beim Fehlen kardio-vaskulärer Krankheiten - eine hohe Restlebenserwartung aufweisen).

### **Das heutige Angebot**

In der Bedürfnisumfrage bei den Mitgliedern der IG Alter und einer jüngeren Vergleichsgruppe sind grossmehrheitlich anerkennende Bemerkungen zum gegenwärtigen Altersangebot gemacht worden. Es kann festgestellt werden, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung bezüglich Dienstleistungen im Altersbereich mit dem heutigen Angebot weitgehend abdeckt sind. Auffallend ist, wie viele ältere Menschen Zuhause, mit der entsprechenden Begleitung des sozialen Umfelds, betreut werden möchten. Hier würde ein Ausbau der finanziellen Ressourcen zur Erweiterung des Angebots einem grossen Bedürfnis entsprechen. Im Bericht von François Höpflinger ist beschrieben, dass im Kanton Obwalden im schweizerischen Vergleich überdurchschnittlich viele Personen im Spitexbereich und in den Alters- und Pflegeheimen betreut werden. Das Projektteam geht davon aus, dass möglicherweise die Alterswohnungen zu den Pflegebetten dazu gezählt worden sind. Tendenziell rechnen die Alters- und Pflegeheime Lungern und Engelberg in Zukunft mit einer Überkapazität. Kerns und Sachseln überlegen sich einen Aus- und Umbau ihrer Alters- und Pflegeheime und in Sarnen ist eine Einrichtung für Demente aus Sarnen geplant.

---

<sup>4</sup> Für die Projektgruppe sind Menschen über 80 Jahre hoch betagt.



## Externe Einflussfaktoren

Der Bundesrat hat am 25. Februar 2004 im Rahmen seiner Reformplanung zur Krankenversicherung entschieden, dem Parlament bis Ende Jahr eine Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vorzulegen. Ziel ist, die Kosten der Krankenversicherung im Pflegebereich zu stabilisieren. Sozialpolitisch gilt es sicherzustellen, dass Pflegebedürftige im Alter nicht zu Armutsfällen werden. Um dieses doppelte finanz- und sozialpolitische Ziel zu erreichen, hat der Bundesrat zwei Finanzierungsmodelle in die Vernehmlassung geschickt.

Beide Modelle stabilisieren die Pflegeleistungen der Krankenversicherung auf dem heutigen Niveau. Die Stabilisierung der Leistungen der Krankenversicherung führt zu einer Mehrbelastung der privaten Haushalte. Deshalb wird als begleitende Massnahme in beiden Modellen vorgeschlagen, den Anspruch auf die Ergänzungsleistungen für Personen im Heim zu erweitern, indem der heute bestehende Plafond für die Ergänzungsleistung für Heimbewohner und -bewohnerinnen (gegenwärtig rund 30'000 Franken/Jahr) aufgehoben werden soll. Bei den Ergänzungsleistungen bringt das gesamtschweizerisch Mehrkosten von 236 Mio. Franken/Jahr mit sich. Beide Finanzierungsmodelle beruhen auf dem Grundsatzentscheid des Bundesrates, den Pflegebereich mit den bestehenden sozialpolitischen Instrumenten zu regeln.<sup>5</sup>

Die Gesetzgebungsarbeiten zur Phase II der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen schreiten planmässig voran. Die vom Politischen Steuerungsorgan (SO) eingesetzten Projektgruppen haben ihre Zwischenberichte vorgelegt. Eine definitive Beurteilung der anvisierten Gesetzesrevisionen wird das SO nach Beratung der Schlussberichte und des Vernehmlassungsentwurfs vornehmen und dem Bundesrat entsprechend Antrag stellen. Das SO hat an seiner Sitzung im September 2003 folgende Weichenstellungen vorgenommen. Bei den Sozialversicherungen bleibt die Existenzsicherung Bundesaufgabe. Die Finanzierung der Heimkosten geht an die Kantone über. Im zu revidierenden Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) sollen dabei Mindestvorgaben des Bundes vorgesehen werden, die von den Kantonen nicht unterschritten werden dürfen. Ein eigentlicher kantonaler Regelungsspielraum besteht nur bei der Festsetzung eines Betrages für persönliche Auslagen, bei der Festlegung der Heimtaxen, sowie bei der Berücksichtigung des Vermögensverzehr bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern. Die Unterstützung der gesamtschweizerischen Tätigkeiten der Alters- und Behindertenhilfe, sowie der Spitexorganisationen, obliegt weiterhin dem Bund. Die Spitex-Basisorganisationen für Hilfe und Pflege zuhause kommen – wie vorgesehen – zu den Kantonen. Gemäss Beschluss des Parlaments sind die Kantone verpflichtet, die bis anhin von der AHV bezahlten Subventionen, bis zum Vorliegen einer kantonalen Regelung, zu übernehmen. Eine entsprechende Verpflichtung der Kantone wird auf Stufe Gesetz präzisiert. Gemäss neuen Erkenntnissen ist mit der Umsetzung des NFA frühestens im Jahr 2007 zu rechnen.<sup>6</sup> Die Verantwortung für die Finanzierung im Altersbereich wird vermehrt kantonalisiert. Es wird dadurch für den Kanton interessanter die Angebote aufeinander abzustimmen und die kostengünstigere Variante zu wählen.

## Empfehlungen zum zukünftigen Angebot

Bei der Planung des zukünftigen Angebots sind wir gemäss den Vorgaben der Gemeinden von einer kostenneutralen Planung ausgegangen. Wir empfehlen, die Finanzierung so zu regeln, dass die Leistungserbringer ihre Dienstleistungen kostendeckend anbieten können. Die Integration der alten Menschen in die Gesellschaft trotz Pflegebedürftigkeit haben wir als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt.

<sup>5</sup> Medienmitteilung des Eidgenössisches Departement des Innern, Bern, 23. Juni 2004

<sup>6</sup> Marc Pfirter, Pro Senectute Schweiz, Schriftliche Mitteilungen, März 2004

So unterschiedlich wie ihre Lebensentwürfe sind auch die Bedürfnisse der Menschen im Alter. Sie können und wollen ihr Leben selbstständig und selbstverantwortlich gestalten. Die Selbstversorgung bietet sich hier an. Einerseits kann die Selbstständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit länger erhalten, andererseits können mit entsprechenden Massnahmen Kosten reduziert werden.

Wir empfehlen auch künftig das dezentrale Altersangebot beizubehalten. Mit dem Case Management<sup>7</sup> kann die Altersbetreuung in einer aufeinander aufbauenden Unterstützungskette organisiert werden. Diese beinhaltet die Beratung zu Hause, das präventive Assessment<sup>8</sup>, die Entlastung und die Krisenintervention. Weitere Bausteine sind die Übergangspflege, die teilstationäre Pflege sowie der Daueraufenthalt in einer Institution. Besonders zu beachten sind hierbei die Schnittstellen. Ziel ist eine koordinierte Organisation der Angebote durch die bestehenden Leistungserbringer.

Wohnung und wohnortnahe Umgebung sind als Lebensräume im höheren Alter wichtiger als in früheren Lebensphasen. Die Möglichkeiten beschränken sich heute nicht mehr auf die Varianten „Daheim oder im Heim“. Nebst den traditionellen Wohnformen kennt man viele neue und innovative Wohnmöglichkeiten in den verschiedenen Lebensphasen im Alter. Am besten bekannt sind die Wohngemeinschaften und die Pflegewohngruppen. Eine weitere Form sind die Hausgemeinschaften über eine oder mehrere Generationen. Auch in Alters- und Pflegeheimen sind heute verschiedene, auf die veränderten Wohnbedürfnisse der heutigen älteren Generation, entsprechende Wohnformen zu finden.

Der grösste Teil der ambulanten Hilfe und Pflege wird heute von Angehörigen und dem weiteren sozialen Umfeld erbracht. 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.<sup>9</sup> Es kommt immer wieder vor, dass Notfalleintritte ins Spital erfolgen, weil der betagte Mensch, die pflegenden Angehörigen und das Umfeld überfordert sind und die Aufgabe nicht mehr bewältigen können. Solche Krisensituationen können durch eine wirksame Entlastung und Unterstützung verhindert werden. Das präventive Assessment dient der Stabilisierung des sozialen Systems und der Pflegebedürftigen selber. Wir empfehlen das präventive Assessment zur Reduktion der Zahl der stationären Pflegebedürftigen, und damit der Pflegekosten, bei den Spitexdiensten zu integrieren.

Viele hoch betagte Menschen sind darauf angewiesen, stationär mit Fachleuten über ihre Wohnsituation, weitere Lebensziele und Möglichkeiten nachzudenken. Die frühzeitige Abklärung der individuellen Situation, durch eine spezifisch ausgebildete Pflegefachperson und Case Managerin, kann eine komplexe Problemsituation verhindern und dementsprechend Kosten einsparen. Für vermeintlich grosse Hindernisse, in die eigene Umgebung zurück zu kehren, können Lösungsvarianten erarbeitet werden. Der alte Mensch und sein soziales Umfeld werden in dem Sinn gecoacht. Es braucht daher ein vorübergehendes, stationäres Angebot in den Alters- und Pflegeheimen, damit es nicht zu unnötigen Spitaleintritten kommt und ältere Menschen nach einem Spitalaufenthalt noch weiter pflegerisch rehabilitiert werden können. Wir empfehlen, zur Reduktion der Zahl der stationären Pflegebedürftigen und damit der Pflegekosten in den Alters- und Pflegeheimen Engelberg, Kerns und Lungern, die Übergangspflege anzubieten.

---

<sup>7</sup> Case Management: Fallbetreuung liegt bei einer Fachperson über die Institutionsgrenzen hinweg

<sup>8</sup> Assessment: Abklärung und Beurteilung

<sup>9</sup> Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf, Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. (Hrsg.) Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1997

Heute fehlt im Kanton Obwalden eine Koordinationsstelle für Altersfragen. Darunter verstehen wir eine Anlaufstation für interessierte Menschen mit Fragen rund um das Alter und den diesbezüglichen Angeboten. Ziel der Koordinationsstelle ist, Fragen, Bedürfnisse und Probleme zentral zu erfassen und dann gezielt an die entsprechenden Institutionen und Organisationen weiter zu geben. Wir empfehlen die Koordinationsstelle mit einer einjährigen Pilotphase bei Pro Senectute einzurichten. Pro Senectute verfügt bereits über das entsprechende Know-how, weist den notwendigen Bekanntheitsgrad auf und ist im ganzen Kanton tätig. Weiter empfehlen wir den Ausbau der Koordinationsstelle zu einem Kompetenzzentrum mit allen interessierten Organisationen.

Die Bettenplanung 1993/94 mit 380 Betten für das Sarneraatal hat nach wie vor Gültigkeit und muss nicht revidiert werden. Die heutige Planung der stationären Plätze berücksichtigt betreuungs- und pflegebedürftige Personen mit BESA-Stufen I-IV. Das präventive Assessment, die Übergangspflege und die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige wie Ferienbetten, Tages- und/oder Nachtpflege werden als notwendige Massnahmen zur Reduktion des Pflegeplatzbedarfs eingeführt.

Artikel 21 des Gesundheitsgesetzes (GDB 810.1) sowie die Verordnung über Baubeiträge an Betagtenheime vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.41) werden revidiert, so dass die entsprechenden Baubeiträge des Kantons nicht nur für stationäre Pflegebetten im engeren Sinne verwendet werden können, sondern auch für Förderung von Pflegewohngruppen und die Einführung der Übergangspflege sowie des präventiven Assessments.

Zur Sicherstellung des Altersangebots und zur Steuerung der Finanzierung empfehlen wir Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern. Der Finanzierung nicht kostendeckender Angebote ist in diesem Rahmen besondere Beachtung zu schenken. Massgebend bei der Finanzierung durch die Gemeinden ist der Wohnort. Bei den Leistungserbringern, bei denen der Kanton zuständig ist, empfehlen wir ebenfalls Leistungsvereinbarungen.

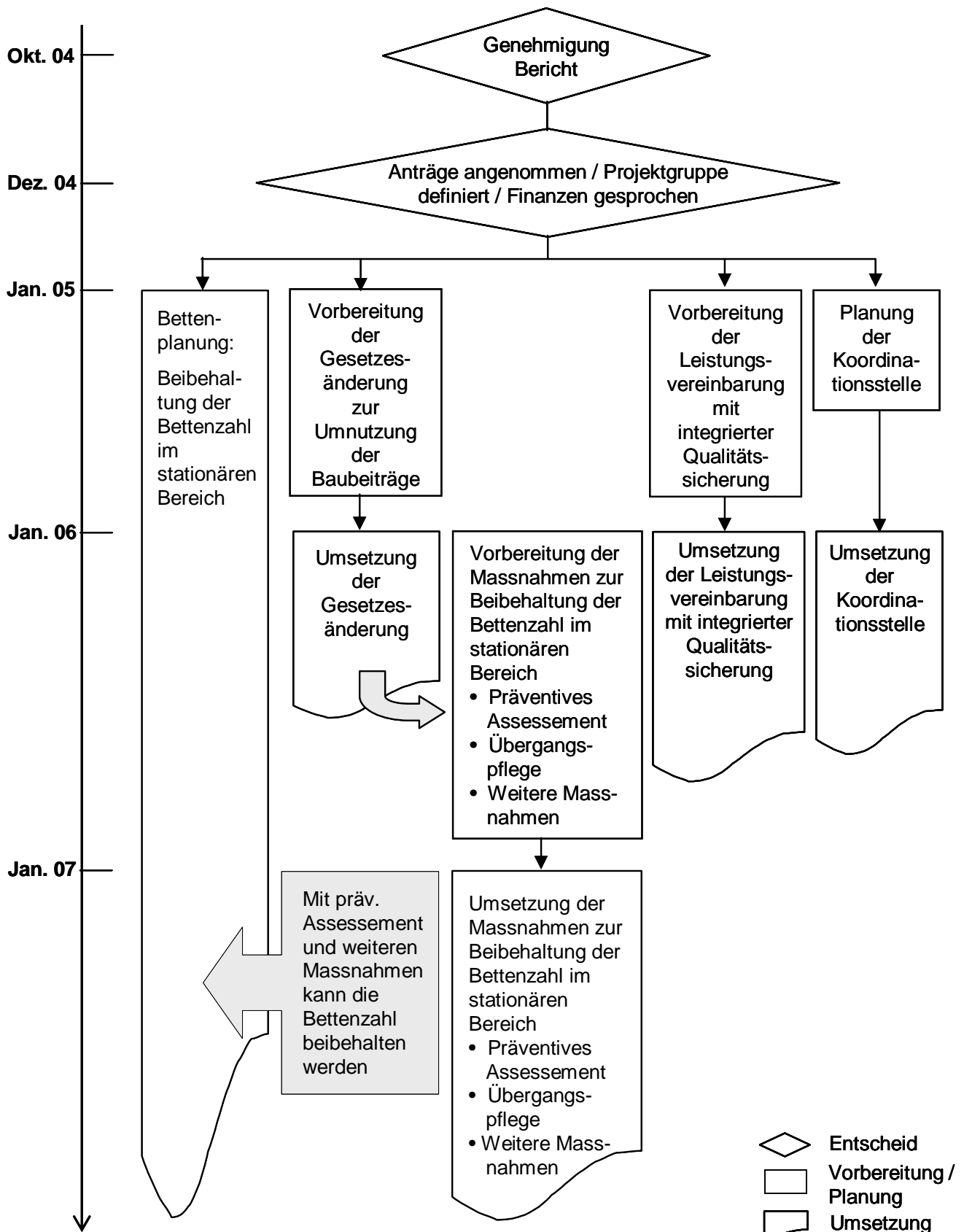
Grundsätzlich soll das Finanzierungssystem so ausgestaltet werden, dass der unternehmerische Handlungsspielraum und die Anreize, die geforderte Qualität zu möglichst günstigen Kosten zu produzieren, erhöht werden. Gleichzeitig soll eine bessere Transparenz der entstehenden Kosten erreicht werden.

Wir empfehlen die Qualitätssicherung in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Trägerschaften der Alters- und Pflegeheimen zu regeln. Es ist zu prüfen, an welche Instanz Leistungsempfänger ihre Beschwerden richten können.

### **Weiteres Vorgehen**

Es ist vorgesehen, dass dieser Bericht am Plenum vom 27. August 2004 abgenommen wird. Anschliessend wird er zur Genehmigung an alle Projektinstanzen verschickt. Es wird dort entsprechend Beschluss gefasst. Die Rückmeldungen werden zusammengefasst und am Plenum im Dezember 2004 bearbeitet. Bei Bedarf werden Anträge, bei denen es einer Übereinstimmung der Gemeinden bedarf, an der Gemeindepräsidentenkonferenz vorbereitet und zur Annahme empfohlen. Es wird angeregt, die Umsetzungsphase ebenfalls als Projekt zu organisieren, und das Projekt „Im Alter in Obwalden leben - Umsetzung“ Anfang 2005 zu starten. Auf der folgenden Seite ist der weitere Projektablauf aufgezeigt.

Weiterer Projektverlauf



## 1 Ausgangslage

„Die Menschheit steht vor einer in ihrer langen Geschichte noch nie da gewesenen Situation: Immer mehr Menschen –insbesondere jene, die in den Industrienationen wohnen – erreichen ein hohes Alter in zumeist guter Gesundheit. Der Menschentraum vom langen Leben in würdigen Verhältnissen wird immer mehr Wirklichkeit. Hat die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in der Schweiz Ende des 19. Jahrhunderts lediglich 48,5 Jahre betragen, so ist sie in der Zeit des Zweiten Weltkriegs bereits auf 67 Jahre gestiegen. Gegen Ende des 20. Jahrhunderts ist sie bei 81,9 Jahren gelegen. Bei den Männern ist die mittlere Lebenserwartung Ende des 19. Jahrhunderts bei 47,5 Jahren gelegen. Bis zur Zeit des Zweiten Weltkriegs hat die mittlere Lebenserwartung um genau 17 Jahre zugenommen. Ende des 20. Jahrhunderts hat sie 75,7 Jahre betragen. Mit anderen Worten: Die Lebensphase nach Beruf und Erziehungsarbeit wird immer länger. Nicht nur die Quantität der Jahre, sondern auch die Qualität des Lebens nimmt zu: 65-jährige Frauen und Männer können in der Schweiz heute im Durchschnitt damit rechnen, mehr als drei Viertel ihrer verbleibenden Lebenszeit ohne massive Behinderungen zu verbringen.“<sup>10 11</sup>

### 1.1 Stellung des älteren Menschen in der Gesellschaft

Die soziale Stellung älterer Menschen in vor- und frühindustrieller Gesellschaft ist einerseits abhängig von der körperlichen Kraft, beziehungsweise der Fähigkeit zur Weiterarbeit im abgestammten Beruf, gewesen. Andererseits ist die soziale Stellung älterer Frauen und Männer durch ihre Position im Familienverband und ihre Besitzverhältnisse bestimmt worden. Die Wahrnehmung des Alterns und die soziale Stellung alter Menschen sind in Europa historisch immer durch eine existentielle Zweideutigkeit geprägt gewesen. Einerseits wurde Altern mit körperlichem und geistigem Zerfall, Gebrechlichkeit und Nähe zum Tod assoziiert, und meist negativ bewertet. Andererseits ist Alter auch mit Erfahrung und geistiger, spiritueller Entwicklung das heisst, Weisheit, in Verbindung gebracht worden. Das Ansehen alter Menschen ist im Verlaufe der Zeit deutlichen Wandlungen unterlegen.

Erst ab den 1970er Jahren hat sich das Bild des Alters allmählich transformiert. Die Defizit-Theorien des Alters sind verstärkt in Frage gestellt und die Chancen des Alterns stärker hervorgehoben worden. Dies auch weil Längsschnittstudien die hohe kognitive Leistungsbereitschaft alter und hoch betagter Menschen aufgezeigt haben. Gleichzeitig hat sich eine verstärkte Verjüngung der älteren Menschen ergeben, indem immer mehr ältere Menschen Tätigkeiten wie Reisen, Sport, Weiterbildung, sich modisch kleiden, übernommen haben, die früher ausschliesslich ein Privileg der Jugend gewesen sind. Der alte Mensch ist auch als neue Zielgruppe für Marketing und Werbung erkannt worden.

„Dennoch wird die für viele Menschen möglich gewordene Verlängerung ihres Lebens heute von der Gesellschaft in erster Linie als Problem wahrgenommen. Eine solche Sicht steht in Widerspruch zum Wunsch der meisten Menschen, ein möglichst langes Leben in guter Verfassung und unter annehmbaren materiellen Verhältnissen führen zu können. Mit der kommenden „Gesellschaft des langen Lebens“ betreten wir Neuland und öffnen ein bislang weitgehend unbekanntes Kapitel der Menschengeschichte. Wäre es da nicht sinnvoll darüber zu sprechen, welche individuellen und kollektiven Chancen sich hier eröffnen?“<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Seifert Kurt, (Text: Kapitel 1-6). In: Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns, BSV, Madrid, 2002

<sup>11</sup> Höpflinger François, Stuckelberger Astrid, Demografische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter, Seismo Verlag, Zürich, 1999

<sup>12</sup> Seifert Kurt, (Text: Kapitel 1-6). In: Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns, BSV, Madrid, 2002

Der in unserer Gesellschaft sozialisierte Mensch ist in den anderen Lebensphasen daran gewöhnt, dass die Gesellschaft ihm Aufgaben und Rollen überträgt. Im Alter aber soll er allein und selber verantwortlich sein für eine glückliche Gestaltung seines Lebens. Die Senioren, die in dieser Lebensphase stecken, reklamieren denn auch, dass sie sich sinnvolle Tätigkeiten wünschen und auch gesellschaftliche Verantwortung übernehmen wollen.

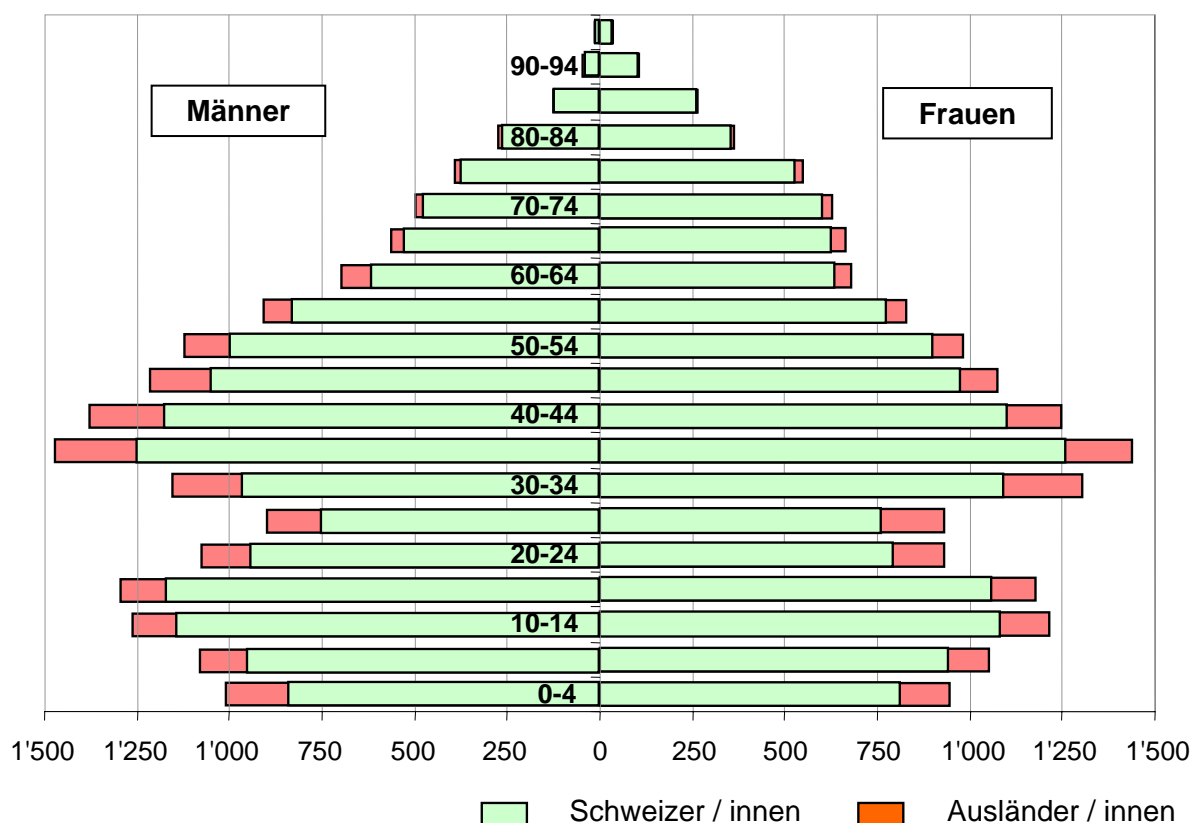
Deshalb wird es in Zukunft notwendig sein, dass sich der alte Mensch nicht nur im Freizeit- und Privatbereich voll entwickeln kann. Alle anderen Lebensbereiche und vieles, was ihm vorher im Leben Sinn und Freude vermittelt hat, soll ihm weiterhin erschlossen bleiben. Ausserdem müssen die für ihn vorgesehenen Rollen so ausgedehnt werden, dass er weiterhin die gewohnte Anerkennung geniessen kann. Die Pensionierung darf nicht mit Stigmatisierung einhergehen. Auch im Alter müssen wesentliche Handlungsräume wie Politik, Arbeit und Soziales weitgehend zugänglich bleiben. Der alte Mensch darf nicht nur als Konsument und Mitläufer gern gesehen sein, sondern auch in der Rolle des Entscheidungsträgers.

## 1.2 Wohnbevölkerung

Die folgende Grafik stellt die Altersstruktur der Wohnbevölkerung im Kanton Obwalden dar.<sup>13</sup>

Grafik 2.2.1

### Wohnbevölkerung Obwalden 2001



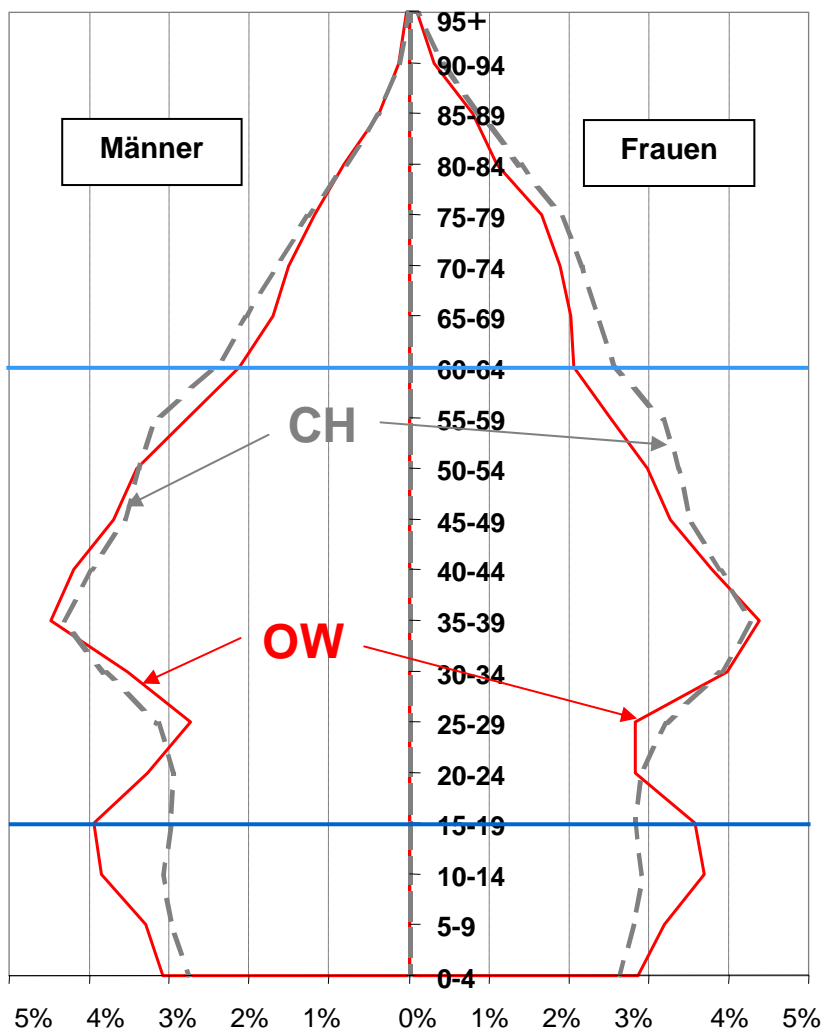
Vergleichsweise niedrig ist die demografische Alterung in den Innerschweizer Kantonen Luzern, Schwyz, Zug, Ob- und Nidwalden.<sup>14</sup> Eine Gegenüberstellung der Altersstruktur in Obwalden mit den gesamtschweizerischen Daten zeigt interessante Übereinstimmungen und Abweichungen. Dazu wurden die Anteile der verschiedenen Altersklassen in Prozente der

<sup>13</sup> Quelle: OFS, Section BEV, Neuchâtel

<sup>14</sup> Bundesamt für Statistik, Neue Herausforderungen durch demografischen Wandel, Neuchâtel, 2003

gesamten Wohnbevölkerung in Obwalden (32'735 Einwohner) und in der Schweiz (7'211'021 Einwohner) berechnet. Die Grafik „Gegenüberstellung OW – CH 2001“ zeigt die für das Jahr 2001 ermittelten Profile. Abgebildet sind die Altersgruppen in Prozent der Wohnbevölkerung im Referenzjahr 2001. Gut ersichtlich ist die vergleichsweise niedrige, demografische Alterung in Obwalden. (Höherer Anteil der 0 – 24 Jährigen und tieferer Anteil ab ca. 35) Ausserdem wird eine Übereinstimmung der beiden Profile für die Altersgruppen ab 30-34 festgestellt.

Grafik 2.2.2

**Gegenüberstellung OW – CH 2001**

### 1.3 Pflegebedürftigkeit

„Pflegebedürftig sind gemäss epidemiologischen Konzepten jene älteren Menschen, die aufgrund körperlicher, sensorischer und/oder kognitiver Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den normalen Alltag selbstständig zu bewältigen. Zentral ist die Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit den Endpunkt eines komplexen Prozesses darstellt, da spezifische funktionale Einschränkungen (Gehschwierigkeiten, Seh- oder Höreinschränkungen) nur unter spezifischen Umständen ein selbstständiges Alltagsleben verunmöglichen. Als Ursache von Pflegebedürftigkeit kommen in Betracht: angeborene Behinderungen, Akuterkrankungen mit bleibenden Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Schlaganfall, Sturzunfall mit Fraktur), Kumulation von Erkrankungen im Lebensverlauf (chronisch-degenerative Erkrankungen sowie altersassoziierte physische Funktionseinschränkungen und psychische oder demenzielle Einschränkungen).<sup>15</sup> Im Anhang „Funktionale Einschränkungen und Krankheitsbilder im hohen Alter“ finden Sie eine ausführliche Beschreibung der Krankheitsbilder.

„Im Alter und insbesondere im hohen Lebensalter ist Pflegebedürftigkeit häufig nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen, sondern sie ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Ursachen. Gleichzeitig hängt Pflegebedürftigkeit davon ab, welche Alltagsaktivitäten als unabdingbar (und nicht kompensierbar) erachtet werden. Eine ältere Person im Rollstuhl kann bei geeigneter Lage und Ausrüstung ihrer Wohnung (keine Schwellen, zugängliche Küchengeräte, angepasstes Bad usw.) durchaus weiterhin selbstständig haushalten.<sup>16</sup>

Um angesichts der Unterschiede der Haushaltssituation und Lebensinteressen von Menschen zu einer vergleichbaren Konzeptualisierung zu gelangen, wird im allgemeinen das Konzept der Pflegebedürftigkeit an die Unfähigkeit geknüpft, elementare tägliche Verrichtungen zu verrichten. Häufig werden zur Messung der Pflegebedürftigkeit ADL-Kriterien („activity-of-daily-living“/ Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>17</sup>) verwendet: Fähigkeit bzw. Unfähigkeit, sich selbst an- und auszukleiden, selbst zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, selbst die Körperpflege zu übernehmen und sich zumindest innerhalb der Wohnung zu bewegen. ADL-Kriterien werden sowohl bei epidemiologischen Studien als auch bei sozialrechtlichen Regelungen (Hilflosenentschädigung der AHV/IV in der Schweiz, deutsche Pflegeversicherung) häufig verwendet.<sup>18</sup>

In diesem Zusammenhang ist wichtig zu erwähnen, dass Pflegebedürftigkeit - gemessen nach funktionalen Kriterien - und Hilfs- und Pflegebedarf nicht deckungsgleich sind. Neben funktionalen Einschränkungen und Behinderungen beeinflussen auch soziale und wirtschaftliche Faktoren Form und Ausmass des Pflegebedarfs: Spitex-Leistungen werden weniger beansprucht, wenn familiäre Unterstützung (Ehepartner und Ehepartnerin, Kinder und andere) vorliegt.

---

<sup>15</sup> Mager, H.-C, Pflegebedürftigkeit im Alter, Dimensionen und Determinanten, in: R. Eisen, H.-C Mager (Hrsg.) Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern, Opladen, 1999, S.30 –77

<sup>16</sup> Höpflinger François, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Seismo Verlag, Zürich, 2004

<sup>17</sup> Siehe Anhang: Es werden dort fünf verschiedene Modelle der Aktivitäten des täglichen Lebens vorgestellt

<sup>18</sup> Höpflinger François, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Hans Huber Verlag, Bern, 2003



Ebenso können wirtschaftliche und soziale Probleme (langjährige Armut, Vereinsamung und andere) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen (Spitex-Dienste und andere) zusätzlich erhöhen (vgl. Abelin et al. 1998: 135ff). Depressive Symptome - im höheren Lebensalter nicht selten - unterhöhlen ebenfalls die Selbständigkeit im Alter und führen zu einem deutlich höheren Pflegebedarf.<sup>19 20</sup>

Auch der Wechsel in ein Pflegeheim wird von sozialen Faktoren (familiäre Situation, wirtschaftliche Lage und andere) mitbestimmt. Damit ist die Nachfrage nach Alters- und Pflegeheimplätzen nicht allein vom gesundheitlichen Befinden älterer Menschen abhängig, sondern sie wird auch von sozio-ökonomischen Faktoren (sozialer Status, Familienstand) beeinflusst.<sup>21</sup>

Einen Einfluss haben unter Umständen auch regionale Engpässe an günstigen Wohnungen oder eine Häufung erzwungener Umzüge aufgrund von Wohnrenovierungen. Pflegebedürftigkeit ist zwar ein zentraler Bestimmungsfaktor des Pflegebedarfs, aber nicht der einzige Faktor. Wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens sind auch bei ambulantem Pflegebedarf, oder Bedarf nach stationären Heimplätzen, Angebot und Nachfrage wechselseitig verknüpft. So weisen beispielsweise bis heute jene Regionen vergleichsweise viele Heimplätze auf, die auf eine lange Tradition von Bürgerheimen zurückblicken können.“

Insgesamt betrachtet liegt die Pflegebedürftigkeitsquote in der Schweiz, nach Berücksichtigung aller vorhandenen Informationen, gegenwärtig bei zwischen 10% und 11.5% aller 65-Jährigen und älteren Menschen.

Was die Übertragung gesamtschweizerischer Pflegebedürftigkeitsquoten auf die Verhältnisse eines spezifischen Kantons betrifft, lässt sich festhalten, dass Pflegebedürftigkeit in stark ländlich-industriell geprägten Gebieten etwas häufiger ist, als in städtischen Dienstleistungszentren. Dies gilt vor allem für die älteren Generationen, die von früheren Sozial- und Wirtschaftsverhältnissen mit oft harten Lebens- und Arbeitsbedingungen geprägt wurden. Auch im Kanton Obwalden sind die älteren Menschen noch von einer Zeit geprägt worden, die weniger Wohlstand kannte.

#### **1.4 Finanzierung im Altersbereich**

Die Finanzierung der Pflege im Alter ist historisch gewachsen. Die Kosten werden von mehreren Finanzträgern übernommen. Es sind dies die Klientinnen und Klienten, die Krankenversicherer, die Gemeinden, die Kantone, der Bund, die Ergänzungsleistungen der AHV/IV, die Hilflosenentschädigung der AHV/IV, die Fürsorgeleistungen der Gemeinden und private Beiträge. (Spenden etc.)

In den folgenden Grafiken ist in Prozentzahlen eine Übersicht abgebildet, wie sich heute die Kosten der Pflege im Alter in der Schweiz auf die verschiedenen Finanzträger verteilen.<sup>22</sup>

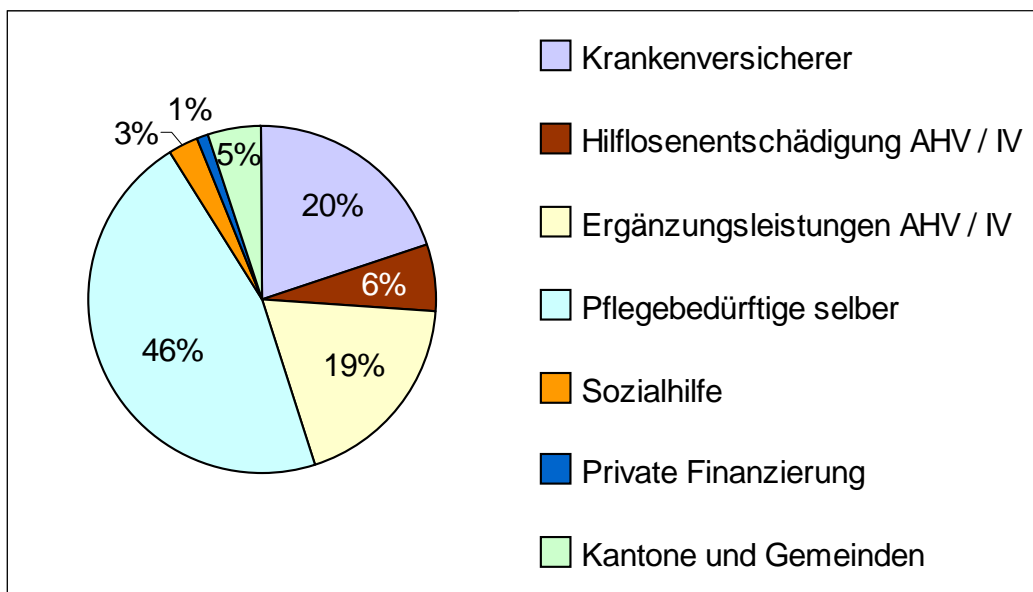
<sup>19</sup> Adam C., Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bedingungen, Juventa, Weinheim, 1998

<sup>20</sup> Maercker A., Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie, in: A. Maercker (Hrsg.) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie, Springer, Berlin, 2002 S. 1-58

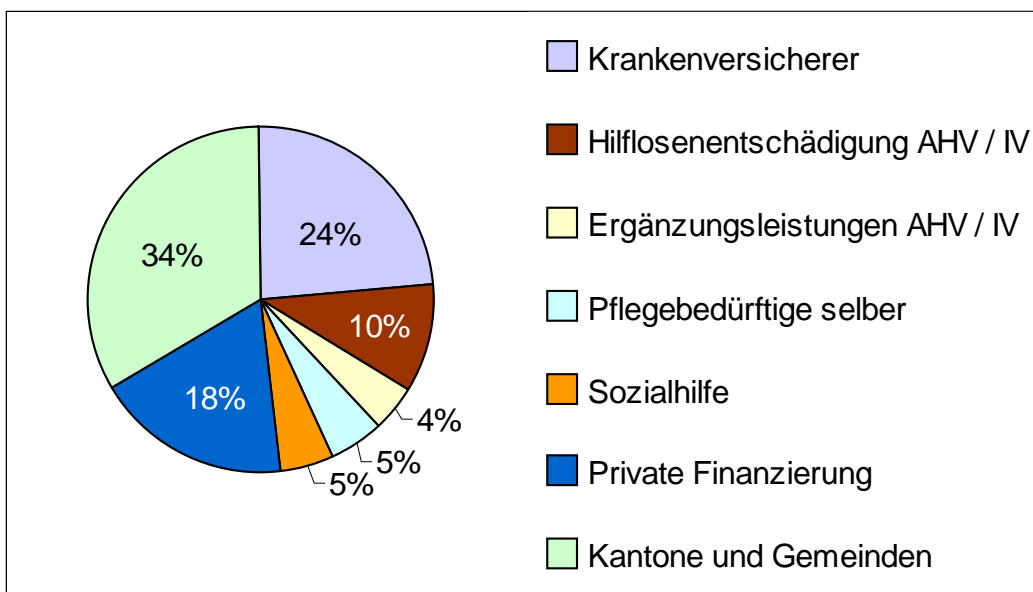
<sup>21</sup> Cavalli, Stefano, Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison, Réalités Sociales, Lausanne, 2002

<sup>22</sup> Quellen: Bundesamt für Statistik (BFS), Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995, Neuchâtel, 2002. Jahresbericht Ausgleichfonds 2000. Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2000, Bern, 2001. Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Spitex Statistik 2000, Bern, 2002

Grafik 2.3.1  
**Finanzierung der Pflege in Heimen**



Grafik 2.3.2  
**Finanzierung der Pflege im Spitexbereich**



#### 1.4.1 Krankenversicherer

Das Krankenversicherungsgesetz ist seit dem 1. Januar 1996 in Kraft. Darin ist vorgesehen, dass der Krankenversicherer die Kosten der Pflege übernimmt. Im Kapitel 3.7.3 ist die aktuelle politische Situation beschrieben.

#### 1.4.2 Hilflosenentschädigung der AHV/IV

Gemäss den Bestimmungen der AHV/IV zu Altersrenten und Hilflosenentschädigungen können Personen, die eine Altersrente oder Ergänzungsleistungen beziehen, eine Hilflosen

entschädigung der AHV beantragen. Die Hilflosenentschädigung wird mit den Mitteln der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) finanziert und macht ca. 1% der gesamten Ausgaben der AHV aus.<sup>23</sup>

Seit dem 1. Januar 1969 wird diese Entschädigung an Pflegebedürftige ausgerichtet, 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, ausgezahlt. Es besteht eine Karenzfrist von einem Jahr.

Die Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) Art. 36 kennt drei Grade der Hilflosigkeit, nämlich schwere, mittlere und leichte Hilflosigkeit. Im AHV-Alter wird lediglich zwischen einer mittleren und einer schweren Entschädigung unterschieden. Für eine mittlere Hilflosigkeit für das Jahr 2003 werden Fr. 528 und für eine schwere Hilflosigkeit Fr. 844 pro Monat ausbezahlt. Gemäss veröffentlichter Daten haben im Jahr 2000/2001 in der Schweiz 3,5% der über 65-Jährigen und 9,3% der 80-Jährigen und älteren Menschen eine Hilflosenentschädigung bezogen.

Allerdings muss bei den Personen 65 plus eine grosse Anzahl möglicher Bezugsberechtigter, welche ihre Ansprüche verspätet, oft erst bei einem Heimeintritt geltend machen, vermutet werden. Die Gründe liegen meistens im Nichtwissen der Betroffenen, bzw. der pflegenden Angehörigen. Spezialisierte Beratungsstellen, wie zum Beispiel diejenigen von Pro Senectute, werden in diesem Bereich ihre Anstrengungen intensivieren müssen.<sup>24</sup>

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.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> 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

<sup>24</sup> Höpflinger François, Hugentobler Valerie, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Huber Verlag, Bern, 2003

<sup>25</sup> Blanc Jasmin, Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege, Schriftenreihe der schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Band Nr. 64, Muri, 2001

Tabelle 2.3.2  
**Hilflosenentschädigung in Obwalden**

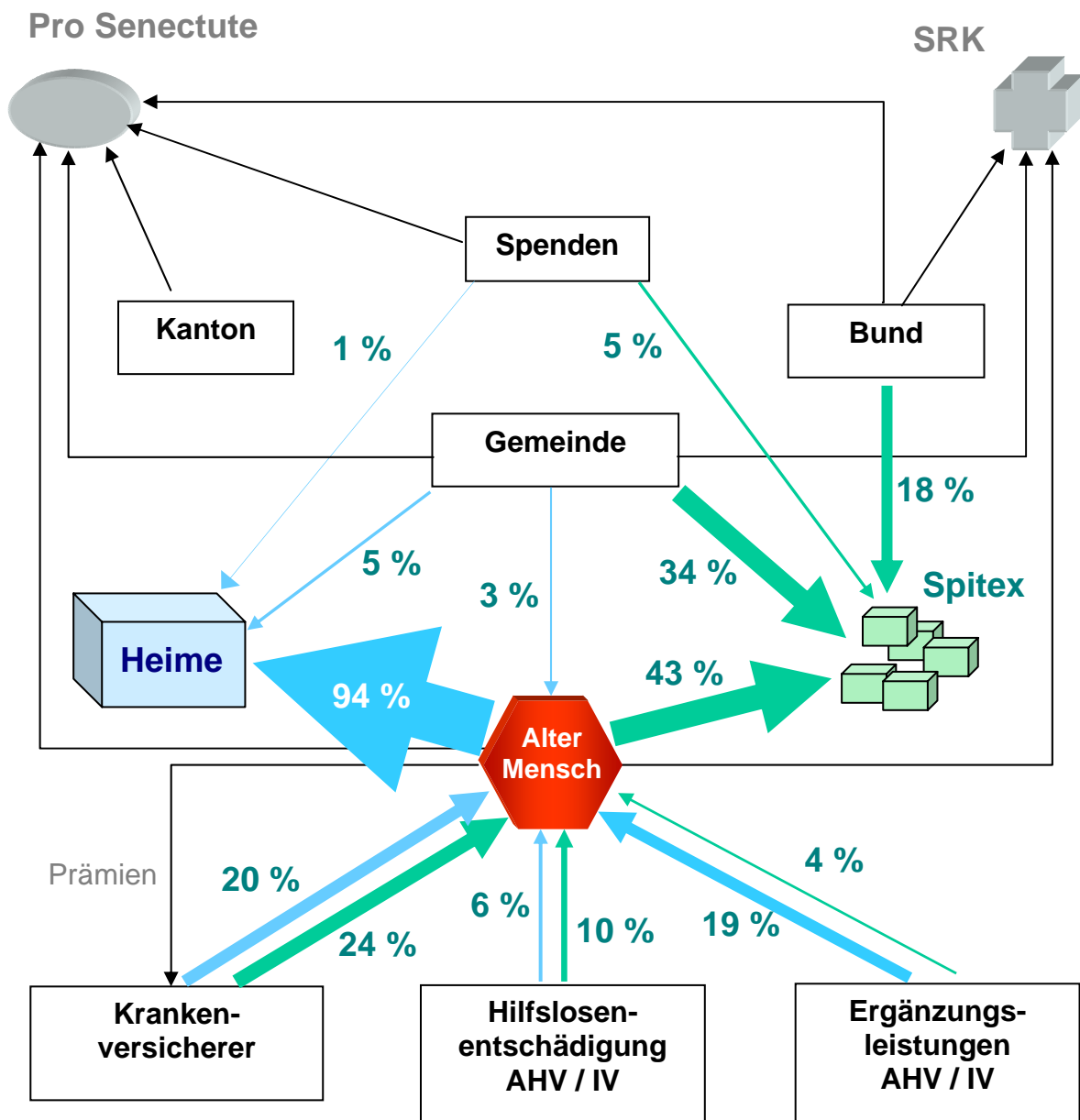
HE-AHV - über 65jährig		
Jahr	Total Personen	Total Franken
1998	84	53382
1999	81	53379
2000	104	68336
2001	99	64890
2002	142	100248

Im Kanton Obwalden hat sich die Hilflosenentschädigung in den Jahren 1998 bis 2002 von 53'382 auf 100'248 Franken nahezu verdoppelt. Die Anzahl Personen, welche die Hilflosenentschädigung erhalten haben ist von 84 auf 142 gestiegen. Ein grosser Sprung ist von 2001 nach 2002 zu verzeichnen.

### 1.4.3 Finanzströme

Die folgende Grafik zeigt die in der Pflege an Menschen im AHV Alter entstehenden Finanzströme. Ausgehend von gesamtschweizerischen Zahlen sind die prozentualen Beiträge der verschiedenen Kostenträger, einerseits als Gesamtaufwand im Heim und andererseits als Gesamtaufwand bei der Spitex, dargestellt. Die absoluten Zahlen, die dahinter stehen sind allerdings sehr unterschiedlich. Gesamtschweizerisch gesehen machen die Spitex-Kosten ca. 1/6 der Heimkosten aus. Dabei sind bei der Spitex die Haushaltskosten nicht berücksichtigt, im Gegensatz zur Hotellerie, die bei den Heimen eingerechnet ist. Bei den Anteilen, die der alte Mensch an Heim oder Spitex zahlt, sind die Beträge der Krankenversicherer, der Hilflosenentschädigung, der Ergänzungsleistungen und die eigenen Beträge der alten Menschen enthalten.

Grafik 2.4.3  
Finanzströme CH



#### 1.4.4 Ergänzungsleistungen der AHV/IV

Die Ergänzungsleistungen (EL) sind heute weitgehend auf Bundesebene geregelt, sie werden aber von den Kantonen, gestützt auf kantonale Gesetze, ausgerichtet. Die Beiträge des Bundes an die Ergänzungsleistungen sind auf die Finanzkraft der Kantone abgestützt, als finanzschwacher Kanton erhält Obwalden 35% der Ausgaben für die Ergänzungsleistungen zurückerstattet. Der Rest muss vom Kanton erbracht werden, er kann die Gemeinden auf dem Steuerweg zu Beiträgen heran ziehen.

Die Ergänzungsleistungen beruhen auf dem Bedarfsprinzip und müssen bei der Kantonalen Ausgleichskasse angemeldet werden. Sie stellen zusammen mit den AHV/IV Renten und anderen Einkünften den Lebensbedarf sicher. Sie werden individuell auf den Franken genau

errechnet und ausbezahlt, das heisst, sie fallen unter den Begriff der Subjektfinanzierung. Die monatlich ausbezahlte Leistung stellt die Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den anrechenbaren Einnahmen dar.

Seit der Einführung im Jahr 1966 besteht ein rechtlicher und klagbarer Anspruch, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. EL sind keine Fürsorgegelder oder Sozialhilfe. Das Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen (ELG) unterscheidet zwischen den monatlich ausbezahlten Leistungen, den Vergütungen der Krankheits- und behinderungsbedingten Mehrkosten und den Beiträgen an die Institutionen Pro Infirmis, Pro Juventute und Pro Senectute. Diese sind verpflichtet gestützt auf gesonderte Richtlinien, Beiträge an Bedürftige in den Kantonen auszurichten.

Die maximale EL, die für eine Person, die zu Hause lebt, ausbezahlt wird, beträgt das Vierfache der kleinsten AHV-Rente. (Fr. 50'640) Für Personen in einem Heim kann die Leistung bis zu 175% des Lebensbedarfs für Nichtheimbewohner betragen. (Fr. 30'300) Dazu gerechnet wird in beiden Fällen der Betrag der Krankenkassen-Prämienverbilligung. (Fr. 2'280) Diese Zahlen sind aktuell und gelten für das Jahr 2003. Der Mindestbetrag der ausbezahlt wird, ist die Prämienverbilligung der Krankenkasse.

Die Kantone sind über das ELG ermächtigt, weitergehende Leistungen auszubezahlen, diese müssen jedoch ohne Mithilfe des Bundes finanziert werden. Ergänzungsleistungen müssen nur zurück bezahlt werden, falls sie auf Grund falscher oder unvollständiger Angaben ausbezahlt worden sind.

Tabelle 2.3.3

**Ergänzungsleistungen zur AHV in Obwalden 2002**

Ergänzungsleistungen zur AHV					
	Heimpersonen	zu Hause	Total Personen	Total Franken	Veränderung Vorjahr
2002	201	283	484	5'905'581	2.3 %

Eine wichtige Aufgabe übernehmen die EL bei der Finanzierung eines Heimaufenthalts. Die Kantone legen den anrechenbaren Pensionspreis fest, dieser beträgt in Obwalden 160% des Lebensbedarfs für Nichtheimbewohner auf einen Tag umgerechnet. (Fr. 76) Circa 2/3 der EL Beiträge werden an Heimbewohner geleistet, 1/3 gehen an Personen, die zu Hause wohnen.

Ebenfalls durch die Kantone festgelegt werden die anrechenbaren Kosten für die persönlichen Auslagen. Diese richten sich nach dem Lebensbedarf und betragen 27%, für Bewohner in Altersheimen und 17% für Bewohner, die einen Zuschlag für die Pflege entrichten müssen. Der Vermögensverzehr beträgt 10% für Bewohner, die zu Hause leben und 20% für Heimbewohner, auch diese Zahlen werden von den Kantonen bestimmt. Die Vermögensfreigrenzen auf der anderen Seite sind über das ELG geregelt, sie betragen Fr. 25'000 für Alleinstehende und Fr. 40'000 für Ehepaare. Die Hilflosenentschädigung wird bei Heimbewohnern als Einkommen angerechnet. Bei Personen, die zu Hause betreut und gepflegt werden, hingegen nicht.

Die Krankheitskosten werden zusätzlich zu den monatlichen Leistungen ausgerichtet. Diese sind über eine separate Verordnung (ELKV) geregelt und nach oben begrenzt auf Fr. 6'000 für Heimbewohner und Fr. 25'000 für allein stehende Personen, die zu Hause leben. In Ausnahmen können, auch ohne monatliche Leistungen, die Krankheitskosten übernommen werden.

### 1.4.5 Sozialhilfeleistungen der Gemeinden

Bei unserer Abklärung hat sich gezeigt, dass die Gemeinden im Kanton Obwalden zum Zeitpunkt der Anfrage (Ende 2003) an Personen im AHV Alter, die Zuhause wohnen, keine Sozialhilfeleistungen ausbezahlen. In der folgenden Tabelle sind die Anzahl Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Gemeinden ersichtlich, die Sozialhilfe erhalten.

Tabelle 2.3.4  
**Sozialhilfeleistungen in den Gemeinden**

Gemeinde	Anzahl Personen
Sarnen	3
Kerns	3
Alpnach	4
Engelberg	3
Sachseln	1
Giswil	0
Lungern	0

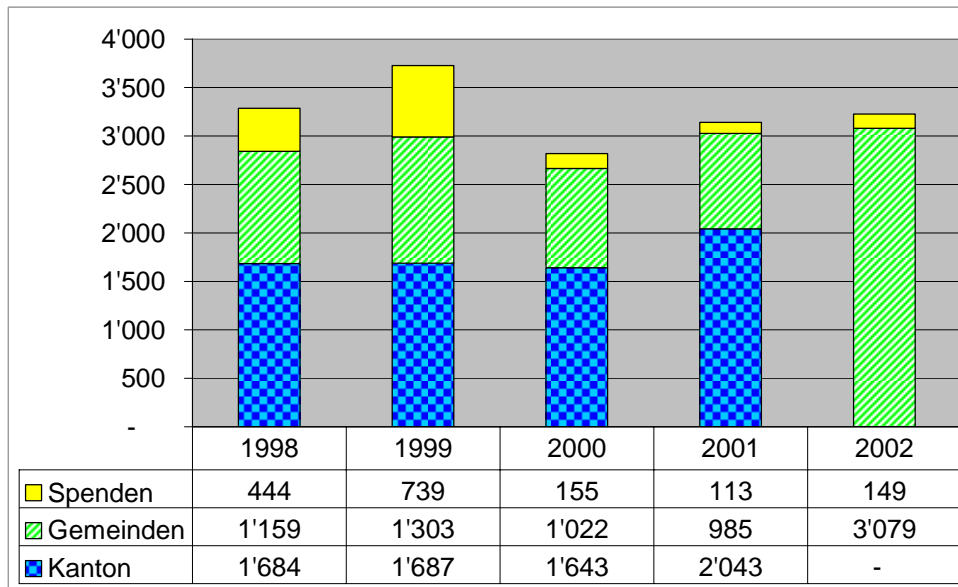
### 1.4.6 Gemeinden, Kanton, Bund und Spenden

In diesem Kapitel ist in diversen Grafiken das Datenmaterial einer Umfrage des Projektteams „Im Alter in Obwalden leben“ zusammengetragen. In der Umfrage ist folgende Frage gestellt worden: „Wie viel Geld hat Ihre Institution (bezogen auf die AHV-Generation) in den letzten 5 Jahren von der öffentlichen Hand erhalten?“ Es sind Zahlen für die Jahre 1998 bis 2002 in den Rubriken Bund, Kanton, Gemeinde, Spenden und Bemerkungen erfragt worden. Angeschrieben wurden die Alters- und Pflegeheime und Spitex (Lungern, Giswil, Sachseln, Sarnen Alpnach, Kerns, Engelberg), Pro Senectute, SRK und Geriatrie Kantonsspital Sarnen. Im Anhang „Umfrage Finanzen“ ist der entsprechende Fragebogen abgebildet.

Die folgende Grafik 2.4.4 zeigt die Beiträge an Pflegeleistungen von Kanton und Gemeinden für alle 7 Alters- und Pflegeheime im Kanton Obwalden. Ausserdem sind die Spenden ausgewiesen. Die Daten zu den Spenden an das Eyhuis liegen nicht vor. Dies ist auch bei den Grafiken 2.4.8 und 2.4.9 zu beachten. Seit 2002 beteiligt sich der Kanton aufgrund der Aufgabenteilung Kanton / Gemeinden nicht mehr an den pflegebedingten Mehraufwendungen der Bewohnerinnen und Bewohner der BESA Stufe 4. Die Beiträge werden von den Gemeinden übernommen.

Grafik 2.4.4

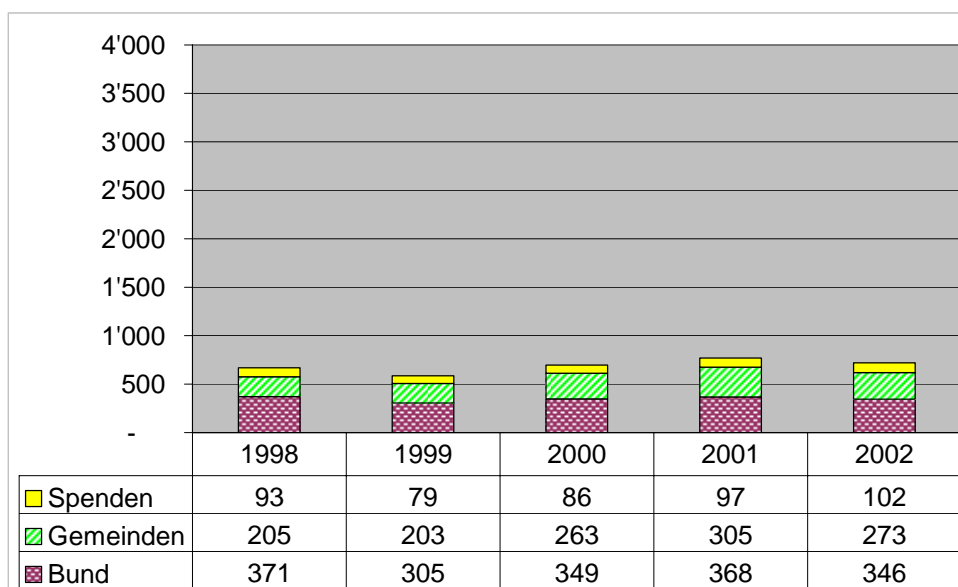
**Beiträge an Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen OW inklusive Spenden**  
In Tausend Franken



Die Grafik 2.4.5 zeigt die Beiträge von Bund und Gemeinden an alle Spitexorganisationen im Kanton Obwalden. Die Spenden sind ebenfalls ausgewiesen.

Grafik 2.4.5

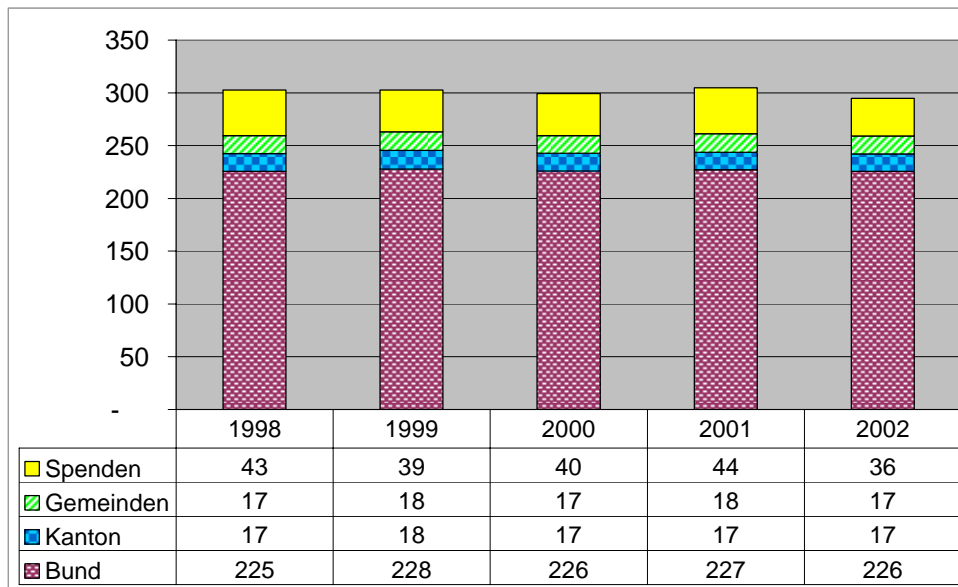
**Beiträge an Spitex OW**  
In Tausend Franken





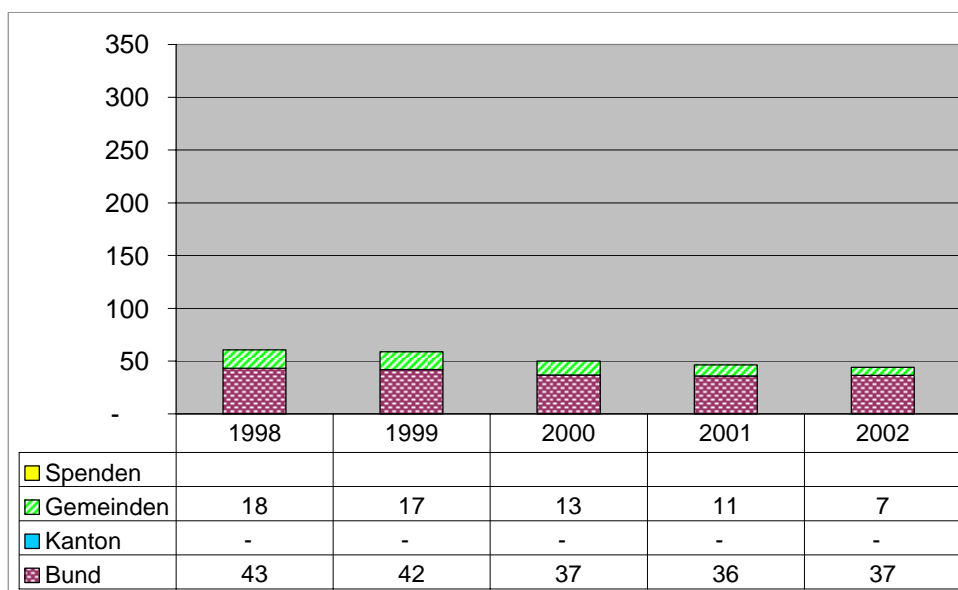
Die Grafik 2.4.6 zeigt die Beiträge von Bund, Kanton und Gemeinden, die Pro Senectute Obwalden in den letzten 5 Jahren erhalten hat. Die Spenden sind ebenfalls ausgewiesen.

Grafik 2.4.6  
**Beiträge an Pro Senectute OW**  
 In Tausend Franken



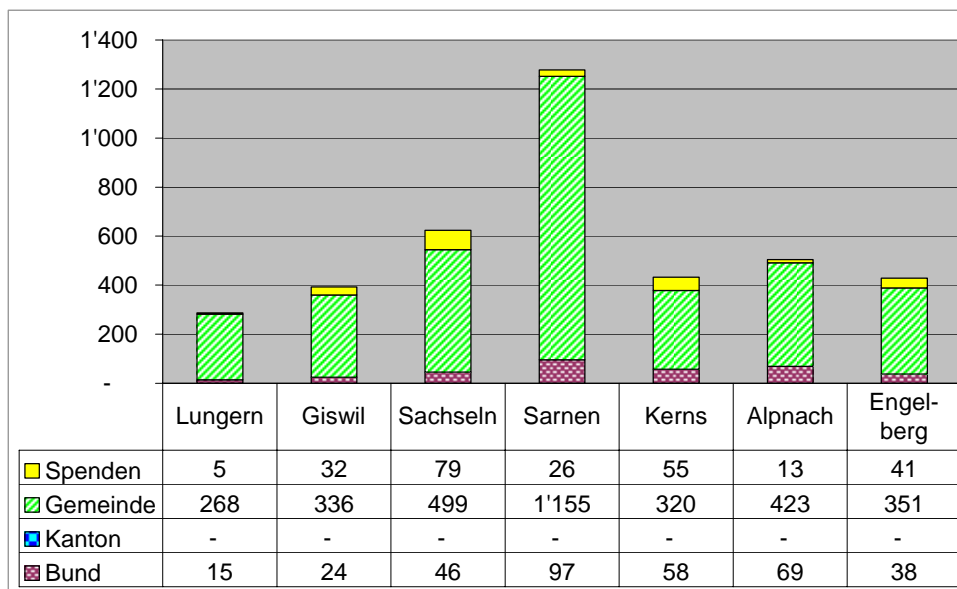
Die Grafik 2.4.7 zeigt die Beiträge von Bund und den Obwaldner Gemeinden an das SRK. Das SRK erhält nicht nur Spenden für die AHV Generation und kann diese deshalb nicht zuweisen. Aus diesem Grund sind die Spenden nicht ausgewiesen.

Grafik 2.4.7  
**Beiträge Bund und Gemeinden OW an das SRK**



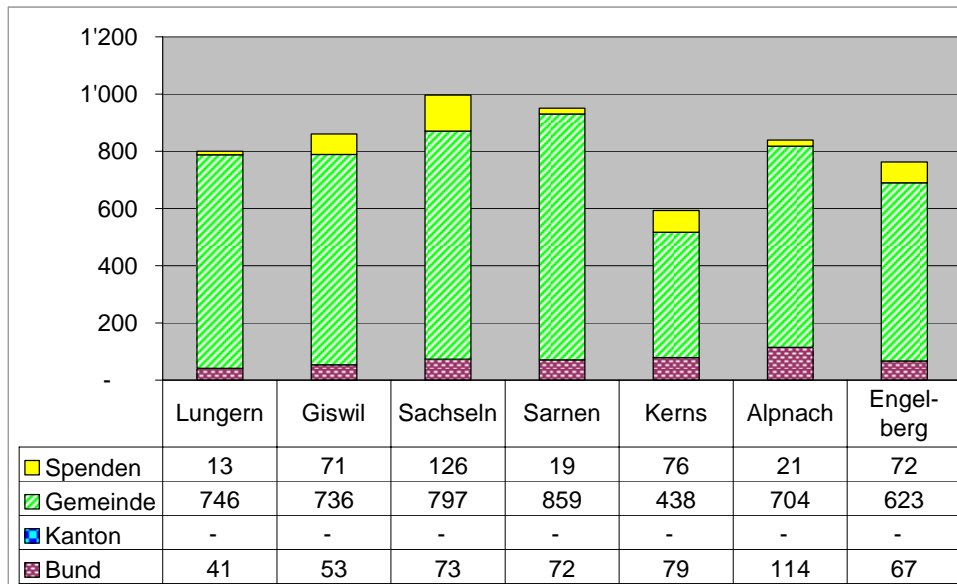
Die Grafik 2.4.8 zeigt die Beiträge 2002 des Bundes und der Gemeinden Obwalden an die Alters- und Pflegeheime sowie an die Spitexorganisationen. Die Beiträge sind pro Obwaldner Gemeinde ausgewiesen. Ebenfalls sind die Spenden ersichtlich. Die Beiträge von Bund und Gemeinden an Spitex Sarnen-Giswil sind durch die Fusion im Jahr 2002 in einem Betrag ausgewiesen. Für die Grafik 2.4.8 und 2.4.9 ist 1/5 des Betrages Giswil zugeschrieben und 4/5 Sarnen. Diese Aufteilung entspricht dem Mittelwert der Jahre 1998 bis 2001, also vor der Fusion. Die Spenden an Spitex Sarnen-Giswil sind im Verhältnis 30 % Giswil und 70 % Sarnen aufgeteilt.

Grafik 2.4.8  
**Beiträge 2002 pro Gemeinde OW**  
 In Tausend Franken



Grafik 2.4.9 zeigt das Total der Beiträge des Jahres 2002 von Bund, Kanton und Gemeinde pro Gemeinde. Es sind die Beiträge, die an die Alters- und Pflegeheime und die Spitexorganisationen ausgerichtet worden sind. In einem zweiten Schritt sind die Beiträge pro Person über 65 und Gemeinde ermittelt worden. Es wurde mit den Bevölkerungszahlen des Jahres 2002 und dem ebenfalls pro Gemeinde ermittelten "Anteil 65+" aus der Eidgenössischen Volkszählung im Jahr 2000 gerechnet, da keine neueren Zahlen zur Verfügung stehen. In der Grafik wird ein Vergleich des Aufwands pro Person über 65 in den 7 Gemeinden Obwaldens möglich. Die Spenden sind ebenfalls ausgewiesen.

Grafik 2.4.9  
**Beiträge pro Person 65 + pro Gemeinde OW**  
 In Franken



### 1.4.7 Angehörigenarbeit

Der grösste Teil der ambulanten Hilfe und Pflege wird heute in der Schweiz von Angehörigen und dem weiteren sozialen Umfeld erbracht. Pflegebedürftige Personen werden zu einem unbekanntem, aber sicher überwiegenden Teil, zu Hause vom informellen Netz, also der Familie, Nachbarn und Freunden mit und ohne Spitex Unterstützung gepflegt und 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.<sup>26</sup>

Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz bei 220'000 bis 250'000 Menschen häusliche Pflege mit einem ökonomischen Wert von 10 bis 12 Milliarden Franken von Nicht – Berufsleuten geleistet wird.<sup>27</sup> Es wird angenommen, dass 72 % der Betreuten über 65 Jahre sind. Weiter rechnen wir hier mit einer hauptsächlich engagierten Angehörigen pro pflegebedürftigen hoch betagten Menschen.

<sup>26</sup> Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf, Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. (Hrsg.) Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1997

<sup>27</sup> Kesselring Annemarie, Angehörige pflegen, Herausforderung für die Zukunft? Antrittsvorlesung, Basel, 2001

Tabelle 2.4.5

**Anzahl Pflegende Angehörige CH/OW**

Personen	Anzahl Pflegende Angehörige	Ökonomischer Wert der Pflege
Alle Betreute CH	250'000	12 Milliarden
Betreute über 65 CH (72%)	180'000	8,64 Milliarden
Betreute über 65 OW	800	38,5 Millionen

Gemäss diesen Schätzungen kann man in der Schweiz von 180'000 hoch betagten Personen ausgehen, die pflegebedürftig sind und von ihren Angehörigen gepflegt werden. Dies ergibt einen konservativ geschätzten ökonomischen Wert von 8.64 Milliarden Franken, der hier von den Angehörigen erbracht wird und die öffentliche Hand und den Krankenversicherer entlastet. Umgerechnet auf die Einwohnerzahlen<sup>28</sup> von Obwalden werden in den 7 Gemeinden 800 hoch betagte Personen von ihren Angehörigen betreut und gepflegt. Dies entspricht einem ökonomischen Wert von 38, 5 Millionen Franken.

In den meisten Fällen sind es Frauen, die Angehörige betreuen und pflegen. Seit dem 1. Januar 1997 ist es möglich, Betreuungsgutschriften anzumelden. Damit wird die spätere AHV-Rente der Betreuerinnen erhöht. Voraussetzung ist allerdings, dass die zu betreuende Person im gleichen Haushalt lebt und nicht bereits Erziehungsgutschriften geltend gemacht werden. Betreuungsgutschriften müssen jedes Jahr bei der zuständigen Ausgleichskasse angemeldet werden.

Eine Entschädigungsmöglichkeit für pflegende Angehörige sieht der Betreuungs- und Pflegevertrag von Pro Senectute vor. Der Vertrag wird zwischen der zu pflegenden Person und der Betreuerin abgeschlossen. Das Erhebungsblatt zeigt auf, wer welche Hilfe zu leisten hat und wie sie abgegolten werden soll. Die Ansätze beziehen sich auf Empfehlungen der Schweizerischen Budgetberatungsstellen oder orientieren sich an den AHV-Richtlinien. Reicht das monatliche Einkommen für die Entschädigung nicht aus, kann die Betreuerin vor einer Erteilung ihren Anteil auslösen. Um spätere Schwierigkeiten zu vermeiden, wird empfohlen, alle direkten Erben in die Vereinbarung mit einzubeziehen.

Die Gesellschaftsstrukturen verändern sich dahingehend, dass ohne entsprechende Anreize die Pflege der Angehörigen abnehmen wird. In den Aussagen der pflegenden Töchter spiegelt sich ein Wandel hin zu neuen Wertvorstellungen. Die demographische Entwicklung verursacht selbst bei einem Szenario gleich bleibender intergenerationeller Unterstützungsverhältnisse, dass sich die Situation noch verschärfen wird.

Es sind heute Strategien gefragt, wie man in Zukunft die Ressourcen der pflegenden Angehörigen fördern kann. Dies einerseits, weil die alten Menschen am liebsten in ihren eigenen Wohnungen bleiben. Zum anderen aber auch, weil hohe zusätzliche Kosten entstehen würden, wenn die Allgemeinheit die Kosten der Arbeit der pflegenden Angehörigen übernehmen müsste. Für Pflegefachleute bedeutet dies, dass vermehrt die Hilfe zur Selbsthilfe gefördert werden muss. Primäre Aufgaben der Pflegenden sind die Anleitung und Befähigung der Klientinnen und Klienten und deren Umfeld.<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Für die Berechnung sind die Einwohnerzahlen des Anhangs „Demografische Indikatoren im Jahr 2000“ verwendet worden

<sup>29</sup> Blanc Jasmin, Georges Ackermann, Pflegende Angehörige. In: Managed Care, Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie, Nr. 6, Neuhausen, 2003

## 1.5 Das aktuelle Angebot

### 1.5.1 Aktuelle Angebote und Projekte für die Generation im AHV Alter

Für die Bestandesaufnahme<sup>30</sup> des zur Zeit bestehenden Dienstleistungsangebotes wurden insgesamt zwölf Gemeinwesen, Institutionen und Vereine, die professionelle oder freiwillige und ehrenamtliche Dienstleistungen erbringen, schriftlich nach ihrem aktuellen Angebot und laufenden Projekten befragt.

Ermittelt wurden die Dienstleistungen, die

- ausschliesslich oder vorwiegend der Generation im AHV-Alter zugute kommt
- professionell erbracht wird (Altersheime, Institutionen, Sozialdienste) und den Bezügerinnen und Bezüger in Rechnung gestellt wird
- freiwillig oder ehrenamtlich erbracht wird und vorwiegend sozialgesellschaftlichen Charakter hat.

Rund 35 verschiedene Dienstleistungsangebote können zurzeit von der im AHV-Alter lebenden Generation genutzt werden. Der grösste Teil der Dienstleistungen wird von Institutionen und Vereinen vor Ort, das heisst innerhalb der Gemeinde erbracht. Dadurch ist eine grosse Kundennähe gewährleistet.

Die Dienstleistungen sind in drei Kategorien gegliedert

- Pflege / Hilfe und Betreuung
- Beratung / Prävention / Gesundheit
- Weiterbildung / Gesellschaft / Seelsorge

Für die Sicherstellung der Dienstleistungsangebote wurde vom Kanton und/oder den Gemeinden mit folgenden Organisationen bzw. Institutionen Leistungsvereinbarungen abgeschlossen:

Pro Infirmis (Kanton/Gemeinden)

Pro Senectute (Kanton/Gemeinden)

Spitex (Gemeinden)

Hilfsverein für Psychischkranke Luzern, für den Bereich Betreutes Wohnen (Kanton)

Bei unserer Umfrage zum aktuellen Angebot wurde differenziert, ob die Dienstleistung den Bezügerinnen und Bezüger zu den Vollkosten oder Teilkosten belastet werden kann, oder ob es sich um ein Gratisangebot handelt, das von freiwilligen Helfern oder Laien erbracht wird.

Interessant ist, dass die sozialgesellschaftlichen Angebote vorwiegend Gratisangebote und in allen Gemeinden ebenbürtig sind. Eine enge Zusammenarbeit besteht zwischen den Pfarreien und Frauenvereinen. Das Ergebnis der Umfrage finden Sie im Anhang „Umfrage Angebot“.

### 1.5.2 Schliessung Geriatrie Sarnen

Zur stationären Grundversorgung der Bevölkerung des Kantons Obwalden wird in Sarnen ein Kantonsspital geführt. Gemäss Art. 16 des Gesundheitsgesetzes ist der inneren Medizin eine Geriatrie angeschlossen.

Im Rahmen der Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden (Finanzpaket) vom 20. September 2001 wurde den Einwohnergemeinden die Hauptverantwortung für die

---

<sup>30</sup> Anhang „Verteiler und Rücklauf der Umfrage Angebot“

Sicherstellung der Betreuung aller pflegebedürftigen Betagten, in vom Kanton anerkannten Betagtenheimen, übertragen. Gleichzeitig wurde festgelegt, dass die Einwohnergemeinden dem Kanton nach Massgabe der Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in ihrer Gemeinde, Beiträge für die Unterbringung von pflegebedürftigen Betagten in der Geriatrie des Kantonsspitals leisten.

Die Bettenbelegung in der Geriatrie des Kantonsspitals hat sich seit 2001 wesentlich verändert. 1999 bis 2001 waren im Durchschnitt rund elf Betten belegt, im 2002 waren es noch rund sieben bis acht und im ersten Halbjahr 2003 gerade noch vier bis fünf Betten. Die Pflergetage sind von 3'869 im 2001 auf 2'977 im 2002 und 2963 im 2003 zurückgegangen. Dieser massive Rückgang führt dazu, dass das Defizit der Geriatrieabteilung bei dieser Auslastung monatlich gegen Fr. 40'000 beträgt.

Auf Grund dieser Entwicklung hat der Regierungsrat auf Antrag der Aufsichtskommission des Kantonsspitals die Schliessung der Geriatrieabteilung auf den 1. Januar 2005 beantragt. Der Kantonsrat hat diesem Antrag an seiner Sitzung vom 27. November 2003 zugestimmt und nachdem innert der verfassungsmässigen Referendumsfrist nicht verlangt worden ist, die entsprechenden Nachträge zum Gesundheitsgesetz und zur Spitalverordnung der Abstimmung zu unterbreiten, treten sie auf den 1. Januar 2005 in Kraft. Die Geriatrie wird auf 31. Dezember 2004 aufgehoben. Aus diesem Grund hat das Projektteam das Angebot der Akutgeriatrie nicht weiter geprüft.

### **1.5.3 Zusammenführung der Kantonsspitäler Obwalden und Nidwalden**

Das Gesundheits- und Sozialdepartement des Kantons Obwalden und die Gesundheits- und Sozialdirektion des Kantons Nidwalden haben Ende 1999 beschlossen, eine Zusammenführung der beiden Kantonsspitäler zu prüfen. Zu diesem Zweck haben die beiden Regierungen eine strategische Steuerungsgruppe eingesetzt. Im Mai 2001 beauftragten sie diese, die Zusammenführung der Kantonsspitäler in Richtung eines Akutspitals an einem Standort weiter zu bearbeiten.

Inzwischen haben sich zwei Gruppierungen gebildet (Bürgerforum und Aktionskomitee), welche sich für einen Erhalt des Spitals am Standort Sarnen einsetzen, eine Motion zur Ausarbeitung einer Wertschöpfungsstudie wurde erheblich erklärt und der Regierungsrat hat eine separate Projektorganisation eingesetzt, um parallel zum Kooperationsprojekt zur Zusammenführung der Kantonsspitäler Obwalden und Nidwalden, Alternativmodelle am Standort Sarnen erarbeiten zu lassen.

Die aufgrund der Motion erarbeitete Studie „Volkswirtschaftliche Auswirkungen unterschiedlicher Spitalmodelle für den Kanton Obwalden“ zeigt auf, dass der volkswirtschaftliche Nutzen der Arbeitsplätze in der Gesamtbetrachtung im kleinen, verflochtenen Wirtschaftsraum Obwalden verhältnismässig gering ausfällt. Auf Grund der Studie scheint ein gemeinsames Spital Obwalden – Nidwalden günstiger als ein eigenes Spital.

Anlässlich einer gemeinsamen Sitzung haben sich die beiden Kantonsregierungen anfangs Juli 2004 von den Projektleitungen über den Stand eines Grundlagenberichts zur Zusammenführung der Kantonsspitäler von Obwalden und Nidwalden, sowie über einen Bericht zu Alternativmodellen orientieren lassen. Gestützt auf den ursprünglichen Projekt-auftrag der Kantonsparlamente von Obwalden und Nidwalden vom Juni 2002 für ein gemeinsames Spital mit zwei Häusern, der gemeinsam beschlossenen Eckwerte im Juli 2003 für eine betriebswirtschaftlich und medizinisch optimierte Einstandort-Variante für die medizinische Grundversorgung (Somatik) sowie der in Obwalden geforderten Alternativlösungen, wurde die Planung der Spitalkooperation auf zwei Schienen vorangetrieben. Der von einer gemeinsamen Projektsteuerungsgruppe Obwalden-Nidwalden erarbeitete Grundlagenbericht, sieht die Zusammenführung zu einem betriebswirtschaftlich und medizinisch optimierten Ein-Standort-Modell der Somatik in Stans und der Psychiatrie in

Sarnen vor. Der von einer separaten Arbeitsgruppe des Kantons Obwalden ausgearbeitete Bericht über Alternativmodelle schlägt ein Zwei-Standorte-Modell der Somatik unter einer gemeinsamen Trägerschaft, mit stärkerem Einbezug des Standorts Sarnen vor, das künftige Optionen je nach Entwicklung der Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung offen lässt. In der gemeinsamen Medienmitteilung vom 8. Juli 2004 haben die beiden Regierungen festgehalten, dass sie trotz unterschiedlicher Auffassungen gewillt sind, die Spitalkooperation weiterzuführen, um die Grundversorgung für die Bevölkerung von Obwalden und Nidwalden, unter Berücksichtigung der politischen Rahmenbedingungen, in optimaler Qualität und zu tragbaren Kosten sicherzustellen. Der Obwaldner Regierungsrat will aus realpolitischen Gründen den Spitalstandort Sarnen nicht aufgeben. Der Nidwaldner Regierungsrat favorisiert aus Gründen der betriebswirtschaftlichen und medizinischen Optimierung das Ein-Standort-Modell. Beide Regierungen wollen die Zielsetzungen in der Spitalkooperation auf Grund der unterschiedlichen Auffassungen nach interner Überprüfung bis im Herbst neu definieren und die weiteren Schritte gestützt darauf gemeinsam neu festlegen.

## 2 Einflussgrössen

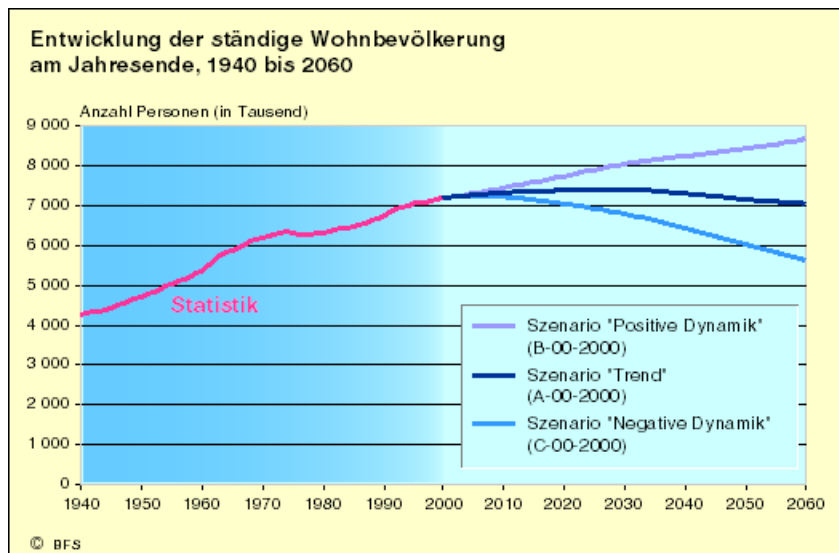
### 2.1 Demographische Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit

„Pflegerplanung für das Alter ist sowohl ein Blick nach vorn als auch ein Blick zurück: Einerseits müssen die zukünftigen demographischen Rahmenbedingungen einbezogen werden, andererseits sind aber auch die vergangenen Lebens- und Gesundheitserfahrungen älterer Menschen bedeutsam.“<sup>31</sup>

#### 2.1.1 Demographische Szenarien in der Schweiz

Die Grafik „Entwicklung der Wohnbevölkerung in der Schweiz“<sup>32</sup> zeigt die statistisch erfassten Zahlen für die Jahre 1940 bis 2000 und unter drei verschiedenen Annahmen gerechnete Prognosen für die Jahre 2000 bis 2060. Zumindest nach dem mittleren, als "Trend" gekennzeichneten Szenario ist mit einem nur mässigen Anstieg der Wohnbevölkerung bis zum Jahr 2025 und anschliessender Abnahme zu rechnen. Ganz anders sieht die Altersstruktur der Bevölkerung aus. Grafik 3.1.2 zeigt, wie der Anteil der über 65 – Jährigen in den nächsten Jahren stark steigen wird.

Grafik 3.1.1  
Entwicklung der Wohnbevölkerung  
in der Schweiz<sup>33</sup>



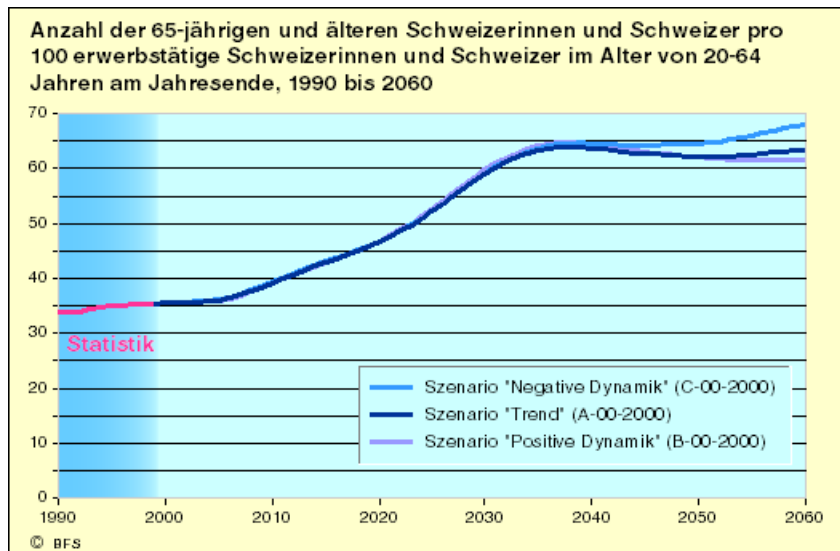
<sup>31</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.

<sup>32</sup> [http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber01/scen\\_95/dgraph1.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/scen_95/dgraph1.htm)

<sup>33</sup> [http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber01/scen\\_95/dgraph1.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/scen_95/dgraph1.htm)



Grafik 3.1.2  
Entwicklung der Altersstruktur<sup>34</sup>



## 2.1.2 Demografische Szenarien in Obwalden

Die Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung gemäss einer geschlechts- und kohortenspezifischen Umrechnung der Überlebensordnung auf die Wohnbevölkerung bis 2015 belegt, dass die Zunahme der 65-79-Jährigen Bevölkerung zu stark ausfällt, wenn Migrationseffekte (Rückkehr von Ausländern) unberücksichtigt bleiben. Diese Effekte werden zumindest ansatzweise beim korrigierten Szenarium berücksichtigt. Es zeigt sich in jedem Fall ein demographisch bedingter Anstieg in der Zahl älterer Menschen, und zwischen 2000 und 2015 dürfte die Zahl 65-79-Jähriger Menschen im Kanton um gut 19-20% ansteigen (was allerdings deutlich geringer ist als etwa für den Kanton Zug zu erwarten ist). Noch stärker steigt die Zahl über 80-Jähriger Menschen an, weil in den kommenden Jahrzehnten relativ stark vertretene Geburtsjahrgänge ein hohes Alter erreichen. Bis 2015 ist in dieser Altersgruppe mit einem relativen Anstieg von gut 28% zu rechnen.

Besonders markant ist der zahlenmässige Anstieg von über 90-Jährigen Menschen. Allerdings ist gerade diese Entwicklung von der weiteren Entwicklung der Pflegeversorgung nicht unabhängig (da die Restlebenserwartung von Hochbetagten sachgemäss auch mit der Qualität der Betreuung und Pflege abhängt).<sup>35</sup>

<sup>34</sup> [http://www.statistik.admin.ch/stat\\_ch/ber01/scen\\_95/dgraph3.htm](http://www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber01/scen_95/dgraph3.htm)

<sup>35</sup> Gesundheitsökonomisch bedeutet dies, dass Angebot und Nachfrage miteinander verhängt sind, was in der Pflege hoch betagter Menschen zentrale ethische Fragen aufwirft (z.B. unnötig lebensverlängernde Pflege versus würdiges Alter usw.)

Je kleiner eine Region, desto unzuverlässiger sind längerfristige Bevölkerungsprojektionen. Dies hat vor allem damit zu tun, dass in Gemeinden schon kleinere unvorhersehbare Ereignisse, die Bevölkerungsentwicklung und -struktur merkbar verändern können. Eine Fabrikschliessung kann rasch zur Abwanderung von jüngeren Arbeitskräften führen und damit die demographische Alterung der Wohnbevölkerung beschleunigen. Umgekehrt kann die Erschliessung eines neuen familienfreundlichen Wohnquartiers zur Verjüngung der Bevölkerung führen (Zuzug an jungen Familien und anschliessend viele Geburten). Im höheren Lebensalter können die Eröffnung einer Seniorenresidenz oder von Alterswohnungen zu interkommunalen Wohnortswechsel älterer Menschen beitragen, und familiengenetische Besonderheiten können namentlich in ländlich geprägten Gemeinden dazu führen, dass mehr Menschen ein hohes Alter erreichen als statistisch zu erwarten wäre.

Je nach der aktuellen Bevölkerungsstruktur (z.B. gegenwärtig viele oder wenige ältere Menschen) ergeben sich für unterschiedliche Gemeinden unterschiedliche Entwicklungen, etwa in der Zahl hochaltriger Menschen:

Gemeinde Alpnach: Während die Zunahme bei den 'jungen Alten' relativ stetig anfällt, verläuft sie bei den höheren Altersgruppen unstetig. Die Zahl der 90+-Jährigen dürfte 2015 vor allem deshalb hoch sein, weil 2000 die Gruppe der 75-79-Jährigen relativ stark vertreten ist (danach dürfte ihre Zahl wieder sinken).

Gemeinde Engelberg: In dieser Gemeinde ist bis 2015 vor allem die Gruppe der 70-79-Jährigen stetig ansteigend, wogegen etwa die Altersgruppe 85-89 primär 2000 bis 2005 ansteigt, um danach eher konstant zu bleiben. Auch hier widerspiegeln sich die Folgen aktueller Altersstrukturen.

Gemeinde Giswil: Die Zahl der hoch betagten Menschen nimmt höchstwahrscheinlich kontinuierlich zu, wogegen der Trend bei den jüngeren Rentnern - und namentlich den 70-74-Jährigen - uneinheitlich sein dürfte.

Gemeinde Sachseln: Mit Ausnahme der 75-84-Jährigen zeigen alle Altersgruppen stetige und teilweise massive Zunahmen. Hier zeigt sich einerseits das Älterwerden relativ starker Jahrgänge, aber auch eine steigende Zahl hoch betagter Menschen aufgrund erhöhter Lebenserwartung (Altern von oben her).

Gemeinde Sarnen: Ein rascher Anstieg ist vor allem bei den 65-79-Jährigen zu erwarten, wogegen der Anstieg in den höheren Altersgruppen geringer ausfällt.

Gemeinde Kerns: Auch hier widerspiegelt sich das Bild, dass je nach Altersverteilung der Ausgangsbevölkerung uneinheitliche Entwicklungen möglich sind (geburtstarke Jahrgänge ziehen ihre Spur, und falls geburtstarke Jahrgänge durch schwächer besetzte Jahrgänge abgelöst werden, können die Trends sogar rückläufig verlaufen).

Gemeinde Lungern: Eine Zunahme ist hier primär an den beiden Extremen (65-69-Jährige und 90+-Jährige) zu erwarten, wogegen die Entwicklung in den übrigen Altersgruppen uneinheitlich ist.

Aufgrund des Älterwerdens geburtenstarker Jahrgänge und weiter ansteigender Lebenserwartung älterer Menschen werden auch im Kanton Obwalden die Zahl und der Anteil älterer Menschen ansteigen. Zwischen 2000 und 2015 dürfte die Zahl 65-79-jähriger Einwohner von rund 3'300 auf gut 3'900 Personen ansteigen. Die Zahl der 80-Jährigen und älteren Einwohner dürfte im gleichen Zeitraum von gut 1'290 auf gut 1'640 Personen ansteigen. Kommunale Szenarien bestätigen den Trend zu mehr älteren und vor allem mehr hoch betagten Personen. Allerdings verläuft die demographische Alterung nicht in allen Gemeinden gleichläufig (und in einigen kleineren Gemeinden ist bis 2015 nur mit einem geringen zahlenmässigen Anstieg von über 80-Jährigen Einwohnern zu rechnen).<sup>36</sup>

## 2.2 Prognose der Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden

Die neueren Generationen älterer Menschen dürften mit hoher Wahrscheinlichkeit später pflegebedürftig werden als jetzige Generationen, und dies dürfte auch für den Kanton Obwalden gelten. Eine Fortschreibung der aktuellen altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten ist deshalb vor allem längerfristig problematisch. Schon in den letzten Jahrzehnten hat sich die behinderungsfreie Lebenserwartung erhöht.<sup>37</sup> Generationenwandel - mehr Menschen mit lebenslanger Gesundheitsvorsorge, weniger Menschen mit beruflich bedingten körperlichen Abbauerscheinungen, aber auch der verstärkte Einsatz technologischer Kompensationsstrategien (Gelenkoperationen und anderes mehr) sowie mehr Möglichkeiten rehabilitativer Art im höheren Lebensalter dürften zukünftig zu einer gewissen Verhinderung von Behinderungen im Alter oder zumindest zu Verzögerungen im Krankheitsverlauf führen.

In den letzten Jahren haben sich zudem präventive Hausbesuche mit multidimensionalem geriatrischem Assessment bei älteren und betagten Menschen als nachweisbar wirksam erwiesen, da dabei Umgebungsaspekte (z.B. Sturzgefährdung in der Wohnung und andere) sowie ungeeignete Medikation in die geriatrische Evaluation einbezogen werden.<sup>38</sup> Die entsprechenden Pilotstudien haben die gesundheitsfördernde Wirkung solcher Interventionen - bei geeigneter Professionalisierung präventiver Hausbesuche - klar nachgewiesen.<sup>39</sup>

Soziale Veränderungen (weniger Rentnerinnen und Rentner aus Industrieberufen mit vorzeitigen, irreversiblen körperlichen Einbussen, eher verbesserte Gesundheitsbiographie bei jüngeren Generationen) und präventive bzw. rehabilitative medizinische Fortschritte lassen in den nächsten Jahrzehnten eine Reduktion der heutigen Pflegebedürftigkeitsquoten als wahrscheinlich erscheinen. Hier gehen wir in einem zusätzlichen Szenarium von einer eher moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten aus. Der Zweck eines solchen alternativen Szenarios liegt darin festzuhalten, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen entwickelt, wenn statt einer Fortschreibung bestehender Pflegebedürftigkeitsquoten moderate - d.h. präventiv und rehabilitativ durchaus realisierbare - Fortschritte zum Tragen

---

<sup>36</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004

<sup>37</sup> Höpflinger, F., Gesunde und autonome Lebensjahre - Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in: P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Huber-Verlag, Bern, 2003, S. 59-74

<sup>38</sup> Stuck, A.E., Prävention von Behinderung im Alter, in: T. Niklaus (Hrsg.) Klinische Geriatrie, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 2000, S. 39-45

<sup>39</sup> Schmockler, H., Oggier, W.; Stuck, A. (Hg.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri, 2000

kommen. Für das Szenario „moderate Reduktion des Pflegebedürftigkeitsrisikos“ werden folgende gerontologisch abgestützte Annahmen getroffen:

- a) Bei der Gruppe der 65-69-Jährigen ist eher von einer leichten Zunahme der Pflegebedürftigkeit auszugehen, weil soziale und medizinische Fortschritte dazu beitragen, dass mehr behinderte bzw. pflegebedürftige Menschen überhaupt das AHV-Alter erreichen.
- b) In der Gruppe der 70-79-Jährigen wird von einem moderaten Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquoten ausgegangen (ein Szenario, welches beispielsweise durch gesamtschweizerisch durchgeführte präventive geriatrische Hausbesuche zu realisieren wäre). Aber auch im Fall geringerer präventiver Erfolge scheint in dieser Altersgruppe aufgrund des Generationenwandels und aufgrund von Fortschritten bei Rehabilitationsmassnahmen ein Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquoten als durchaus realistisch.
- c) Bei den 80-84-Jährigen wird primär aufgrund erhöhter Multimorbidität eine etwas geringere Reduktion der Pflegebedürftigkeit angenommen. Zudem handelt es sich auch in Zukunft um ältere Geburtsjahrgänge (80-Jährig im Jahre 2020 = Geburtsjahrgang 1940), die noch stärker von der ländlich-gewerblichen Geschichte des Kantons Obwalden geprägt sind.
- d) Die Hochaltrigen umfassen erstens ebenfalls noch Geburtsjahrgänge mit oft starken körperlichen Arbeitsbelastungen in ihren Erwerbsjahren. Zweitens ist im hohen Lebensalter - auch unter günstigen Umständen - eher mit einer zeitlichen Verzögerung der Pflegebedürftigkeit als mit einer endgültigen Prävention zu rechnen, weil aufgrund zunehmender Multimorbidität rehabilitative und kompensatorische geriatrische Strategien auf Grenzen stossen. Deshalb ist in dieser Altersgruppe höchstens mit geringfügigeren Veränderungen zu rechnen.

In den nachfolgenden Szenarien werden damit jeweils zwei unterschiedliche Szenarien vorgestellt:

- a) Szenarium basierend auf aktuellen Pflegebedürftigkeitsquoten (lineare Fortschreibung)
- b) Szenarium basierend auf reduzierten Quoten bis 2010 bzw. 2015.

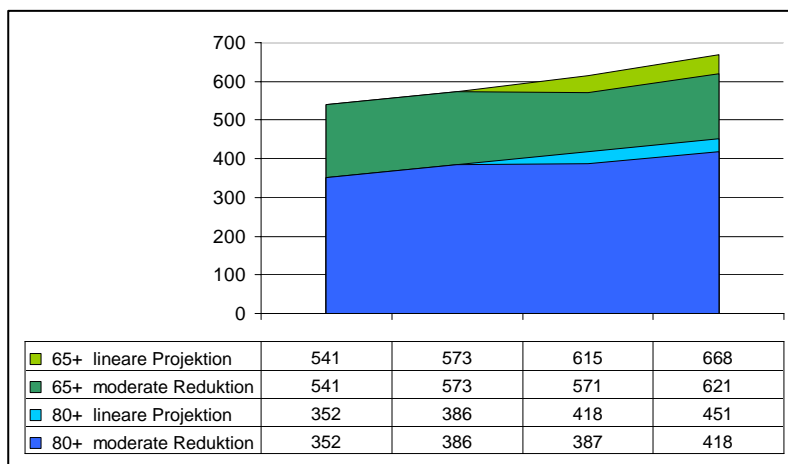
In Tabelle 3.2.1 und der folgenden Grafik sind die (altersspezifischen) Zahlen älterer pflegebedürftiger Menschen für 2000 sowie die gemäss Bevölkerungsprojektionen durchgeführte Umrechnung auf die Jahre 2005, 2010 und 2015 aufgezeigt. Zentral ist hier anzumerken, dass die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen unabhängig vom Wohnort (zuhause oder in sozio-medizinischer Einrichtung) aufgeführt ist.

Tabelle 3.2.1

**Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im Kanton Obwalden****A) Gemäss Kohortenszenarium<sup>40</sup> (Basis: Bevölkerungsprojektion mit Migrationskorrektur)**

	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Total 65+
2000	31	63	97	133	218	542
Lineare Projektion						
2005	30	68	90	151	240	579
2010	34	67	98	142	278	619
2015	41	76	98	159	295	669
Moderate Reduktion						
bis 2010	37	61	88	128	262	576
bis 2015	45	70	88	143	279	625

Grafik 3.2.1

**Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftiger im Kanton Obwalden**

Im Jahre 2000 kann für den ganzen Kanton von gut 540 älteren pflegebedürftigen Menschen ausgegangen werden, wovon gut 65% 80 Jahre und älter waren. Dies entspricht einem Anteil von 11.9% der 65-Jährigen und älteren Wohnbevölkerung. Bis 2005 dürfte kantonsweit eine Zunahme um gut 35-40 zusätzlichen Pflegebedürftigen zu erwarten sein. Die weitere Entwicklung hängt stark davon, ob es zu einer (weiteren) Erhöhung der behinderungsfreien Lebenserwartung kommt. Bei gleich bleibenden Quoten von Pflegebedürftigkeit erhöht sich die Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen bis 2010 auf aufgerundet 620 Menschen und bis 2015 auf gut 670 Personen. Sofern es - aufgrund des Eintretens neuer Generationen ins Alter und/oder verstärkter präventiver Erfolge - zu einer reduzierten Pflegebedürftigkeit kommt, dürfte der Anstieg geringer sein. Unter gleich bleibenden Umständen wird sich die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im Kanton zwischen 2000 bis 2015 um nahezu 130 Menschen erhöhen, bei moderaten sozio-medizinischen Fortschritten beträgt die Zunahme dagegen eher 80 Personen.

<sup>40</sup> Kohorte ist eine nach bestimmten Kriterien ausgewählte Personengruppe, deren Entwicklung und Veränderung in einem bestimmten Zeitablauf soziologisch untersucht wird.

In welchem Masse die steigende Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im gleichen Masse zu einem erhöhten Bedarf nach stationären sozio-medizinischen Einrichtungen führt, hängt allerdings auch davon ab, wie viele ältere pflegebedürftige Menschen zuhause, ambulant, gepflegt werden. Je besser die familiäre Angehörigenpflege verankert ist, desto mehr betagte Pflegebedürftige werden zuhause gepflegt (was die institutionelle Pflege wesentlich zu entlasten vermag). Durchgeführte erste Analysen zeigen, dass sich die familiäre Pflege und Unterstützung bisher weniger abgeschwächt hat als vielfach vermutet, namentlich auch in ländlichen bis kleinstädtischen Regionen.

### **2.2.1 Szenarien zur Entwicklung pflegebedürftiger Menschen in den Gemeinden**

Kommunale Szenarien sind heikler als kantonale Szenarien, da Migrationseffekte und andere Faktoren relativ stärker ins Gewicht fallen. So ist es beispielsweise nicht selten der Fall, dass pflegebedürftige ältere Menschen aufgrund ihrer aktuellen oder zukünftig befürchteten Pflegebedürftigkeit ihren Wohnort wechseln, etwa um in eine behinderungsgerechte (Alters)-Wohnung zu ziehen oder um durch Umzug in die Nähe von Kindern bessere familiäre Pflege zu erhalten.

Gemeinde Alpnach: Bei gleich bleibender Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit ist bis 2015 eine Zunahme von gut 22 älteren Pflegebedürftigen zu erwarten. Auch unter günstigen Umständen ist der Anstieg nur leicht schwächer (16 Pflegebedürftige mehr).

Gemeinde Engelberg: Auch hier variiert der Anstieg je nach Szenarium zwischen 16 bis 22 zusätzlichen älteren Pflegebedürftigen.

Gemeinde Giswil: In dieser Gemeinde ist je nach zukünftiger Entwicklung der Gesundheit älterer Menschen bis 2015 eine Zunahme von 10 bis 15 Pflegebedürftigen zu erwarten (und unter günstigen Umständen könnten es sogar weniger sein).

Gemeinde Sachseln: Bei gleich bleibenden Pflegequoten erhöht sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen um 21 Personen, bei sozio-medizinischen Fortschritten jedoch nur um 13 Personen.

Gemeinde Sarnen: Auch in dieser Gemeinde variiert die Zunahme je nach gesundheitlicher Entwicklung, um 15 Personen (optimistisches Szenarium) oder um 27 Personen (pessimistisches Szenarium. Gelingt es die Pflegequoten sogar bis 2010 wesentlich zu senken, wird der Effekt der demographischen Alterung sogar vollständig kompensiert.

Gemeinde Kerns: Bis 2015 variiert die Zunahme an älteren Pflegebedürftigen zwischen 8-14 Personen.

Gemeinde Lungern: Unter günstigen Umständen kann die Zahl der Pflegebedürftigen in etwa gleich bleiben. Bei Fortschreibung heutiger Pflegebedürftigkeitsquoten wären es um die 6 Personen mehr.

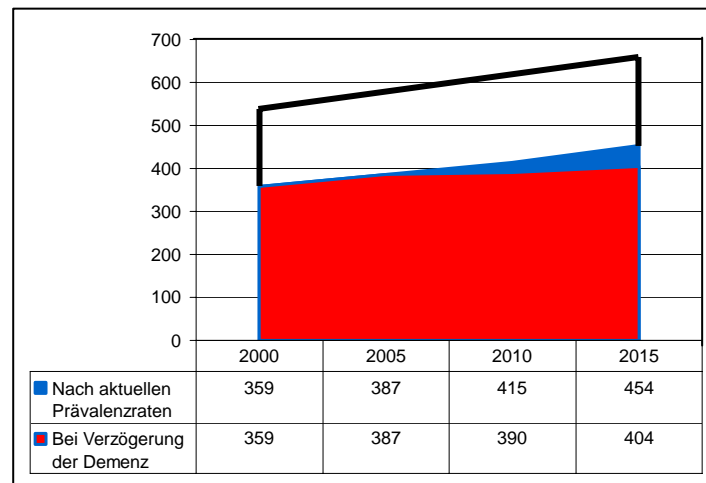
### **2.2.2 Szenarien zur Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen**

Ausgehend von den heutigen Häufigkeitswerten demenzieller Störungen bei älteren Menschen lässt sich für 2000 die Zahl der demenzkranken Menschen im Kanton Obwalden auf rund 360 Personen einschätzen, wovon 68% älter sind als 79 Jahre. Bis zum Jahr 2005

dürften es 28 Personen mehr sein und ihre Zahl kann für 2004 auf rund 380 Personen geschätzt werden. Bei gleich bleibenden Werten kann sich die Zahl demenzkranker älterer Menschen kantonsweit bis 2010 auf 415 Personen und bis 2015 auf über 450 Personen erhöhen.

### Grafik 3.2.2

#### Voraussichtliche Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen im Kanton Obwalden 2000- 2015



Da es jedoch unwahrscheinlich ist, dass in den nächsten 10-15 Jahren keine wirksamen medizinischen Mittel, zumindest zur Verzögerung des Eintretens alltagsrelevanter Demenzstörungen entwickelt werden, ist eine lineare Fortschreibung problematisch. Die alternativen Szenarien, die eine Verzögerung der Demenz um ein Jahr bzw. zwei Jahre erfassen, führen zu deutlich tieferen Werten. Insgesamt wird die Zahl demenzkranker Menschen in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren zwar ansteigen, aber der Anstieg dürfte durch präventive und rehabilitative Interventionen etwas gebremst werden, und zwischen 2000 und 2015 dürfte grob geschätzt mit einer Zunahme älterer Demenzkranker in der Grössenordnung von 50-80 Personen zu rechnen sein.

Die Entwicklung geht heute auf der einen Seite in die Richtung, dass eine Diagnose potentieller Demenzrisiken immer früher möglich wird. Moderne Diagnoseinstrumente - wie Messung des Sauerstoffgehalts in verschiedenen Gehirnregionen und andere - erlauben eine immer frühere Erkennung demenzieller Risiken. Dasselbe gilt auch für genetische Diagnosen. Auf der anderen Seite zeichnet sich ab, dass alltagsrelevante Einbussen beim Eintreten hirnganischer Störungen durch entsprechende Interventionen (Medikamente, Gedächtnistraining, kompensatorische Alltagsroutinen usw.) später eintreffen können. Oder in anderen Worten: Die Zahl leicht bis mittelschwer demenzkranker Menschen wird stärker ansteigen als die Zahl stark demenzkranker Menschen, und die Pflege wird immer stärker mit älteren Menschen konfrontiert, die wissen, dass sie an (irreversiblen) hirnganischen Erkrankungen leiden, ohne jedoch schon jetzt ihre Alltagsautonomie voll eingebüsst zu haben. Dieser Prozess bedeutet, dass eine frühzeitige Beratung und Betreuung von demenzkranken Menschen - und ihrer Angehöriger - immer wichtiger wird und den qualitativen Veränderungen des Phänomens ist ebenso Rechnung zu tragen wie der rein quantitativen Entwicklung.

### 2.2.3 Zusammenfassende Darstellung zentraler Ergebnisse

Für das Jahr 2000 lässt sich die Zahl älterer pflegebedürftiger Personen auf gut 540 Personen schätzen. Davon waren gut 65% 80 Jahre und älter. Bis 2005 ist kantonsweit mit einer Zunahme von gut 37 zusätzlichen Pflegebedürftigen zu rechnen. Bei gleich bleibenden Quoten von Pflegebedürftigen würde ihre Zahl bis 2015 auf gut 670 Personen ansteigen. Soziale und medizinische Fortschritte dürften zukünftig jedoch zu geringeren Quoten führen, und deshalb ist bis 2015 eher mit einer Zahl von 620-630 pflegebedürftigen älteren Menschen zu rechnen.

Die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen steigt in den einzelnen Gemeinden, je nach ihrer demographischen Entwicklung, unterschiedlich stark an. Einige Gemeinden (Kerns, Lungern) können unter günstigen gesundheitlichen Entwicklungen sogar gleich bleibende Zahlen erwarten, wogegen die Mehrheit der Obwaldner Gemeinden, auch unter verbesserten gesundheitlichen Bedingungen, mit einer Zunahme in der Zahl älterer und hoch betagter Pflegebedürftigen zu rechnen hat.

Eines der zentralen Risiken hohen Alters sind hirnorganische Störungen in ihren verschiedenen Formen, und die Häufigkeit demenzieller Störungen steigt klar mit dem Lebensalter an. Für das Jahr 2000 lässt sich die Zahl älterer demenzkranker Menschen für den gesamten Kanton auf gut 360 Menschen schätzen. Bis 2005 dürfte ihre Zahl auf gut 385-390 Personen ansteigen. Sofern es bis dahin zu keinen medizinischen Fortschritten kommt, würde die Zahl demenzkranker älterer Menschen bis 2015 auf gut 450 Personen ansteigen. Dies ist allerdings ein eher unwahrscheinlich pessimistisches Szenarium, und angeführte Szenarien, die von einem verzögerten Eintreten demenzieller Erkrankungen ausgehen, führen zu deutlich tieferen Werten (z.B. 400 statt 450 Demenzkranke). Auch kommunal kann die zahlenmässige Zunahme in der Zahl demenzkranker älterer Menschen durch medizinische Fortschritte gebremst werden. Aber auch unter günstigen Umständen ist in der Mehrzahl der grösseren Obwaldner Gemeinden mit einer Zunahme in der Zahl älterer demenzkranker Frauen und Männer zu rechnen und Demenzerkrankungen sind besonders pflegeintensiv, auch weil Demenzkranke - beim Fehlen kardio-vaskulärer Krankheiten - eine hohe Restlebenserwartung aufweisen.

### 2.3 Der Einfluss des Angebotes auf den Pflegebedarf

Das Verhältnis von ambulanter und stationärer Pflege hängt nicht allein vom gesundheitlichen Zustand bzw. der Pflegebedürftigkeit ab, sondern sie wird von einer Reihe anderer Faktoren bestimmt. Diverse soziale Gründe können dazu führen, dass auch momentan noch selbstständige oder funktional nur leicht eingeschränkte ältere Menschen in eine Alterseinrichtung wechseln:

- Verlust eines Partners (Verwitwung) sowie das Fehlen naher Angehöriger, wobei das Risiko der Vereinsamung durch einen Wechsel in eine Alterseinrichtung reduziert wird.
- Psychische Probleme (wie depressive Symptome) können auch bei mehr oder weniger intakter körperlicher Gesundheit zu einem Wechsel in eine Alterseinrichtung beitragen.



- Ungünstige Wohnverhältnisse (z.B. schlecht zugängliche Wohnung in einem alten Haus ohne Lift, zu grosse Wohnung mit aufwändigen Putzarbeiten, Gefühl von Unsicherheit in einer Nachbarschaft, die sich enorm verändert hat, zu weit entfernte Einkaufsmöglichkeiten) können starke Motive sein, auch ohne massive funktionale Einschränkungen, in eine Alterseinrichtung zu wechseln.
- Im hohen Lebensalter wird ein Übertritt in eine Alters- und Pflegeheim auch aufgrund einer erwarteten Verschlechterung der Gesundheit ins Auge gefasst (vorsorglicher Übertritt).<sup>41</sup>

Insgesamt gesehen sind solche sozialen Einflussfaktoren umso stärker, je knapper das Angebot an Heimplätzen wahrgenommen wird. Das heisst je mehr ältere Menschen befürchten, im Bedarfsfall nicht rasch einen Pflegeplatz zu erhalten, desto stärker spielen vorsorgliche Motive eine Rolle.

Ein (grober) Vergleich der ambulanten und stationären Betreuung im Kanton Obwalden und anderen Kantonen lässt dabei einige interessante Beobachtungen zu:

a) Was Spitex-Leistungen für 65-79-jährige Menschen betrifft, liegen die Werte eher über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt, wobei zudem der Anteil von Spitex-Leistungen, die auf jüngere Menschen entfallen, höher liegt als in anderen Kantonen. Was die 80-Jährigen und älteren Menschen betrifft, liegen die Spitex-Leistungen deutlich über den Werten etwa der Kantone Zürich, Uri, Schwyz, Zug oder Luzern. Ähnlich wie der Kanton Nidwalden - aber auch wie im Kanton Waadt - gehört der Kanton Obwalden zu den Kantonen mit vergleichsweise gut ausgebauter ambulanter Betreuung (eine Form von Betreuung, die gerade auch für Bergregionen sehr sinnvoll ist).

b) Gleichzeitig ist der Anteil älterer Menschen, die in sozio-medizinischen Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen leben, im Kanton Obwalden höher als im gesamtschweizerischen Mittel, namentlich bei den über 80-Jährigen. Das Projektteam geht davon aus, dass möglicherweise die Alterswohnungen zu den Pflegebetten dazu gezählt worden sind. Im regionalen Vergleich liegt Obwalden allerdings durchaus im Rahmen anderer innerschweizerischer Kantone, die insgesamt ebenfalls überdurchschnittliche Werte aufweisen.

Die Gründe für dieses Muster sind nicht immer eindeutig bestimmbar. Ein Faktor, der namentlich in manchen Regionen der Ost- und Innerschweiz zu vielen Heimbewohnern führt, ist eine lange Tradition von Bürgerheimen, die bis heute nachwirkt. Andere regionale Faktoren - die auch für den Kanton Obwalden teilweise Bedeutung sein können - sind eine frühere gewerblich-industrielle Entwicklung, die dazu beiträgt, dass heute viele ehemalige Gewerbe- und Industriearbeiter ins hohe Alter kommen. Und für viele ehemalige Industriearbeiter und -arbeiterinnen bedeutet ein Umzug in ein modernes Alters- und Pflegeheim eine durchaus positive Wohlfahrtssteigerung. Eine solche Konstellation kann allerdings bedeuten, dass ein Generationenwechsel des Alters (mehr ehemalige Angestellte im Alter) die Ansprüche an die Alterspflege sehr rasch ändern kann (Wunsch nach ambulanter bzw. teilstationärer Pflege, verstärkte negative Vorurteile gegenüber Alters- und Pflegeheimen).

---

<sup>41</sup> In einer 2003 durchgeführten Erhebung bei zuhause lebenden älteren Menschen zeigte sich, dass in der deutschsprachigen Schweiz 28% der zuhause lebenden, meist noch mehr oder weniger autonomen 80+-Jährigen sich schon in einem Alters- und Pflegeheim angemeldet haben, vgl. Höpflinger 2004.

Tabelle 3.5.1

**Ambulante und stationäre Betreuung im Jahr 2000: Kanton Obwalden im Vergleich zu anderen Kantonen****A) Spitex-Leistungen im höheren Lebensalter:**

	Spitex-Leistungen für Personen der jeweiligen Altersgruppe pro 100 Personen im Alter von:		Anteil der KlientInnen in jeweiliger Altersgruppe (am Total aller KlientInnen)	
	65-79	80+	65-79	80+
Obwalden	13.1	46.8	26.2%	34.1%
Zürich	9.5	39.9	30.4%	43.8%
Luzern	6.4	23.6	28.6%	38.1%
Zug	5.6	28.0	23.4%	34.9%
Uri	4.2	19.8	26.2%	41.7%
Schwyz	6.9	18.8	27.3%	32.6%
Nidwalden	8.2	49.5	23.6%	44.1%
Waadt	11.9	45.8	29.4%	43.0%
Schweiz total	10.3	48.8	30.0%	42.0%

**B) Bewohner von sozio-medizinischen Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen**

	In % der Wohnbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe:	
	65-79	80+
Obwalden	3.1	26.3
Zürich	1.8	23.5
Luzern	2.8	23.7
Zug	2.5	26.3
Uri	2.0	26.2
Schwyz	3.6	23.3
Nidwalden	2.7	25.2
Waadt	1.6	14.3
Schweiz total	2.3	20.5

Quelle: A: Spitex-Statistik 2000, B: Statistik sozial-medizinischer Einrichtungen 2000

Was das Verhältnis von Pflegebedarf und Angebot betrifft, fällt für den Kanton Obwalden auf, dass einerseits die ambulante Pflege (Spitex) gut ausgebaut erscheint, und jedenfalls mehr ältere Menschen von der Spitex profitieren als dies in anderen innerschweizerischen Kantonen der Fall ist. Andererseits leben relativ viele ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen. Der Anteil älterer Menschen, die in Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen leben, ist im Kanton Obwalden höher als im gesamtschweizerischen Mittel. Eine Vermutung ist, dass dies mit der Vergangenheit des Kantons Obwalden verbunden ist: viele ehemalige Gewerbe- und Industriearbeiter, die zu einer Zeit aufwuchsen, als der Kanton Obwalden noch eine völlig andere Wirtschaftsstruktur als heute aufwies, und die jetzt im Alter eine stationäre Pflege auch aufgrund sozialer und wirtschaftlicher Faktoren bevorzugen bzw. erhalten. Das Projektteam geht davon aus, dass möglicherweise die Alterswohnungen zu den Pflegebetten dazu gezählt worden sind. Zukünftige Generationen älterer Menschen können vermehrte Ansprüche an eine ambulante oder teil-stationäre Pflege aufweisen, wodurch sich die stationäre Pflege vermehrt auf stark pflegebedürftige betagte Menschen (oft mit demenziellen Störungen) konzentrieren kann.“<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004

### 3 Zukünftiges Angebot

In der Bedürfnisumfrage bei den Mitgliedern der IG Alter und einer jüngeren Vergleichsgruppe sind grossmehrheitlich anerkennende Bemerkungen zum gegenwärtigen Altersangebot gemacht worden.

Nach der Einschätzung des Projektteams und dem Augenschein der externen Projektleitung kommt das Projektteam zum Schluss, dass heute bereits im Kanton Obwalden ein ausgebautes, qualitativ hoch stehendes Angebot im Altersbereich besteht. Tendenziell rechnen die Alters- und Pflegeheime Lungern und Engelberg in Zukunft mit einer Überkapazität. Kerns und Sachseln überlegen sich den Aus- und Umbau ihrer Alters- und Pflegeheime und in Sarnen ist eine Einrichtung für Demente aus Sarnen geplant.

Wenn man die Rückmeldungen aus den Bedürfnisumfragen mit dem jetzigen Angebot vergleicht, kann festgestellt werden, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung bezüglich Dienstleistungen im Altersbereich mit dem heutigen Angebot weitgehend abdeckt sind. Auffallend ist, wie viele ältere Menschen, Zuhause mit der entsprechenden Begleitung des sozialen Umfelds betreut werden möchten. Hier würde ein Ausbau der finanziellen Ressourcen zur Erweiterung des Angebots einem grossen Bedürfnis entsprechen.

Bei der Planung des zukünftigen Angebots sind wir gemäss den Vorgaben der Gemeinden von einer kostenneutralen Planung ausgegangen. Unter kostenneutral verstehen wir gleich bleibende Kosten pro Person inklusive Teuerung. Wir empfehlen, die Finanzierung so zu regeln, dass die Leistungserbringer ihre Dienstleistungen kostendeckend anbieten können. Die Integration der alten Menschen in die Gesellschaft trotz Pflegebedürftigkeit haben wir als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt.

Wir empfehlen das dezentrale Angebot zu belassen oder auszubauen und eine Kultur der institutionsübergreifenden Unterstützung weiter zu entwickeln, welche es ermöglicht, in anspruchsvollen Situationen, zum Beispiel bei Schwerpflegebedürftigen, Rat und Unterstützung bei einer anderen Institution mit mehr Erfahrung im entsprechenden Gebiet einzuholen.

Mit dem Case Management<sup>43</sup> kann die Altersbetreuung in einer aufeinander aufbauenden Unterstützungskette organisiert werden. Diese beinhaltet die Beratung zu Hause, das präventive Assessment<sup>44</sup>, die Entlastung und die Krisenintervention. Weitere Bausteine sind die Übergangspflege, die teilstationäre Pflege sowie der Daueraufenthalt in einer Institution. Besonders zu beachten sind hierbei die Schnittstellen. Ziel ist eine koordinierte Organisation der Angebote durch die bestehenden Leistungserbringer.

---

<sup>43</sup> Case Management: Fallbetreuung liegt bei einer Fachperson über die Institutionsgrenzen hinweg

<sup>44</sup> Assessment: Abklärung und Beurteilung

### 3.1 Handlungsfeld Altersprävention

#### Beschreibung des Handlungsfelds

So unterschiedlich wie ihre Lebensentwürfe sind auch die Bedürfnisse der Menschen im Alter. Sie können und wollen ihr Leben selbstständig und selbstverantwortlich gestalten. Das Ziel ist, die mit der Selbstständigkeit verbundene Lebensqualität so gut wie möglich zu bewahren, den Bedarf nach Betreuung und Pflege zu verringern und so Kosten zu senken.

#### Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

##### 3.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention

##### 3.1.2 Koordinationsstelle und Kompetenzzentrum für Altersfragen

##### 3.1.3 Körpertraining als Prävention

##### 3.1.4 Sturzprophylaxe

##### 3.1.5 Gedächtnistraining

#### 3.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention

##### Ausgangslage

Die Kantone Obwalden und Nidwalden haben seit 1. September 2001 eine gemeinsame Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention (Vereinbarung vom 3. April 2001, GDB 810.12). Die Fachstelle steht der Bevölkerung sowie den Behörden und Amtsstellen von Obwalden und Nidwalden zur Verfügung und ist administrativ dem zuständigen Amt des Kantons Obwalden unterstellt.

Die Fachstelle fördert gesundheitsrelevante, präventive Massnahmen in beiden Kantonen. Sie bietet insbesondere Fachberatung, unterstützt bei der Ausarbeitung und Durchführung von Massnahmen und Projekten, koordiniert die Umsetzung nationaler, regionaler und kantonaler Projekte und kann bei Bedarf und im Rahmen ihrer Kapazitäten auch eigene Projekte initiieren und durchführen.

##### Empfehlung

Die Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention kann Institutionen bei der Ausarbeitung und Durchführung von Projekten oder bei der Umsetzung nationaler Projekte in der Altersprävention beraten und begleiten. Die Zusammenarbeit der verschiedenen im Altersbereich tätigen Institutionen sowie der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention für die Kantone Obwalden und Nidwalden ist zu verstärken.

#### 3.1.2 Koordinationsstelle und Kompetenzzentrum für Altersfragen

##### Ausgangslage

Heute fehlt im Kanton Obwalden eine Koordinationsstelle für Altersfragen. Darunter verstehen wir eine Anlaufstation für interessierte Menschen mit Fragen rund um das Alter und den diesbezüglichen Angeboten. Sie richtet sich insbesondere an Neukunden, welche noch in keiner Institution eingebunden sind. Ziel der Koordinationsstelle ist, Fragen, Bedürfnisse und Probleme zentral zu erfassen und dann gezielt an die entsprechenden Institutionen und Organisationen weiter zu geben. Das Angebot ist niederschwellig und kundenfreundlich zu gestalten.

##### Handlungsbedarf

Verschiedene Institutionen weisen einen zusätzlichen Raumbedarf aus. Auf Grund dieser Ausgangslage empfiehlt sich die räumliche Zusammenführung der Geschäftsstellen, so dass die Koordinationsstelle als Kompetenzzentrum geführt werden könnte. Das Kompetenzzentrum würde eine frühe Erfassung und Kanalisierung der Altersfragen ermöglichen und

Doppelspurigkeiten vermeiden. Interdisziplinär und interinstitutionell könnten bei Spezialgebieten, Case Management wie auch bei präventiven Angeboten die Fachkompetenzen der verschiedenen Institutionen genutzt und die Dienstleistungen besser koordiniert und optimiert werden. Dieses Angebot würde sich durch eine hohe Kundenfreundlichkeit, die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden und den Institutionen, sowie Einsparungen bei den Personalkosten und im Infrastrukturbereich auszeichnen.

#### Aufgaben:

##### 1. Auskünfte

- über alle aktuellen Dienstleistungen und freien Kapazitäten von
- Alters- und Pflegeheime, Pro Senectute, Spitex, SRK (auch für stationäre Kurzaufenthalte)
- Beratungs- und Dienststellen von Kanton und Gemeinden

##### 2. Erstberatungen: (max. 30')

- Fallaufnahme mit standardisierten Personaldaten und kurzer Problembeschreibung und anschliessender Weitergabe an die entsprechende Institution

#### Anforderungen:

- Beratungskompetenz
- Sachkompetenz und umfassendes Wissen betreffend der Angebote und Dienstleistungen und für die Gewährleistung des Informationsflusses zwischen den beteiligten Institutionen und Körperschaften

#### Infrastruktur:

- Gemeinsame Telefonzentrale mit eigener Telefon Nummer
- Gemeinsamer Empfang
- Eigene Broschüre (Grossschrift)
- Schaltdienst für Materialausgaben
- Etc.

#### **Empfehlung**

Wir empfehlen die Koordinationsstelle mit einer einjährigen Pilotphase bei Pro Senectute einzurichten. Pro Senectute verfügt bereits über das entsprechende Know-how, weist den notwendigen Bekanntheitsgrad auf und ist im ganzen Kanton tätig. Weiter empfehlen wir den Ausbau der Koordinationsstelle zu einem Kompetenzzentrum, mit allen interessierten Organisationen im Gebäude des Kantonsspitals, zu prüfen.

#### **Kosten**

Es werden für die zusätzlichen Aufgaben 0.25 Stellen mit einem finanziellen Aufwand von ca. Fr. 32'500 (Berechnungsgrundlage Fr. 130'000 für eine 100% Stelle Sozialberatung inkl. Infrastruktur) veranschlagt. Wir empfehlen, die Koordinationsstelle über Beiträge der beteiligten Institutionen und Körperschaften zu finanzieren.

### **3.1.3 Körpertraining als Prävention**

#### **Ausgangslage**

Wildor Hollmann, emeritierter Sportmediziner der deutschen Sporthochschule Köln und Pionier der Bewegungstherapie in Deutschland meint, dass körperliche Aktivität eine Art Medikament des Jahrhunderts sei. Sein amerikanischer Kollege Ralph Paffenheimer von der Stanford Universität und Stammvater der Sportepidemiologie hält Animation zu regelmässigem Körpertraining für einen Akt sozialer Verantwortung, weil es Menschen rüstig

halte und damit den älter werdenden Industriegesellschaften Krankheits- und Pflegekosten spare.<sup>45</sup>

Pro Senectute Obwalden bietet bereits heute in acht verschiedenen Sportarten Angebote für die älteren Menschen an. Die Palette wird nach Bedarf angepasst und erweitert. Die ungefähr 60 Seniorensportleiterinnen und -leiter sind über Pro Senectute an eine Vereinbarung mit der Eidgenössischen Sportschule Magglingen an Qualitätsvorgaben betreffend Aus- und Fortbildung gebunden. Das jährliche Controlling stellt die Entwicklung der Angebote und die Qualität sicher.

Für das Angebot Turnen übernehmen die Vereine in den Gemeinden mit ihren langen Traditionen eine wichtige Funktion. Die Vorgaben für die Ausbildungen der Seniorensportleiterinnen und -leiter bei der Sportunion gleichen sich denjenigen wie Pro Senectute sie erfüllen muss. Beim Schweizerischen Turnverband (STV) besteht nach der Ausbildung zum Leiter keine Verpflichtung zu regelmässigen Weiterbildungen.

### **3.1.4 Sturzprophylaxe**

#### **Ausgangslage**

Mehrere 10'000 ältere Menschen verunfallen jedes Jahr in der Schweiz durch Stürze, etwa 15% erleiden dabei bleibende Schäden. Unterstützt von der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung bietet Pro Senectute Kurse an für das Gleichgewichtstraining und die Sturzprophylaxe. Die Kursleiterinnen sind Seniorensportleiterinnen und -leiter mit einer entsprechenden Zusatzausbildung. Ziel ist, in spielerischem Training die Muskulatur zu stärken und durch Entspannungsübungen mehr Sicherheit zu erhalten.

### **3.1.5 Gedächtnistraining**

#### **Ausgangslage**

Nur wer sein Gehirn regelmässig fordert, bleibt bis ins hohe Alter geistig fit. Das Training ermöglicht auch in hohem Alter Erfolgserlebnisse. In kleinen Gruppen werden Gedächtnisleistungen mit gezielten Übungen gefördert. Geschult werden die Wahrnehmung und das bewusste Konzentrieren. Ausgebildet werden die Kursleiterinnen beim Schweizerischen Verband der Gedächtnistrainerinnen. Eine zusätzliche Ausbildung ist erforderlich für Kurse in Alters- und Pflegeheimen. Seit mehr als 15 Jahren sind diese Kurse ein fester und beliebter Bestandteil bei Pro Senectute.

#### **Empfehlung**

Wir empfehlen das Körpertraining, die Sturzprophylaxe und das Gedächtnistraining als Massnahmen der Prävention und Kostenreduktion weiter bei Pro Senectute anzubieten. Mit den Krankenversicherern sind Verhandlungen über die Anerkennung der Präventionsangebote aufzunehmen.

#### **Kosten**

Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

<sup>45</sup> Bachmann K., Wie stark Ausdauertraining zu Herzen geht. Geo Nr. 8, Hamburg, 2001

## 3.2 Handlungsfeld Selbstversorgung

### Beschreibung des Handlungsfelds

Die zukünftigen Generationen älterer Menschen werden vermehrt eine gerontologische Pflege erwarten, bei der ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Die Selbstversorgung im Alter bietet sich hier an. Einerseits kann die Selbstständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit länger erhalten, andererseits können mit entsprechenden Massnahmen Kosten reduziert werden. Als Massnahmen zur Reduktion der Zahl der Pflegebedürftigen und zur Kostenreduktion empfehlen wir den Ausbau des Selbstversorgungskonzepts weiter zu entwickeln. In der Umfrage wird dies von allen Gemeinden gewünscht.

### Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

#### 3.2.1 Freiwilligenhilfe (Senioren für Senioren)

#### 3.2.2 Spitex

#### 3.2.3 Präventives Assessment

#### 3.2.4 Entlastungsdienst des SRK

#### 3.2.5 Selbstbefähigung (Empowerment) der Betagten

#### 3.2.6 Übergangspflege

#### 3.2.1 Freiwilligenhilfe (Senioren für Senioren)

### Ausgangslage

Eine Obwaldner Gemeinde schreibt: „In der Freiwilligenhilfe steckt ein grosses Potenzial für die Zukunft. Dieses sollte mit dem gezieltem Aufbau und der Förderung der Freiwilligenhilfe (Senioren für Senioren, usw.) aktiviert werden. Eventuell unterstützt oder mit Anreiz der öffentlichen Hand. Einerseits können auf diese Weise Kosten gespart werden, andererseits entspricht es dem Grundsatz, dass das Älterwerden nicht nur als individuelle sondern auch als kollektive Aufgabe an- und wahrgenommen werden muss.“

Schon heute werden viele Aufgaben durch freiwillige Helferinnen und Helfer abgedeckt. Die gesellschaftliche Anerkennung dieser volkswirtschaftlich kaum bezifferbaren Leistungen muss weiter entwickelt werden. Sonst besteht die Gefahr, dass die Bereitschaft, Arbeiten für das Gemeinwohl zu übernehmen, weiter sinkt.

Eine andere Form von freiwilliger Arbeit bietet eine, seit 1987 bestehende Vereinigung mit dem Namen „Senexpert“ an. Unter diesem Label bieten ehemalige Führungskräfte Hilfe für kleine bis mittlere Betriebe sowie für Verwaltungen bei komplexen Fragen und Problemen an. Damit werden Wissen und Erfahrungen von jungen und jung gebliebenen Senioren zu günstigen Konditionen weiter gegeben. Der Wissenstransfer und nicht eine Erwerbstätigkeit steht im Vordergrund dieser Tätigkeit. Mit den Erträgen werden ausserdem Dienstleistungen von Pro Senectute unterstützt.

### Handlungsbedarf

Die Gemeinderäte in den verschiedenen Gemeinden sind sich einig, dass diese Ressource vielfältig genutzt werden sollte. Die gesellschaftliche Anerkennung dieser Arbeit ist weiter zu entwickeln.

### Empfehlung

Alle Leistungserbringer in Obwalden fördern die Freiwilligenhilfe.

### Kosten

Diese Massnahmen können im Rahmen der ordentlichen Aufgaben der Leistungserbringer wahrgenommen werden. Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.



### 3.2.2 Spitex

#### Ausgangslage

Die meisten Menschen haben den Wunsch, auch nach Eintritt einer Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit möglichst lange zu Hause zu leben. Das Angebot der Spitex-Dienste im Kanton Obwalden ist mit der Familien- und Haushilfe, der Pflege sowie Betreuung umfassend ausgebaut.

#### Handlungsbedarf

Das Bedürfnis nach mehr Individualität wird in den nächsten Jahren noch zunehmen. Gesamthaft gesehen ist die Stärkung der ambulanten Angebote günstiger als der Bau und Betrieb weiterer Pflegeheimplätze. Um das Verbleiben zu Hause möglichst lange zu gewährleisten, muss das Dienstleistungsangebot der Spitex zeitlich ausgebaut werden. Ausserdem sollten Leistungen angeboten werden können, welche über das Angebot der öffentlichen Spitex hinausgehen, die aber einem Bedürfnis entsprechen und von den Klienten und Klientinnen finanziert werden.

#### Empfehlung

Wir empfehlen zu prüfen, wie das Spitex Angebot zeitlich ausgebaut werden kann und wie den Bedürfnissen entsprechende Leistungen zu Hause angeboten werden können.

### 3.2.3 Präventives Assessment zur Stabilisierung des sozialen Systems

#### Ausgangslage

Der grösste Teil der ambulanten Hilfe und Pflege wird heute in der Schweiz von Angehörigen und dem weiteren sozialen Umfeld erbracht. 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.<sup>46</sup>

Es kommt immer wieder vor, dass Notfalleintritte ins Spital erfolgen, weil der betagte Mensch, die pflegenden Angehörigen und das Umfeld überfordert sind und die Aufgabe nicht mehr bewältigen können. Solchen Krisensituationen muss durch eine wirksame Entlastung präventiv und unterstützend vorgebeugt werden. Vermeintlich grosse Hindernisse können besprochen und Lösungsvarianten erarbeitet werden.

#### Handlungsbedarf

Mit dem präventivem Assessment können der alte Mensch und die Angehörigen gecoacht und somit gestärkt werden. Die rechtzeitige Abklärung, mit dem multidimensionalen pflegerischen Assessment der individuellen Situation bei Hochbetagten und deren Angehörigen, verhindert in ca. 50% der Situationen ein komplexes Problem, eine dauerhafte Pflegeheimweisung und unnötige Spitaleintritte.

#### Empfehlung

Das präventive Assessment dient der Stabilisierung des sozialen Systems und der Pflegebedürftigen selber. Wir empfehlen das präventive Assessment zur Reduktion der Zahl der stationären Pflegebedürftigen, und damit der Pflegekosten, bei den Spitexdiensten zu integrieren. Die Baubeiträge des Kantons, beziehungsweise der noch nicht verteilten Plätze gemäss Bedarfsplanung 1993/94, sind teilweise für das präventive Assessment einzusetzen, damit die stationären Plätze nicht ausgebaut werden müssen.

<sup>46</sup> Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf, Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit. Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. (Hrsg.) Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1997

**Kosten**

Die externe Begleitung bei der Organisationsentwicklung und Einführung des präventivem Assessments kostet rund Fr. 50'000. Diese Investition wird voraussichtlich durch die vermehrte Selbstständigkeit der Hochbetagten, der Befähigung der Angehörigen und dem vermehrten Pragmatismus in der Bewältigung der Situationen, in den folgenden Jahren kompensiert.

**3.2.4 Entlastungsdienst des SRK****Ausgangslage**

Das SRK Unterwalden hat den Auftrag vom Schweizerischen Roten Kreuz in Ob- und Nidwalden einen Entlastungsdienst anzubieten. Das Angebot gilt für alle Altersgruppen im erwähnten Einzugsgebiet. Das Ziel ist, Angehörige in ihrer anspruchsvollen Daueraufgabe, regelmässig zu entlasten. Eine ausgebildete Pflegefachperson übernimmt vor Ort die Bedarfsabklärung.

**Empfehlung**

Institutionen mit gleichen Klientinnen und Klienten, wie zum Beispiel Spitex, Pro Infirmis, Pro Senectute und andere werden die Grenzen, Schnittstellen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten möglichst rasch klären und grundsätzlich lösen müssen.

**Kosten**

Für einen Teil der Finanzierung dieser Dienstleistung erhält das SRK Mittel vom Bundesamt für Sozialversicherungen. Für die nicht gedeckten Kosten werden Spendengelder eingesetzt.

**3.2.5 Selbstbefähigung (Empowerment) der Betagten****Ausgangslage**

Der Umgang mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie chronischer Krankheit ist anspruchsvoll. Darin seine Selbstständigkeit zu bewahren, gleicht manchmal einem Balanceakt. Gelingt dieser nicht, gehen unnötig Ressourcen verloren. Die Unterstützung in dieser Situation zahlt sich aus.

**Handlungsbedarf**

Als zukunftsorientiertes Beispiel sei hier das Projekt „Allfit« angeführt. Es handelt sich um ein Konzept der Selbstbefähigung (Empowerment) Betagter mit chronischen Erkrankungen. Alte Menschen können direkt nach dem ersten Spitalaufenthalt mit einem auf ihre Situation zugeschnittenem Training ein Stück Lebensqualität zurückgewinnen. Sie werden dabei einerseits individuell von einer Bezugsperson unterstützt. Andererseits werden in der Gruppe Wissen vermittelt und Fertigkeiten geübt. Eine Studie belegt die Wirksamkeit und Kosteneffizienz solcher Konzepte, besonders durch Einsparungen der Rehospitalisationen.<sup>47</sup>

**Empfehlung**

Wir empfehlen, zu prüfen, wann ein dementsprechendes Angebot umgesetzt werden könnte. Es ist zu prüfen, ob der Krankenversicherer einen Teil der Kosten übernimmt.

**Kosten**

Die Kosten hängen vom gewünschten Umfang des Projekts ab und müssen noch erhoben werden.

<sup>47</sup> Latzel Günther, Wettstein Albert, „Allfit“. Das Projekt Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen. In: Intercura Nr. 73, Zürich, 2001. S. 2

### 3.2.6 Die Übergangspflege

#### Ausgangslage

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 oder gewünscht 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. Aus fachlicher und ökonomischer Sicht ist eine Einweisung in ein Spital häufig nicht nötig, da es nicht immer primär der ärztlichen Behandlung bedarf, sondern dieser Bereich von Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen mit entsprechendem Fachwissen kostengünstiger wahrgenommen werden kann.

Der Wechsel zu Fallpauschalen in den Spitälern verstärkt den Druck auf die Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauern. Gleichzeitig wird der Bedarf nach einer Übergangspflege für betagte Menschen steigen, da sie nach dem stationären Spitalaufenthalt nicht direkt nach Hause entlassen werden können. (Übergangspflege ist nicht zu verwechseln mit Ferienbetten oder Kuraufenthalten).

#### Handlungsbedarf

Nebst der Akutgeriatrie und den Rehabilitationskliniken mit dem interdisziplinären Assessment und ihrem zeitlich begrenzten Auftrag, braucht es Alters- und Pflegeheime, die den Klientinnen und Klienten, den Spitex Diensten und pflegenden Angehörigen eine vorübergehende, stationäre Pflege anbieten können. Viele hoch betagte Menschen sind darauf angewiesen, mit Fachleuten über ihre Wohnsituation, weitere Lebensziele und Möglichkeiten nachzudenken. Die frühzeitige Abklärung der individuellen Situation durch eine spezifisch ausgebildete Pflegefachperson und Case Managerin kann eine komplexe Problemsituation verhindern und dementsprechend Kosten einsparen. Für vermeintlich grosse Hindernisse, in die eigene Umgebung zurück zu kehren, können Lösungsvarianten erarbeitet werden. Der alte Mensch und sein soziales Umfeld werden in dem Sinn gecoacht.

Erhebungen im Pflegezentrum Bauma zeigen, dass nach der Einführung eines geriatrisch rehabilitativen Pflegekonzeptes viele Klientinnen und Klienten, nach Hause entlassen werden konnten, deren Austritt zuvor sehr fraglich gewesen war.<sup>48</sup> Dies dokumentiert eindrücklich das Kosteneinsparungspotential solcher Konzepte.

#### Empfehlung

Wir empfehlen zur Reduktion der Zahl der stationären Pflegebedürftigen und damit der Pflegekosten ein Pilotprojekt zu starten und dezentral in den Alters- und Pflegeheimen Engelberg, Kerns und Lungern die Übergangspflege anzubieten. Die Baubeiträge des Kantons, beziehungsweise der noch nicht verteilten Plätze gemäss Bedarfsplanung 1993/94, sind teilweise für die Übergangspflege einzusetzen, damit die stationären Plätze nicht ausgebaut werden müssen.

#### Kosten

Die effektiven Kosten der Übergangspflege pro Tag und Klient veranschlagen wir bei ca. Fr. 350. Wir empfehlen mit den Krankenversicherern einen Übergangspflegetarif zu verhandeln. Ergänzend übernehmen Kanton, Gemeinden und die Klienten den Restbetrag. Die Kosten der externen Begleitung für die Neuorganisation und Einführung der Übergangspflege in 3 Betrieben betragen Fr. 50'000 pro Betrieb.

<sup>48</sup> Blanc Jasmin, Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege, Schriftenreihe der schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Band Nr. 64, Muri, 2001

### 3.3 Handlungsfeld alternative Wohnformen

#### Beschreibung des Handlungsfelds

Wohnung und wohnortnahe Umgebung werden als Lebensräume im höheren Alter wichtiger als in früheren Lebensphasen. Bei den Wohnformen für ältere Menschen zeigen sich klare Wandlungen. Die Möglichkeiten beschränken sich heute nicht mehr auf die Varianten „Daheim oder im Heim“. Wohnen ist ein sozialer Akt, nicht einfach Besetzung von Raum. Nebst den traditionellen Wohnformen kennt man viele neue und innovative Wohnmöglichkeiten in den verschiedenen Lebensphasen im Alter. Am besten bekannt sind die Wohngemeinschaften und die Pflegewohngruppen. Eine weitere Form sind die Hausgemeinschaften über eine oder mehrere Generationen. Auch in Alters- und Pflegeheimen sind heute verschiedene, auf die veränderten Wohnbedürfnisse der heutigen älteren Generation, entsprechende Wohnformen zu finden.

Was die zu Hause lebende ältere Bevölkerung betrifft, lassen sich in den letzten Jahrzehnten vor allem vier wesentliche Veränderungen nachweisen.<sup>49</sup>

1. Der Anteil älterer Männer und Frauen in einem Einpersonenhaushalt erhöhte sich, wobei diese Wohnsituation nicht von vornherein mit dem allein Leben gleich zu setzen ist (Altersgruppe 65- bis 74-jährig, Männer 1960 – 2000 Anstieg von 7% auf 15%, Frauen in der gleichen Periode von 21% auf 45%).
2. Der Anteil von Menschen erhöhte sich, welche auch im Alter in einem Paarhaushalt leben (verheiratete Personen und nicht verheiratet zusammenlebende Personen). Dies hat viel damit zu tun, dass es sich bei den heute älteren Menschen - vergleichsweise zur heutigen jüngeren Generation – um eine ehfreundliche Generation handelt.
3. Verringert hat sich der Anteil älterer Frauen oder Männer, die mit oder bei einem ihrer Kinder wohnen (gute Beziehung, gerade weil jede Generation für sich wohnt).
4. Deutlicher Rückgang im Anteil komplexer Haushaltsformen (ein Zusammenleben mit anderen Verwandten oder Bekannten ist seltener geworden).

Die Lebens- und Haushaltsformen in späteren Lebensphasen werden somit nicht allein vom Alter oder vom Lebenszyklus (erwerbstätig oder pensioniert) bestimmt, sondern sie sind auch von den Generationenerfahrungen der Menschen geprägt. Insgesamt ergibt sich das Bild einer individualisierten Wohn- und Lebensweise heutiger und zukünftig älterer Menschen. Gemäss der Umfrage bei den heutigen und zukünftigen alten Menschen im Kanton können sich 29% von insgesamt 148% (Mehrfachnennungen) das Wohnen in einer Wohngemeinschaft (13%) oder in einer Pflegewohngruppe (16%) vorstellen. Bei der Umfrage wurden explizit diese beiden alternativen Wohnformen aufgeführt. Für pflegebedürftige Menschen sind dezentrale Pflegewohngruppen eine gute Alternative zur Pflege im Altersheim (Konzept Pflegewohngruppen der Stadt Luzern vom Mai 2004). Das Wohnen in einer Kleingruppe ist überschaubar und berücksichtigt bestmöglich die individuellen Bedürfnisse der Menschen im Alltag. Bestehende Wohnungen in Wohnsiedlungen oder Quartieren könnten entsprechend umgebaut werden. Die Nähe zu einem Altersheim oder Spitexstützpunkt ist von Vorteil. Im Anhang sind Beispiele der verschiedenen Wohnformen angefügt.

#### Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds

##### 3.3.1 Alterswohnungen und Wohnsiedlungen mit Dienstleistungsangeboten

##### 3.3.2 Wohngemeinschaften

##### 3.3.3 Betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft

##### 3.3.4 Dezentrale Pflegewohngruppen

##### 3.3.5 Familienplatzierung

##### 3.3.6 Hausgemeinschaften

---

<sup>49</sup> Höpflinger François, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Age Report 2004, Seismo Verlag Zürich, 2004

### 3.3.1 Alterswohnungen und Wohnsiedlungen mit Dienstleistungsangeboten

#### Ausgangslage

Das Wohnen in einer Alterswohnung ist wohl die bekannteste Wohnform im Alter. Häufig denkt man dabei noch an die erste Generation der Kleinwohnungen in einem grossen Haus, mit zum Teil beschränkter Autonomie. Neuere dezentrale Alterswohnungen in Wohnsiedlungen erfreuen sich zunehmender Beliebtheit und gelten durchwegs als Alternative zum Altersheim.

In Alpnach und in Giswil entstand der Bau von Alterswohnungen vor dem Altersheimbau. Die Alterswohnungen in Kerns sind ein Teil des Betagten- und Pflegeheims. Bei intensiverem Pflegebedarf übernimmt das Altersheim die Vollpflege ohne Verlegung ins Pflegeheim. Lungern hat drei 1 ½-Zimmer-Wohnungen im Altersheim integriert. Seit vier Jahren gibt es in Sarnen altersbehindertengerechte Kleinwohnungen in der Wohnsiedlung Freiteilmattli. Die zentrale Lage, die unmittelbare Nähe zum Spitexstützpunkt, oder der Seniorenresidenz am Schärme, steigern die Attraktivität dieser Wohnungen. Geschätzt wird die Durchmischung der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Siedlung. Die vielseitigen Möglichkeiten bezüglich Wohnflächengrösse, Miete oder Kauf, sowie Preisgünstigkeit in genossenschaftlichen WG-Wohnungen, sind weitere Pluspunkte auch für zukünftig Nachfragenden.

Tabelle 4.3.1

#### Alterswohnungen in Obwalden in der Übersicht

Gemeinde/ Eigentümer	Anzahl	Zimmer/Balkon oder Sitzplatz	Miete/Mt. Ø inkl. NK	Betreuung/ Dienstlei- stungen nach Bedarf
Alpnach, Korporation	15	2 ½ und 1 ½ rollstuhlgängig über 10 jährig	Fr. 540 / 360	Spitex, Altersheim, Pro Senectute teils Renovation für Standardverbesserung
Alpnach Stiftung	14	2 ½ und 1 ½		Spitex, Pro Senectute
Giswil, Stiftung AH	16	2 ½ und 1 ½ Notruf über 10 jährig	Fr. 850 / 750	Spitex, Altersheim Pro Senectute
Kerns, Stiftung AH	19	alle 2 ½ 2-Bett / 1-Bett	Fr. 850 / 750	Spitex, Altersheim, Pro Senectute
Lungern, Stiftung AH	3	1 ½ im AH ohne Kochgelegenheit	Fr. 740	Altersheim, Pro Senectute
Sarnen, Stiftung AH	siehe Kapitel 3.4.2 Se- niorenre- sidenzen			
Sachseln	keine			
Engelberg	keine			

Wer bereits im erwerbsfähigen Leben schön und unabhängig gewohnt hat, möchte dies auch in der dritten Lebensphase tun. Zum gewohnten Komfort kommt im zunehmenden Alter das Thema Sicherheit dazu. Das Alter bedingt, dass man sich mit dem Abbau der Kräfte - oft ungerne – auseinandersetzen muss. Unabhängig bleiben und trotzdem die Möglichkeit zu haben, Dienstleistungen nach Bedarf und nach Wunsch beziehen zu können, wird sehr wichtig.

Erfahrungen zeigen, dass Wohnsiedlungen mit massgeschneiderten Dienstleistungsangeboten, von Besitzern von Einfamilienhäusern gerne gewählt werden. Nach dem Auszug der

Kinder ist das Haus zu gross und die Gartenarbeit kann selber auch nicht mehr geleistet werden. Der Wohnortwechsel wird meist im jungen Alter oder gar vor der Pensionierung vollzogen. Man möchte auch in der dritten Lebensphase das Wohnen noch viele Jahre geniessen.

### **3.3.2 Wohngemeinschaften**

#### **Ausgangslage**

Wohngemeinschaften sind eine kollektive Wohnform, zumeist nicht miteinander verwandter Menschen, in einer gemeinsamen Wohneinheit in einem Haus oder einer Wohnung.<sup>50</sup> Das Wohnen in einer Wohngemeinschaft ist vielen bekannt durch die praktizierte Wohnform von jungen Menschen in einer sogenannten WG. Unterschieden wird dabei zwischen selbst organisierten Wohngemeinschaften, in denen ältere Menschen vollkommen selbständig zusammenleben, und betreuten Wohngruppen und –gemeinschaften, wo ältere Menschen von jüngeren, professionellen Helferinnen im Rahmen der Alterspflege betreut werden (siehe nachfolgend Pflegewohngruppen).

### **3.3.3 Betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft**

#### **Ausgangslage**

Das betreute Wohnen ist eine Alternative zur Pflegewohngruppe. Diese Form eignet sich besonders gut für jüngere Menschen mit leichter körperlicher oder geistiger Behinderung und für psychisch Erkrankte. Das betreute Wohnen eignet sich für eine Alterswohngemeinschaft oder Gemeinschaft mit durchmischten Altersstufen, wie auch für eine Gemeinschaft mit Menschen mit verschiedenen Einschränkungen. Es ermöglicht eine individuelle, auf die Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsbedürftigkeit abgestimmte Alltagsgestaltung. Individuelle Interessen werden berücksichtigt oder gar gefördert. Diese Wohnform zeichnet sich durch eine hohe Integration aus.

### **3.3.4 Dezentrale Pflegewohngruppen**

#### **Ausgangslage**

Die Pflegewohngruppe bietet den Pflegeempfangenden eine sehr individuelle Hilfe und Pflege, verbunden mit einem engen Bezug zur Pflegeperson an. Der Tagesablauf ist flexibler, kombiniert mit Gemeinschaftlichkeit. Für das gute Funktionieren sind die Auswahl der Gruppenmitglieder und der Pflegepersonen entscheidend. Ein gut gewählter Standort steigert zusätzlich das Wohlbefinden.

Dezentrale Pflegewohnungen werden seit ca. 15 Jahren an vielen Orten in der Schweiz eingerichtet. Das sind grössere, angepasste Wohnungen, in denen in der Regel zwischen sechs und zehn pflegebedürftige alte Menschen, Tag und Nacht von ausgebildetem Personal begleitet und betreut werden. Die Interessengemeinschaft dezentrale Pflegestationen (IGdPS) wurde 1998 von Fachleuten der Altersarbeit mit dem Ziel gegründet, neue Wohn- und Pflegemodelle im Alter zu fördern. Sie versteht sich als Drehscheibe für den Informations- und Erfahrungsaustausch. Das Video „So lange als möglich zuhause – und dann?“ gibt Einblicke in den Tagesablauf je einer Wohnung in Zürich-Albisrieden und in Büren (BE). (Verein IgdPS) Pflegewohngruppen können auch in bestehende Altersheime eingeplant werden oder dezentral in der Nähe eines Altersheims.

---

<sup>50</sup> Weeber R., Hörmlle G., Barrierenfreies Wohnen für ältere Menschen, insbesondere mit Blick auf Wohngemeinschaften. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Wohnformen älterer Menschen im Wandel. Expertisenband 3 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung, Verlag Frankfurt 1998

### **3.3.5 Familienplatzierung**

Ein interessantes Projekt läuft im Kanton Bern. Die ökonomische gemeinnützige Gesellschaft (OGG) vermittelt seit fünf Jahren Familienplätze in Bauernfamilien – als dezentrale, preisgünstige Alternative zum Pflegeheim eintritt. Die Integration in die Bauernfamilie ermöglicht soziale Kontakte und bietet eine Tagesstruktur. Andererseits trägt das Leben und eine allfällige Mitarbeit auf einem Bauernhof auch zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen bei. Es findet eine enge Zusammenarbeit mit der Spitex statt. Die Vermittler stellen mit der Gastfamilie sicher, dass das erforderliche Fachwissen (Ausbildung/Erfahrungswissen) vorhanden ist. Es ist eine kostengünstige Alternative zum Altersheim und eine Zusatzerwerbsmöglichkeit für die Gastfamilie. Die Finanzierung erfolgt privat, je nach Situation mit IV-Rente und der öffentlichen Hand bei Sozialhilfeempfängern.

### **3.3.6 Hausgemeinschaften**

#### **Ausgangslage**

Das Wohnen in einer Hausgemeinschaft ist dem Wohnen in der Wohngemeinschaft ähnlich. In der Hausgemeinschaft sind mehrere Wohnungen und einzelne gemeinsame Räume. Das Wohnobjekt ist Eigentum der Bewohnerinnen und Bewohner, die sich zu einer Genossenschaft oder zu anderen Rechtsformen zusammenschliessen. In einer Hausgemeinschaft leben vielfach mehrere Generationen. Erfahrungen zeigen, dass mehrheitlich Frauen diese Wohnform schätzen. Für diese Wohnform ist ein hohes Mass an Integrationsfähigkeit und Sozialverhalten unabdingbar.

Das Besondere an dieser Wohnform ist, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihr Bedürfnis nach verlässlicher Gemeinsamkeit und persönlicher Individualität, nach vertrautem Kontakt und Eigenständigkeit verwirklichen können. Es ist eine intensive Form gelebter Nachbarschaftshilfe.

#### **Handlungsbedarf**

Alternative Wohnformen sind zunehmend gefragt. Je nach Wohnform können sie in bestehende Altersheime integriert oder angegliedert werden. Mit der finanziellen Besserstellung der kommenden älteren Menschen (Drei-Säulen-Altersvorsorge), wird das Bedürfnis nach individuellem und komfortablerem Wohnen in guten Wohnlagen, mit Dienstleistungsangeboten, wachsen.

Tabelle 4.3.2  
**Alternative Wohnformen im Vergleich**

<b>Wohnform</b>	<b>Wichtige Voraussetzung</b>	<b>Vorteile</b>	<b>Mögliche Risiken</b>
Alters- wohnungen	Bei Kleinstwohnungen Einschränkung vom Raumangebot	Unabhängigkeit, längstmöglicher Verbleib bei Pflegebedürftigkeit, in WG kostengünstig	keine besonderen
Wohnsiedlung mit Dienstleis- tungsbezug	Bereitschaft zur Gemein- schaft, Eigenkapital oder Vermögen,	Unabhängigkeit, Hilfs- netz nach Bedarf, Ge- hobenes Wohnangebot motiviert zum früheren Bezug	Nicht für alle möglich
Wohngemein- schaft* <sup>51</sup>	Soziale Kompetenzen, gute Verträglichkeit, Toleranz	Gemeinschaftlichkeit, gegenseitige Unter- stützung, Kosten sparend	Eingeschränkte Privatsphäre, grösseres Konfliktpotenzial
Betreutes Wohnen	Leichter bis mittlerer Betreuungsbedarf, Auswahl der Bewohnerinnen	Privates Wohnen kom- biniert mit Betreuung und Sicherheit, gute Integration	Wechsel bei höherem Betreuungsbedarf
Pflege- wohngruppe*	Auswahl der Bewohnerin- nen und Pflegenden	Grössere Privatsphäre, Sicherheit, Bezugs- pflege, Förderung der Selbständigkeit	Bei schwerster Pfl- gebedürftigkeit unter Umständen nicht ge- eignet
Familien- platzierung	Gewährleistung der fach- lichen Kompetenzen, Zu- sammenarbeit mit Spitex oder andern Fachstellen	Hohe Integration, na- türliche Tagesstruktur	Ausbrennen der Betreuungspersonen
Haus- gemeinschaft*	Soziale Kompetenzen, An- regung, gegenseitige Hilfe Eigenkapital	Gemeinschaftlichkeit, Anregung,	Konflikt möglich, Auswahl der Bewoh- nerinnen wichtig

<sup>51</sup> \* Höpflinger François, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Age Report 2004, Seismo Verlag Zürich, 2004



**Empfehlung**

Der Bau von dezentralen behindertengerechten Kleinwohnungen (Alterswohnungen) in zentralen Siedlungsgebieten mit individuellen Möglichkeiten für den Bezug von ambulanten Dienstleistungen ist zu fördern.

Wohnangebote im tiefen Preissegment für Menschen, die nur von der AHV oder von einer kleinen Zusatzrente leben müssen, sollen im Zusammenwirken mit der Privatwirtschaft und mit öffentlichen Körperschaften, zum Beispiel Genossenschaften und Interessengemeinschaften erstellt werden. Das Erstellen der Wohnungen oder Projekte für Wohnsiedlungen im höheren Preissegment ist primär Aufgabe der Privatwirtschaft. Die öffentliche Hand ist für die Bereitstellung der Rahmenbedingungen wie Baubewilligungen, Zonenplan, Förderung des öffentlichen Verkehrs zuständig.

Wir empfehlen alternative Wohnmöglichkeiten mit oder ohne Pflege anzubieten. Alternative Wohnformen und institutionelle Alterseinrichtungen sind möglichst miteinander zu vernetzen. Wir empfehlen die Baubeiträge des Kantons, beziehungsweise der noch nicht verteilten Plätze gemäss Bedarfsplanung 1993/94 teilweise für die Förderung der Pflegewohngruppen einzusetzen.

### **3.4 Handlungsfeld stationäre Wohnformen**

#### **Beschreibung des Handlungsfelds**

Das KVG verpflichtet die Kantone, eine Pflegeheimplanung zu erlassen und damit den Bedarf an Pflegeheimplätzen festzulegen. Es sind Alterseinrichtungen mit kleineren Wohnungseinheiten anzustreben, die flexibel und individuell auf die sich ändernden Bedürfnisse und Ansprüche der künftigen Bewohnerinnen und Bewohner reagieren. Es zeichnet sich ab, dass in Zukunft grössere Zimmer oder die Möglichkeit zwei oder mehr Zimmer zu mieten mit der Möglichkeit der eigenen Möblierung und Haustierhaltung vermehrt gewünscht werden. Weiter ist die Normalität im Heimaltag, mit flexiblen Essenszeiten, sinnvollen Beschäftigungen, Unterhaltungs- und Bildungsangeboten sowie der gegenseitigen Unterstützung der Senioren untereinander zu fördern.

Durch die konsequente Förderung der Selbstversorgung soll die Anzahl der Pflegeheimplätze auf dem heutigen Stand beibehalten und der weitere Bedarf mit dem präventivem Assessment und der Übergangspflege kompensiert werden.

#### **Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds**

##### **3.4.1 Planung der Anzahl Plätze im stationären Angebot**

##### **3.4.2 Seniorenresidenzen**

##### **3.4.3 Tag und Nachtaufenthalte zur Entlastung der pflegenden Angehörigen**

##### **3.4.4 Ferienbetten**

##### **3.4.5 Ferienbetten von Heim zu Heim**

##### **3.4.6 Betreuung dementer Menschen**

##### **3.4.7 Betreuung Schwerpflegebedürftiger**

#### **3.4.1 Planung der Anzahl Plätze im stationären Angebot**

##### **Ausgangslage**

Die letzte Planung des stationären Angebots (Bedarfsplanung im Alters- und Pflegeheimbereich) basiert auf dem Schlussbericht der Firma BRAINS vom 3. September 1993. Der Bericht kam zum Schluss, dass für das Sarneraatal (ohne Engelberg) bis im Jahr 2010 ein Bedarf von 380 Betten besteht. Dabei erfolgte die Bettenzuteilung auf die Gemeinden so, dass alle Gemeinden des Sarneraats die Möglichkeit bekamen, die Betagten in der eigenen Gemeinde, das heisst dezentral, zu betreuen. Die Bedarfsplanung basierte auf unterschiedlichen Bedarfswerten je nach Altersgruppe. Gestützt auf den Bericht BRAINS legte der Regierungsrat mit Entscheid vom 5. April 1994 (RRB Nr. 1105) die Anzahl Betagtenbetten im Sinne der Bedarfsplanung für das Sarneraatal auf 380 Betten fest. Da eine Verteilung auf 15 Jahre hinaus nicht möglich war, wurden 16 Betten als Reserve zurückbehalten, um diese je nach Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden Alpnach, Kerns, Sachseln oder Giswil gezielt zuzuteilen. Die 380 Betten wurden folgendermassen auf die Gemeinden des Sarneraats verteilt:

Tabelle 4.4.1

**Anzahl Betten gemäss Bedarfsplanung pro Gemeinde**

Gemeinde	Anzahl Betten gemäss Bedarfsplanung	Stand April 2004	Geleistete Baubeiträge bzw. mitfinanzierte Bettenzahl
Sarnen	160	154	Sonderfinanzierung vor 1994
Kerns	40	20*	35
Sachseln	44	46**	44
Alpnach	40	41	40
Giswil	36	39***	36 (plus 3 pendent)
Lungern	44	42	14
Reserve	16	13	
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>359</b>	
Engelberg	48	50	Sonderfinanzierung vor 1994

\* Die Stiftung Betagtenheim Kerns realisierte in der ersten Bauetappe insgesamt 20 Pflegebetten (Ein- und Zweibettzimmer) in Verbindung mit 20 Alterswohnungen. Im Rahmen einer nächsten Bauetappe sind nochmals 15-28 Pflegebetten sowie 15-30 Alterswohnungen geplant. Die entsprechenden Beiträge sind schon bezogen worden. Der Ausbau soll multifunktional gestaltet werden, um möglichen Zukunftsentwicklungen Rechnung tragen zu können. Im Rahmen der Erweiterung sollen auf Grund des Bedarfs auch bestehende Zweibettzimmer in Einbettzimmer umgewandelt werden und es ist der Aufbau einer Dementenabteilung mit voraussichtlich acht Betten geplant. Der Vertrag über die noch bestehenden 26 Betten in der Senioren-Residenz „Am Schärme“, Sarnen, wird zum gegebenen Zeitpunkt gekündigt. Ein Ausbau der Betagtensiedlung Huwel drängt sich neben dem Bedarf auch auf Grund der betriebswirtschaftlichen Grösse auf.

\*\* Die Stiftung Felsenheim verfügt heute über einen Neubau mit 30 Einzelzimmern und einem Altbau mit 17 Heimplätzen (ein Bett wird als Ferienbett genutzt). Es ist geplant, den Altbau durch einen Neubau mit 12 Zweizimmerappartements zu ersetzen. Diese stehen minimal für 12 (bei Einerbelegung) oder maximal für 24 (bei Zweierbelegung) Personen zur Verfügung. Insgesamt ergäbe sich damit für das Felsenheim minimal 42 bis maximal 54 stationäre Pflegeheimplätze (heute sind es 47 Pflegeheimplätze). Gleichzeitig wird die Miete oder der Kauf einer Wohnung im Dorf, für die Tagesbetreuung von fünf bis sieben dementen Personen, welche noch zu Hause leben können, geprüft. Für die Tagesbetreuung wäre eine enge Zusammenarbeit mit der Spitex vorgesehen.

\*\*\* Bei der Bedarfsplanung wurden 16 Betten als Reserve zurückbehalten und noch nicht fest zugeteilt. Von diesen 16 Betten wurden mit Regierungsratsentscheid vom 17. September 2002 3 Betten mit den entsprechenden Baubeiträgen des Kantons der Gemeinde Giswil für den Aus- und Umbau der Betagtensiedlung D'r Heimä zugesprochen. Das Bauvorhaben hat sich bisher verzögert und der Aus- und Umbau ist noch nicht abgeschlossen.

Ein Blick über die Kantonsgrenzen hinaus zeigt, dass die heutigen Pflegeheimplanungen auf der Basis der Bevölkerung ab 80 Jahren basieren. Die 65-80 jährigen belegen heute kaum noch Pflegeplätze. Die Kantone gehen daher bei der Planung der stationären Angebote von folgendem Richtwert aus: Personen in einer stationären Einrichtung bezogen auf 100 Einwohner im Alter von über 80 Jahren.

St. Gallen rechnet mit dem Bedarfswert 29, d.h. einem Bedarf von 29 Betten pro 100 Personen, welche über 80 jährig sind. Der Richtwert 29 des Kantons St. Gallen wird von anderen Kantonen als Basiswert für die eigene Planung genommen. Schwyz geht ebenfalls

vom Bedarfswert 29 aus, zurzeit wird aber je nach Berücksichtigung anderer Wohnformen eine Senkung des Faktors auf 28 geprüft. Uri rechnet mit einem Bedarfswert von 27. Dieser ist ebenfalls vom St. Gallen Richtwert abgeleitet, wobei der tiefere Wert mit einer kleineren Nachfrage und andererseits mit besserer Abdeckung von Spitex und Familienpflege begründet wird.

Massgebend für die Berechnung des künftigen Bedarfs an stationären Pflegeplätzen im Kanton Obwalden ist die Entwicklung der Bevölkerung über 80 Jahre. Die nachfolgende Tabelle zeigt diese Entwicklung gemäss Bericht Höpflinger auf:

Tabelle 4.4.2

**Bevölkerungsentwicklung der Personen über 80-Jährig**

Anzahl Personen über 80 Jahre (gem. Bericht Höpflinger 2004)				
	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>
Lungern	96	116	123	121
Giswil	122	134	156	163
Sachseln	159	193	219	217
Sarnen	409	416	417	458
Alpnach	159	191	186	212
Kerns	198	217	223	254
Engelberg	146	165	172	204
<b>Total</b>	<b>1289</b>	<b>1432</b>	<b>1496</b>	<b>1629</b>

Eine aktuelle Erhebung bei den Alters- und Pflegeheimen im April 2004 hat gezeigt, dass bis zu 55 bzw. rund 14% der Betten mit Personen der Stufe BESA 0 und rund 140 Betten bzw. rund 35% mit Personen der Stufe BESA I bis II belegt sind. Auch wenn eine gewisse Durchmischung von Personen mit unterschiedlichen BESA Stufen durchaus erwünscht sein kann, stellt sich die Frage, ob es richtig ist, die Pflegeheimplätze Personen mit BESA 0 zur Verfügung zu stellen. Die vom Kanton mitfinanzierten Pflegeheimplätze sollen grundsätzlich vor allem schwerer pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung stehen.

Die Pflege und der Daueraufenthalt von älteren Menschen in stationären Einrichtungen beziehungsweise in Pflegeheimen sind sehr kostenintensiv. Auf Bundesebene zeichnet sich ab, dass die Pflege in Alters- und Pflegeheimen auch in Zukunft **nur teilweise** vom Krankenversicherer übernommen wird. Gemäss der Umfrage bei den heutigen und künftigen älteren Menschen im Kanton wünschen sich 34% die Pflege und Betreuung in einem Heim, 85% möchten die Hilfe von den Spitexdiensten erhalten. Das bedeutet, dass eine grosse Mehrheit der Bevölkerung andere Wohn- und Betreuungsformen dem Heimaufenthalt vorzieht. Eine zukunftsorientierte Bedarfsplanung im Alters- und Pflegeheimbereich muss diesen Umständen Rechnung tragen und auch für neue Ansätze offen sein.

In Anbetracht dieser Entwicklungen und um positive Anreize für die Massnahmen der Kostenreduktion – präventives Assessment und Übergangspflege – zu schaffen, empfiehlt es sich die Pflegeheimplätze für die nächsten Jahre möglichst knapp zu bemessen. Ansonsten es für die Alters- und Pflegeheime aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen interessant ist, Personen mit BESA 0 aufzunehmen und die Bewohnerinnen und Bewohner im Alters- und Pflegeheim für einen Daueraufenthalt zu gewinnen, statt sie zu rehabilitieren.

Wir gehen deshalb vom Faktor 26 aus. Insbesondere berücksichtigen wir so die zukünftige Entwicklung in den stationären Einrichtungen: Die Eintritte erfolgen erst bei effektiver Pflege- und Hilfsbedürftigkeit.

Nachstehende Tabelle zeigt die Verteilung der Betten auf die einzelnen Gemeinden bis ins Jahr 2015 auf:

Tabelle 4.4.3

**Verteilung der Betten auf die einzelnen Gemeinden bis ins Jahr 2015**

	bewilligte Betten	Faktor: 26 Betten pro 100 Personen über 80-Jährig			
		2000	2005	2010	2015
Lungern	44	25	30	32	31
Giswil	39	32	35	41	42
Sachseln	44	41	50	57	56
Sarnen	160 <sup>52</sup>	106	108	108	119
Alpnach	40	41	50	48	55
Kerns	40	51	56	58	66
Engelberg	48	38	43	45	53
Reserve	13				
<b>Total</b>	<b>428</b>	<b>335</b>	<b>372</b>	<b>389</b>	<b>424</b>

**Handlungsbedarf**

Das Resultat ergibt einen Bettenbedarf, welcher der bisherigen Planung aus dem Jahr 1993/94 entspricht. Aus finanzpolitischer Sicht ist die Beibehaltung der momentanen Bettenzahl zu begrüssen. Mit den heute auf die Gemeinden des Sarneraats zugeteilten 367 Betten (13 Reservebetten) und gleichzeitigen Massnahmen in den Bereichen präventives Assessment, Übergangspflege, alternative Wohnformen und Altersprävention kann der Bedarf an stationären Plätzen noch bis im Jahr 2015 abgedeckt werden. Basierend darauf bleibt die Bedarfsplanung von 1993/94 mit 380 Betten für das Sarneraatal unverändert gültig und wird vorläufig nicht angepasst.

An der Verteilung der Betten auf die Gemeinden gemäss Planung 1993/94 soll festgehalten werden. Eine Umverteilung anhand der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung bei den über 80 Jährigen ist aus Praktikabilitäts- und Finanzgründen nicht sinnvoll. Einerseits können sich die Bevölkerungszahlen in den Gemeinden anders entwickeln als erwartet und andererseits können bestehende Betten nicht einfach abgebaut und an einem anderen Ort wieder aufgebaut werden. Es wird nie möglich sein, dass die Betten entsprechend der Bevölkerungszahl genau auf die Gemeinden verteilt sind. Die Bettenplanung ist eine Gesamtplanung für den Kanton und soll sicherstellen, dass insgesamt genügend Pflegeheimplätze für die Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Ein Ausbau der Pflegebetten in der Betagtensiedlung Huwel, Kerns, von heute 20 Pflegebetten (plus 20 Alterswohnungen) auf 40 Pflegebetten, entspricht der dezentralen Versorgungskonzeption und der geltenden Bedarfsplanung. Ein Ausbau der Betagtensiedlung Huwel drängt sich neben dem Bedarf auch auf Grund der betriebswirtschaftlichen Grösse auf. Der Ausbau entspricht dem Konzept der dezentralen Betreuung in den Gemeinden. Das Angebot mit Pflegebetten und integrierten Alterswohnungen mit Serviceleistungen ist zukunftsorientiert.

<sup>52</sup> Die hohe Zahl stammt aus der Zeit der zentralen Versorgung, ein Alters- und Pflegeheim für das Sarneraatal.

Eine Erhöhung der Anzahl Pflegebetten im Felsenheim Sachseln wird grundsätzlich nicht empfohlen. Gemäss Bedarfsplanung sind der Einwohnergemeinde Sachseln 44 Betten zugeteilt. Diese Bettenzahl wurde bereits realisiert und steht zur Verfügung. Insofern der geplante Ersatzbau für den bisherigen Altbau jedoch in dem Sinne realisiert wird, dass insbesondere Appartements für die Nutzung als Zweizimmerappartements (mit Belegung durch eine oder zwei Personen) zur Verfügung stehen sollen, ist dieser zu begrüssen. Der Neubau führt damit nicht zwingend zu einer Erhöhung der Anzahl Pflegeplätze. Die minimale Besetzung wird bei 42 und die maximale Besetzung bei 54 Personen liegen. Wobei richtigerweise davon ausgegangen werden kann, dass die Appartements auf Grund der steigenden Ansprüche vorwiegend von einer Person belegt werden und die maximale Auslastung mit 54 Personen kaum je erfolgen wird. Die geplante Tagesbetreuung für demente Personen im Dorfzentrum ist, im Sinne einer zukunftsorientierten Lösung, zu unterstützen.

Insgesamt soll die Anzahl stationärer Plätze im Sinne von Pflegebetten im Sarneraatal, gemäss geltender Bedarfsplanung, 380 Betten nicht überschreiten (bzw. 428 Betten unter Berücksichtigung von Engelberg). Es sollen daher auch für alternative Wohnformen grundsätzlich keine zusätzlichen Betten geschaffen werden, sondern bestehende Kapazitäten umgenutzt werden. Wenn langfristig eine Erweiterung der Pflegeplätze notwendig sein sollte, sind mit Vorzug alternative Wohn- und Betreuungsformen zu realisieren.

Die Planung der stationären Plätze (Bettenplanung) ist alle fünf Jahre anhand der tatsächlichen Bevölkerungsentwicklung zu überprüfen. Vor einer Erhöhung der Anzahl Pflegeplätze im Sinne eines Planungsbedarfs müsste sicher geprüft werden, ob Personen mit BESA 0 nicht in anderen Wohnformen (z.B. Alterswohnungen in enger Verbindung mit einem Pflegeheim oder mit Spitex-Leistungen) betreut werden könnten.

Art. 21 des Gesundheitsgesetzes (GDB 810.1) und die Verordnung über Baubeiträge an Betagtenheime vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.41) sind so anzupassen, dass die entsprechenden Baubeiträge des Kantons nicht nur für den Neubau oder die wesentliche Erweiterung eines Betagtenheims im engeren Sinne, sondern auch für andere Pflege-, Betreuung- und Wohnformen, welche der Bedarfsplanung entsprechen, verwendet werden können. Es soll die Grundlage dafür geschaffen werden, dass die Baubeiträge des Kantons für die bisher noch nicht verteilten 13 Betten gemäss Bedarfsplanung (rund Fr. 65'000 pro Bett) nicht mehr primär für die Realisierung von stationären Pflegeheimplätzen im bisherigen Sinn verwendet werden. Die finanziellen Mittel sollen dazu verwendet werden können, den Aufbau oder die Implementierung von Übergangspflege, präventivem Assessment, Empowerment oder Pflegewohngruppen (Tagesbetreuung usw.) zu realisieren. Es kann sich dabei aber nur um Einmalbeiträge für langfristige Projekte und keinesfalls um jährliche wiederkehrende Betriebsbeiträge handeln.

**Empfehlung**

Die Bettenplanung 1993/94 mit 380 Betten für das Sarneraatal hat nach wie vor Gültigkeit und wird nicht revidiert. Die Bettenplanung ist alle fünf Jahre anhand der tatsächlichen Bevölkerungsentwicklung zu überprüfen. Die heutigen Alters- und Pflegeheime nehmen insbesondere Betreuungs- und Pflegebedürftige Personen mit BESA-Stufen I-IV auf. Der Anteil Personen mit BESA 0 soll mittelfristig kleiner werden.

Das präventive Assessment, die Übergangspflege und die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige wie Ferienbetten, Tages- und/oder Nachtpflege werden als notwendige Massnahmen zur Reduktion des Pflegeplatzbedarfs eingeführt.

Artikel 21 des Gesundheitsgesetzes (GDB 810.1) sowie die Verordnung über Baubeiträge an Betagtenheime vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.41) werden revidiert, so dass die entsprechenden Baubeiträge des Kantons nicht nur für stationäre Pflegebetten im engeren Sinne verwendet werden können, sondern auch für die Förderung von Pflegewohngruppen und die Einführung der Übergangspflege sowie des präventiven Assessments.

**Kosten**

Aus der Bettenplanung 1993/94, welche den stationären Bedarf an Pflegeheimplätzen noch bis ins Jahr 2015 abdeckt, wurden 13 Betten noch nicht auf die Gemeinden verteilt. Gemäss Verordnung über Baubeiträge an Betagtenheime beteiligt sich der Kanton mit Fr. 65'000 je Betagtenbett, wenn das Bedürfnis im Rahmen der Gesamtversorgung des Kantons ausgewiesen ist. Insgesamt würde die Realisierung der 13 Betten folglich Baubeiträge des Kantons in der Höhe von Fr. 845'000 auslösen (als Investitionskosten für 25 Jahre). Die übrigen Kosten für die Erweiterung eines oder mehrerer Betagtenheime im Rahmen dieser 13 Betten können nicht direkt ermittelt werden. Ebenso kann nicht genau ermittelt werden, welche Folgekosten durch den Betrieb von zusätzlich 13 Betten (je nach Belegung durch Personen der BESA Stufen 1 bis 4) für die Betagtenheime und die Einwohnergemeinden entstehen würden. Wären diese 13 Betten das ganze Jahr mit Patienten der BESA Stufe 4 belegt, würden die Kosten für die Gemeinden rund Fr. 237'000 pro Jahr betragen (bei Fr. 50 Gemeindebeitrag pro Tag für BESA 4). Allfällige Betriebsdefizitbeiträge sind dabei noch nicht berücksichtigt.

**3.4.2 Seniorenresidenzen****Ausgangslage**

Seniorenresidenzen sind eine neue Erscheinung in der Schweizer Heimlandschaft. Der Name wird nicht unmittelbar mit gesundheitlichen Problemen oder altersbedingtem Abbau in Verbindung gebracht. Gemäss einer Umfrage der Age-Stiftung aus dem Jahr 2003 stehen 27% der Befragten der Idee in einer Residenz zu wohnen positiv gegenüber, davon haben 2/3 eine sekundäre oder tertiäre Ausbildung. Der grösste Teil der interessierten Personen weist ein überdurchschnittliches Einkommen aus.

Alle Anbieter dieser Wohnform sind private Organisation, das heisst, die Finanzierung wird unabhängig von öffentlichen Geldern sichergestellt. Als grösster und bekanntester Anbieter in der Schweiz tritt die Firma Tertianum auf, sie verfügt bereits über 11 Residenzen in der deutschen und 2 in der italienischen Schweiz. Weitere Residenzen sind in Planung. Das Motto vom Tertianum heisst, „Qualität in allen Belangen.“ Eine der erwähnten Residenzen hat sich spezialisiert auf geriatrische Rehabilitation und eine auf Psychogeriatric. Alle vom Tertianum betriebenen Häuser werden zentral verwaltet und bieten auch Veranstaltungen und Reisen für die Bewohner an.

Das Zielpublikum sind zahlungskräftige Kunden. Die Wohnungseinheiten sind entsprechend im oberen Preissegment. Die Grösse der Einheiten gehen von einem Zimmer bis zu 3 ½ Zimmern. Die Residenzen bieten die Möglichkeiten alle Dienstleistungen intern einzukaufen, je nach Wunsch für Haushalt, Verpflegung, Pflege, Wellness, Therapiebad und Sicherheit. Als *ein* Beispiel sei hier die Residenz St. Jakob im neuen Fussballstadion Basel erwähnt.

Der Grundpreis richtet sich nach der Wohnungsgrösse und beträgt Fr. 5'000 bis Fr. 15'000. Inbegriffen sind in der Regel die Wohnungsmiete inklusive Keller, eine Hauptmahlzeit pro Tag, eine Reinigung pro Woche und die unbegrenzte Benützung der Waschmaschinen. Sämtliche gemeinsamen Räume wie Bibliothek, Hallenbad, Sauna und Restaurant stehen allen Bewohnern uneingeschränkt zur Verfügung. Der Empfang ist, wie in einem Hotel rund um die Uhr besetzt. Die Bewohner einer Residenz leben meist zurück gezogen, es besteht keine Hausgemeinschaft wie in herkömmlichen Alters- und Pflegeheimen.

### **Handlungsbedarf**

Im Rahmen der Langfriststrategie 2012+ des Regierungsrates soll sich der Kanton Obwalden als attraktive Wohnregion entwickeln. Der Kanton Obwalden setzt auf eine Steigerung des Volkseinkommens durch Bevölkerungswachstum. Dazu soll die Bevölkerung bis ins Jahr 2020 auf 39 000 Einwohnerinnen und Einwohner oder durchschnittlich um 350 Personen im Jahr wachsen und die Zuwanderung von einkommens- und vermögensstarken Bevölkerungssegmenten soll begünstigt werden.<sup>53</sup> Seniorenresidenzen bilden eine Möglichkeit, für die Zuwanderung von eher vermögensstarken betagten Personen. Erste Schritte in diese Richtung bereits umgesetzt hat die Seniorenresidenz am Schärme in Sarnen mit den neu erstellten und grosszügig konzipierten Wohnungen im ehemaligen Personalhaus.

### **Empfehlung**

Da unserer Meinung nach die private Trägerschaft für diese spezielle Wohnform beibehalten werden müsste, wird die Idee im Rahmen dieses Projekts nicht weiter ausgeführt.

## **3.4.3 Tag- oder Nachtaufenthalte zur Entlastung der pflegenden Angehörigen**

### **Handlungsbedarf**

Pflegende Angehörige sind zur eigenen Entlastung auf das Angebot von Tag- oder Nachtaufenthalten angewiesen. Es ist wichtig für sie, die zu betreuenden Personen an verschiedenen Tagen oder auch Nächten in einem Heim betreuen zu lassen, um sich selber von der anspruchsvollen Betreuungssituation zu erholen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass diese Aufenthalte in einem Pflegeheim meist viele Vorurteile und Ängste abbauen. Dadurch wird der spätere, definitive Eintritt leichter akzeptiert und die Zeit um sich einzuleben wird verkürzt.

### **Empfehlung**

Wir empfehlen in den Alters- und Pflegeheimen, die Möglichkeit der Tag- und Nachtaufenthalte, der Nachfrage entsprechend, auszubauen.

### **Kosten**

Mit den Krankenversicherern ist ein dementsprechender Tarif auszuhandeln.

## **3.4.4 Ferienbetten**

### **Handlungsbedarf**

Pflegende Angehörige sind zur eigenen Entlastung auf das Angebot von Ferienbetten angewiesen. Es ist wichtig für sie, die zu betreuenden Personen 1-2 Mal pro Jahr in einem

<sup>53</sup> Strategie- und Amtsdauerplanung 2003 bis 2006, Staatskanzlei Obwalden, September, 2002, S. 16ff



Heim betreuen zu lassen, um sich von dieser anspruchsvollen Situation selber erholen zu können. Besonders in den Sommermonaten sind die wenigen Ferienbetten meist gut ausgebucht. In der Praxis hat sich gezeigt, dass dieser erste Aufenthalt in einem Pflegeheim meist viele Vorurteile und Ängste abbaut. Dadurch wird der spätere, definitive Eintritt leichter akzeptiert und die Zeit um sich einzuleben wird verkürzt.

**Empfehlung**

Wir empfehlen in den Alters- und Pflegeheimen die Ferienbetten, der Nachfrage entsprechend, auszubauen.

**Kosten**

Die Krankenversicherer übernehmen die Pflegekosten im gleichen Umfang, wie für die stationären Patienten. Für die Pensionskosten kann Pro Senectute um einen Beitrag angefragt werden.

**3.4.5 Ferienbetten von Heim zu Heim****Ausgangslage**

Für Bewohner von Alters- und Pflegeheimen besteht - eine entsprechende Nachfrage vorausgesetzt - in der deutschsprachigen Schweiz die Möglichkeit das Zimmer für einige Zeit, mit einer anderen Person aus einem anderen Heim zu tauschen. Für Heimbewohner stellt dies oft die einzige Möglichkeit dar, einen Ferienaufenthalt zu realisieren.

**3.4.6 Betreuung dementer Menschen****Ausgangslage**

Höpflinger geht in seinem Bericht auf Grund der heutigen Häufigkeitswerte demenzieller Störungen bei älteren Menschen davon aus, dass sich die Zahl der demenzkranken Menschen im Kanton Obwalden für das Jahr 2004 auf rund 380 Personen schätzen lässt. Bei dieser auf den ersten Blick hohen Anzahl dementer Personen ist zu berücksichtigen, dass alle Formen von Demenz also auch die Demenz im Anfangsstadium mit berücksichtigt sind. Viele dieser demenzkranken Menschen werden heute nach wie vor von ihren Angehörigen betreut. Ungefähr 50% der Bewohnerinnen und Bewohner in den Alters- und Pflegeheimen sind demente Personen in den verschiedenen Stadien. Die Zahl demenzkranker Menschen wird in den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren sicher ansteigen, andererseits ist damit zu rechnen, dass durch die Früherkennung und neue Medikamente in diesem Bereich der Anstieg etwas gebremst werden kann.

**Handlungsbedarf**

Die Stiftung Betagtenheim Obwalden plant ein Kompetenzzentrum für 13 Demente aus Sarnen. Es sind zwei Gruppen mit je sechs, beziehungsweise sieben Personen, vorgesehen. Bei freier Kapazität können auch Bewohnerinnen und Bewohner aus anderen Gemeinden aufgenommen werden. Andere Alters- und Pflegeheime planen ebenfalls spezielle Einheiten oder haben diese schon eingerichtet. Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen haben spezifische Bedürfnisse bezüglich Beratung, Unterstützung im Alltag, sowie Wohn- und Betreuungsformen.

**Empfehlung**

Die bestehenden Angebote in diesen Bereichen sind verstärkt auf demente Menschen auszurichten. Die Schaffung von zusätzlich spezifischen Institutionen für diese Zielgruppe bildet wie bisher die Ausnahme. Weiter empfehlen wir mit der Demenzstation des Wohnheims Nägeligasse in Stans eine engere Zusammenarbeit zu prüfen. Ausserdem ist eine Unterstützung, bei der Betreuung dementer Menschen, durch die Psychiatrie Obwalden/Nidwalden zu prüfen.

**Kosten**

Es bedarf einer Finanzierung, welche den Alters- und Pflegeheimen ein kostendeckendes Angebot ermöglicht. Gemäss Bewohnerinneneinstufungs- und Abrechnungssystem (BESA) besteht die Möglichkeit für Einzelfälle, bei welchen der Pflegeaufwand mit BESA IV bei weitem nicht mehr gedeckt werden kann, mit den Krankenkassen höhere Abgeltungen auszuhandeln. Von dieser Möglichkeit ist vermehrt Gebrauch zu machen und das Gespräch mit den einzelnen Versicherern zu suchen. Es ist auch zu prüfen, ob die Wohnsitzgemeinden bei diesen Einzelfällen einen etwas höheren Beitrag übernehmen.

**3.4.7 Betreuung Schwerpflegebedürftiger****Ausgangslage**

Die Einwohnergemeinden sind für die Betreuung aller pflegebedürftiger Betagten im Kanton zuständig. Da die Geriatrie am Kantonsspital Sarnen auf den 31. Dezember 2004 geschlossen wird (Ziff. 2.5.2) werden für die einzelnen Patientinnen und Patienten auf der Geriatrieabteilung zurzeit Lösungen gesucht und soweit möglich eine Aufnahme in die Pflegeheime der Gemeinden vorbereitet. Die Alters- und Pflegeheime im Kanton sind nach eigenen Angaben in der Lage, schwerpflegebedürftige Personen zu betreuen und diese Aufgabe künftig zu übernehmen. Für die Betreuung dieser schwerpflegebedürftigen Personen werden mehr personelle und infrastrukturelle Mittel notwendig sein.

**Empfehlung**

Schwerpflegebedürftige Personen im AHV/IV Alter werden dezentral in den Alters- und Pflegeheimen betreut.

**Kosten**

Es bedarf einer Finanzierung, welche den Alters- und Pflegeheimen ein kostendeckendes Angebot ermöglicht. Gemäss Bewohnerinneneinstufungs- und Abrechnungssystem (BESA) besteht die Möglichkeit für Einzelfälle, bei welchen der Pflegeaufwand mit BESA IV bei weitem nicht mehr gedeckt werden kann, mit den Krankenkassen höhere Abgeltungen auszuhandeln. Von dieser Möglichkeit ist vermehrt Gebrauch zu machen und das Gespräch mit den einzelnen Versicherern zu suchen. Es ist auch zu prüfen, ob die Wohnsitzgemeinden bei diesen Einzelfällen einen etwas höheren Beitrag übernehmen.

### **3.5 Handlungsfeld andere pflege- und betreuungsbedürftige Menschen**

#### **Beschreibung des Handlungsfelds**

Menschen mit psychischen Erkrankungen, in Krisensituationen, Tetraplegiker, Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung und Suchtkranke gelangen immer mehr an die Institutionen in den Gemeinden. Ziel ist es, individuell die Situation abzuklären und entsprechend Platzierungen vorzunehmen.

#### **Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds**

##### **3.5.1 Wohnformen für geistig und mehrfach behinderte im AHV Alter**

##### **3.5.2 Betreutes Wohnen für ältere Psychischkranke**

##### **3.5.3 Wohnformen für körperbehinderte und pflegebedürftige Menschen**

##### **3.5.1 Wohnform für geistig und mehrfach behinderte Menschen im AHV Alter**

#### **Ausgangslage**

Die Stiftung Rütimattli in Sachseln fördert, betreut und beschäftigt Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, geistig-, mehrfach- oder psychisch behindert sind. Das Rütimattli ist vertraut im Umgang mit Körperbehinderungen und Pflege. Deshalb ist es möglich, ältere Pflegebedürftige weiter dort zu betreuen.

#### **Empfehlung**

Damit Bewohnerinnen und Bewohner des Rütimattli in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können und die Kontinuität in der Pflege gewährleistet ist, empfehlen wir den Vertrag mit der Stiftung Rütimattli dahingehend anzupassen, dass Menschen, die ins AHV Alter kommen, weiter im Rütimattli betreut werden können.

##### **3.5.2 Betreutes Wohnen für Psychischkranke im AHV Alter**

#### **Ausgangslage**

Der Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern bietet ein Wohnangebot für unbeschränkte und vorübergehende Aufenthaltsdauer für erwachsene psychisch Erkrankte. Es werden Gruppen- und Einzelwohnungen in den Kantonen Luzern, Ob- und Nidwalden geführt. Menschen, die das Wohnangebot nutzen, können auch im AHV Alter bleiben.

#### **Empfehlung**

Wir empfehlen die Situation von psychisch kranken älteren Menschen, individuell zu beurteilen und sie nach Möglichkeit in den Alters- und Pflegeheimen zu betreuen. Ausserdem ist für die fachliche Beratung der Alters- und Pflegeheime, eine Unterstützung der Psychiatrie Obwalden/Nidwalden zu prüfen.

##### **3.5.3 Wohnformen für körperbehinderte und pflegebedürftige Menschen**

#### **Ausgangslage**

Die Stiftung Rodtegg ist eine private Stiftung für körper- und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Für körperbehinderte Menschen im AHV Alter gibt es kein spezielles Angebot im Kanton Obwalden. Auch für junge pflegebedürftige Menschen gibt es keine spezifischen Strukturen.

#### **Empfehlung**

Wir empfehlen die Situation von körperbehinderten älteren Menschen und pflegebedürftigen jungen Menschen, individuell zu prüfen. Die körperbehinderten älteren Menschen sind nach Möglichkeit in den Alters- und Pflegeheimen zu betreuen.

### 3.6 Handlungsfeld Qualitätssicherung

#### Beschreibung des Handlungsfelds

Die Qualitätssicherung ist eine Aufgabe, welche direkt von den Leistungserbringern vor Ort erfüllt werden muss. Das Ergebnis der Umfrage bei den Institutionen und Organisationen hat gezeigt, dass bereits heute alle über ein Qualitätssicherungssystem verfügen. Nach dem geltenden Gesundheitsgesetz obliegt den Einwohnergemeinden die Hauptverantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Krankenpflege, die Betagtenbetreuung sowie die Förderung von Betagtenheimen und anderen Betagten-Wohnformen und die Sicherstellung der Betreuung von pflegebedürftigen Betagten im vom Kanton anerkannten Betagtenheimen (Art. 6 Gesundheitsgesetz). Im Rahmen dieser Aufgabe tragen die Einwohnergemeinden auch eine Mitverantwortung für die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen. Die Qualitätssicherung muss daher ein Bestandteil der Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Trägerschaften sein. Dabei geht es im Wesentlichen nicht darum die bereits bestehenden Qualitätsstandards zu erhöhen, sondern viel mehr darum sicherzustellen, dass in den Organisationen Qualitätssicherungssysteme eingeführt sind und auch umgesetzt werden.

#### Ausgangslage

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die Verordnung zur Krankenversicherung (KVV) legen im Rahmen der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Anforderungen fest, welche von Pflegeheimen und Organisationen in der Krankenpflege und Hilfe zu Hause erfüllt werden müssen (Art. 39 KVG und Art. 51 KVV). Art. 58 KVG und Art. 77 KVV enthalten bundesrechtliche Bestimmungen zur Qualitätssicherung.

Dem Kanton beziehungsweise dem zuständigen Departement (Sicherheits- und Gesundheitsdepartement) obliegt die Aufsicht über die Einrichtungen für Kranke, Verunfallte und andere Pflegebedürftige (Art. 9 Gesundheitsgesetz). Es ist auch zuständig für Erteilung von Bewilligungen für die Errichtung und den Betrieb von Einrichtungen der Gesundheitspflege, namentlich von Krankenanstalten, Pflegeheimen oder medizinischen Instituten (Art. 41 Gesundheitsgesetz). Als Bewilligungs- und Aufsichtsinstanz hat das zuständige Departement mit der Aufnahme einer Einrichtung auf die Pflegeheimliste die Einhaltung minimaler Anforderungen zu überprüfen. Das Gesundheitsgesetz legt fest, dass die Bewilligung erteilt wird, wenn eine ausreichende ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten sichergestellt ist, die Räumlichkeiten und Einrichtungen zweckmässig sind und eine einwandfreie Betriebsführung gewährleistet ist (Art. 41 Gesundheitsgesetz). Es handelt sich dabei um Minimalanforderungen, welche bei Erteilung der Betriebsbewilligung erfüllt sein müssen. Eine regelmässige Kontrolle der Einhaltung dieser Mindestvorschriften, insbesondere in Bezug auf die ausreichende ärztliche und pflegerische Betreuung der Patienten durch das zuständige Departement, findet nicht statt. Es verfügen heute alle Organisationen und Institutionen über ein Qualitätssicherungssystem.

#### Handlungsbedarf

Nach den Rückmeldungen der Bedürfnisumfragen, der Einschätzung des Projektteams und dem Augenschein der externen Projektleitung kommt das Projektteam zum Schluss, dass bereits heute im Kanton Obwalden ein ausgebautes, qualitativ hoch stehendes Angebot im Altersbereich besteht. Durch die Kleinräumigkeit im Kanton Obwalden und die noch vorhandene Sozialkontrolle bleibt wenig verborgen. Der Respekt vor den alten Menschen und dass man sich gegenseitig kennt, bewirken weiter, dass die Qualitätskontrolle auf natürliche Art sichergestellt ist. Trotzdem bedarf es der gesetzlich verankerten Qualitätssicherung. Ausserdem wäre zu prüfen, an welche Instanz Leistungsempfänger ihre Beschwerden richten können.

**Empfehlung**

Wir empfehlen die Qualitätssicherung in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Trägerschaften der Alters- und Pflegeheimen zu regeln. Die Grundlagen für verantwortliches Handeln in Alters- und Pflegeheimen<sup>54</sup> des Heimverbands (heute CURAVIVA) Schweiz und die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften für die Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen<sup>55</sup> können als Richtschnur verwendet werden.

Bei der Wahl neuer Qualitätssicherungssysteme empfehlen wir, der Einheitlichkeit der Systeme Beachtung zu schenken. Weiter empfehlen wir in entsprechenden Gremien anzuregen, dass auf nationaler Ebene Minimalstandards definiert werden.

Es ist zu prüfen, an welche Instanz Leistungsempfänger ihre Beschwerden richten können.

**Kosten**

Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

---

<sup>54</sup> Heimverband Schweiz (heute CURAVIVA), Grundlagen für verantwortliches Handeln in den Alters- und Pflegeheimen, Zürich, 1997

<sup>55</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. [www.samw.ch](http://www.samw.ch) > Medizinisch-ethische Richtlinien > Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen

### **3.7 Handlungsfeld Finanzierung**

Die Finanzierungsmechanismen der verschiedenen Angebote sollen so ausgestaltet sein, dass eine möglichst bedarfsgerechte Regulierung des Angebots hinsichtlich Quantität und Qualität stattfinden kann. Öffentliche Gelder sollen ziel- und bedarfsgerecht eingesetzt werden. Die ökonomischen Anreize für Institutionen, möglichst kostengünstige und qualitativ hoch stehende Leistungen zu erbringen, sind zu verstärken.

In den nächsten Jahren ist eine ganzheitliche Betrachtung der Finanzierungsmechanismen anzustreben, wobei auch der Bereich Alternative Wohnformen und der Bereich der Betreuung durch Angehörige zu Hause zu berücksichtigen sind.

#### **Konkrete Massnahmen innerhalb des Handlungsfelds**

##### **3.7.1 Die finanzielle Situation der heutigen und zukünftigen alten Menschen**

##### **3.7.2 Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA)**

##### **3.7.3 Finanzierung der Pflege**

##### **3.7.4 Rahmenbedingungen der Finanzierung**

#### **3.7.1 Die finanzielle Situation der heutigen und zukünftigen alten Menschen**

##### **Ausgangslage**

Das Dreisäulenprinzip hat in den letzten Jahrzehnten die Situation von älteren Menschen so deutlich verbessert, dass für sie kein überdurchschnittliches Armutsrisiko mehr besteht. Dabei ist zu bemerken, dass ein grosser Teil der heutigen Rentnerinnen und Rentner noch nicht die Möglichkeit hatte, eine umfassende Altersvorsorge aufzubauen, da die Säulen 2 und 3 des schweizerischen Systems erst seit den Achtzigerjahren entscheidend ausgebaut worden sind. Andererseits ist heute ein ebenfalls bedeutender Teil der Rentnergeneration ausreichend, bis sehr gut, wirtschaftlich abgesichert.

In Zukunft werden mehr Rentnerinnen und Rentner mit höheren Rentenzahlungen rechnen können, weil sie die Möglichkeit hatten, eine vollumfängliche Altersvorsorge aufzubauen. Damit wird auch der Anteil jener steigen, welche die nötige Pflege und Betreuung über eine längere Zeit aus eigenen Mitteln finanzieren können.

Es wird aber weiterhin eine bedeutende Gruppe von Menschen geben, die im Alter nur mit geringer finanzieller Absicherung leben müssen. Zu dieser Risikogruppe gehören vor allem Personen, die vom Dreisäulenprinzip nicht über die gesamte Erwerbsdauer profitieren konnten, aber auch Menschen, die wegen einer lang dauernden, hohen Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ihr Vermögen aufgebraucht haben und über kein ausreichendes Einkommen verfügen, sowie Menschen mit längeren Erwerbsausfällen und damit eingeschränkten Rentenleistungen.<sup>56</sup>

Die Obwaldner Einkommensstatistik der Steuerperiode 2001 nach Alter zeigt, dass von den steuerpflichtigen Personen im Alter zwischen 60 bis 69 rund 14% ein steuerbares Einkommen über Fr. 100'000 ausweisen. Im Alter zwischen 70 bis 79 sind es rund 9% und im Alter zwischen 80 bis 89 rund 7%, welche ein steuerbares Einkommen über Fr. 100'000 ausweisen. Bei der Vermögensstatistik der Steuerperiode 2001 zeigt sich, dass von den steuerpflichtigen Personen im Alter zwischen 60 bis 69 rund 10% ein steuerbares Vermögen zwischen Fr. 250'000 bis Fr. 500'000 aufweisen, rund 6% zwischen 1 bis 2 Mio. Fr. und rund 6% über Fr 2 Mio.<sup>57</sup>

<sup>56</sup> Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Alterspolitik im Kanton Bern, März 2004

<sup>57</sup> Modellberechnungen des InformatikLeistungszentrum Obwalden/Nidwalden, Systemwechsel Wohneigentumsbesteuerung, 6. August 2003

**Empfehlung**

Es ist sicher zu stellen, dass die Gruppe von Menschen, die im Alter nur mit geringer finanzieller Absicherung leben müssen, trotzdem bedarfsgerecht die entsprechenden Dienstleistungen erhalten.

**3.7.2 Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA)****Ausgangslage**

Zwischen dem Bund und den Kantonen gibt es seit 1959 einen Finanzausgleich. Das heisst: Der Bund entschädigt finanzschwache Kantone mit zusätzlichen Subventionen für bestimmte Aufgaben, die sie erfüllen. Der bestehende Finanzausgleich hat heute schwere Mängel. Es gibt ein Dickicht von kaum mehr überblickbaren Einzelmassnahmen, die untereinander schlecht koordiniert sind. Das Hauptziel, nämlich einen Ausgleich zu schaffen zwischen ärmeren und reicheren Kantonen, hat der Finanzausgleich verfehlt.

Die Probleme des alten Finanzausgleichs sollen mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben (NFA) gelöst werden. Zum einen werden Aufgaben zwischen dem Bund und den Kantonen entflochten, was den Steuerfranken effizienter macht. Weiter wird die Zusammenarbeit zwischen dem Bund und den Kantonen, sowie zwischen den Kantonen verbessert, dadurch wird der Föderalismus zeitgemäss reformiert. Schliesslich soll die finanzielle Leistungsfähigkeit zwischen armen und reichen Kantonen angeglichen werden, was mehr Gerechtigkeit schafft.<sup>58</sup>

Die Gesetzgebungsarbeiten zur Phase II der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen schreiten planmässig voran. Die vom Politischen Steuerungsorgan (SO) eingesetzten Projektgruppen haben ihre Zwischenberichte vorgelegt. Eine definitive Beurteilung der anvisierten Gesetzesrevisionen wird das SO nach Beratung der Schlussberichte und des Vernehmlassungsentwurfs vornehmen und dem Bundesrat entsprechend Antrag stellen. An seiner Sitzung im September 2003 hat das SO folgende Weichenstellungen vorgenommen. Bei den Sozialversicherungen bleibt die Existenzsicherung Bundesaufgabe. Die Finanzierung der Heimkosten geht an die Kantone über. Im zu revidierenden Bundesgesetz über die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (ELG) sollen dabei Mindestvorgaben des Bundes vorgesehen werden, die von den Kantonen nicht unterschritten werden dürfen. Ein eigentlicher kantonaler Regelungsspielraum besteht nur bei der Festsetzung eines Betrages für persönliche Auslagen, bei der Festlegung der Heimtaxen, sowie bei der Berücksichtigung des Vermögensverzehr bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern.

Die Unterstützung der gesamtschweizerischen Tätigkeiten der Alters- und Behindertenhilfe sowie der Spitexorganisationen obliegt weiterhin dem Bund. Die Spitex-Basisorganisationen für Hilfe und Pflege zuhause kommt – wie vorgesehen – zu den Kantonen. Gemäss Beschluss des Parlaments sind die Kantone verpflichtet, die bis anhin von der AHV bezahlten Subventionen bis zum Vorliegen einer kantonalen Regelung zu übernehmen. Eine entsprechende Verpflichtung der Kantone wird auf Stufe Gesetz präzisiert. Gemäss neuen Erkenntnissen ist mit der Umsetzung des NFA frühestens im Jahr 2007 zu rechnen.<sup>59</sup>

**Empfehlung**

Die Verantwortung für die Finanzierung im Altersbereich wird vermehrt kantonalisiert. Es wird dadurch für den Kanton interessanter die Angebote aufeinander abzustimmen und die kostengünstigere Variante zu wählen.

<sup>58</sup> Eidgenössisches Finanzdepartement, Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen, Ein Porträt, Direktion für Informatik VBS, Bern

<sup>59</sup> Marc Pfirter, Pro Senectute Schweiz, Schriftliche Mitteilungen, März 2004

### 3.7.3 Finanzierung der Pflege

#### Ausgangslage

Der Bundesrat hat am 25. Februar 2004 im Rahmen seiner Reformplanung zur Krankenversicherung entschieden, dem Parlament bis Ende Jahr eine Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vorzulegen. Ziel ist, die Kosten der Krankenversicherung im Pflegebereich zu stabilisieren. Sozialpolitisch gilt es sicherzustellen, dass Pflegebedürftige im Alter nicht zu Armutsfällen werden. Um dieses doppelte finanz- und sozialpolitische Ziel zu erreichen, hat der Bundesrat zwei Finanzierungsmodelle in die Vernehmlassung geschickt. Die Vernehmlassung dauert bis zum 24. September 2004.

#### Modell A

Die Grundidee des ersten Modells besteht darin, dass die Krankenversicherung ausschliesslich für komplexe Pflegefälle voll aufkommt, während in einfachen Pflegesituationen die Krankenversicherung keine Pflegeleistungen mehr vergütet. Mit diesem Modell soll dem Umstand besser Rechnung getragen werden, dass die Krankenversicherung eigentlich nur für die krankheitsbedingte, nicht aber für die rein altersbedingte Pflege aufzukommen hat. Diese Neukonzeption führt in der Krankenversicherung zu Minderausgaben. Im Gegenzug werden bei der Hilflosenentschädigung der AHV Anpassungen vorgenommen, die auf die Neuregelung der Leistungspflicht der Krankenversicherung abgestimmt sind.

#### Modell B

Das Modell B, das sich weitgehend auf einen im Juli 2003 vorgelegten Expertenbericht abstützt, unterscheidet zwischen der Akutpflege und der Langzeitpflege: Die Krankenversicherung übernimmt bei der Akutpflege die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG, während an die Langzeitpflege lediglich ein Beitrag gewährt wird. Die Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege erfolgt durch ein zeitliches Kriterium: die ersten 90 Pflgetage ausserhalb des Spitals gelten als Akutphase, die folgenden Tage als Langzeitphase. Bei diesem Modell bleibt die Gesamtbelastung der Krankenversicherung gegenüber heute unverändert.

Beide Modelle stabilisieren die Pflegeleistungen der Krankenversicherung auf dem heutigen Niveau. Die Stabilisierung der Leistungen der Krankenversicherung führt zu einer Mehrbelastung der privaten Haushalte. Deshalb wird als begleitende Massnahme in beiden Modellen vorgeschlagen, den Anspruch auf die Ergänzungsleistungen für Personen im Heim zu erweitern, indem der heute bestehende Plafond für die Ergänzungsleistung für Heimbewohner und -bewohnerinnen (gegenwärtig rund 30'000 Franken/Jahr) aufgehoben werden soll. Bei den Ergänzungsleistungen bringt das Mehrkosten von 236 Mio. Franken/Jahr mit sich. Beide Finanzierungsmodelle beruhen auf dem Grundsatzentscheid des Bundesrates, den Pflegebereich mit den bestehenden sozialpolitischen Instrumenten zu regeln. Der Bundesrat verzichtet damit insbesondere darauf, eine eigenständige Pflegeversicherung vorzuschlagen.<sup>60</sup>

#### Empfehlung

Zusammen mit den Pflegeheimen ist die Spitex von der aktuellen und der künftigen Regelung der Pflegefinanzierung im Rahmen des KVG betroffen. Wir empfehlen ein gemeinsames Vorgehen mit dem Ziel, zu einer Finanzierungsregelung zu kommen, die Gerechtigkeit für die Hilfe- und Pflegebedürftigen über die Institutionen hinweg bringt.

<sup>60</sup> Medienmitteilung des Eidgenössischen Departement des Innern, Bern, 23. Juni 2004.



### 3.7.4 Rahmenbedingungen der Finanzierung

#### **Ausgangslage**

Die Entscheidungen zur Pflegefinanzierung und die Ergebnisse zum Neuen Finanzausgleich haben einen wesentlichen Einfluss auf die künftig in diesem Bereich für den Kanton und die Gemeinden entstehenden Kosten. Die Gemeinden sind gemäss Aufgabenteilung Kanton-Gemeinden für das Altersangebot zuständig und müssen daher das Angebot sicherstellen und dessen Finanzierung steuern können.

#### **Empfehlung**

Grundsätzlich soll das Finanzierungssystem so ausgestaltet werden, dass der unternehmerische Handlungsspielraum und die Anreize, die geforderte Qualität zu möglichst günstigen Kosten zu produzieren, erhöht werden. Gleichzeitig soll eine bessere Transparenz der entstehenden Kosten erreicht werden.

Zur Sicherstellung des Altersangebots und zur Steuerung der Finanzierung empfehlen wir Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern. Der Finanzierung nicht kostendeckender Angebote ist in diesem Rahmen besondere Beachtung zu schenken. Massgebend bei der Finanzierung durch die Gemeinden ist der Wohnort. Bei den Leistungserbringern, bei denen der Kanton zuständig ist, empfehlen wir ebenfalls Leistungsvereinbarungen.

## 4 Ausblick und Antrag

Wie einleitend festgehalten ist das Ziel des Projekts, eine gemeinsame Strategie des Kantons Obwalden für ein attraktives Leben im Alter mit einem über alle Gemeinden koordinierten Altersangebot bis ins Jahr 2020 aufzuzeigen. Der Bericht zeigt, dass dazu Interventionen in verschiedenen Handlungsfeldern notwendig sind. Das dargestellte Vorgehen soll ermöglichen, kurz-, mittel- und langfristig eine bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen sicher zu stellen. Die im Bericht beschriebenen Massnahmen sind nicht abschliessend. Auch weiterhin soll es möglich sein, innovative Projekte, die einen zusätzlichen Beitrag zu einer nachhaltigen Alterspolitik leisten können, zu unterstützen.

### 4.1 Antrag und Beschlussfassung

Es wird empfohlen, bis 30. Oktober 2004, folgende Anträge zu genehmigen.

Nr.	Antrag	Kosten	Zuständig
1	<b>Bericht</b> Der Projektbericht wird genehmigt.		Alle Projektinstanzen <sup>61</sup>
2	<p><b>Bettenplanung</b> Die Bettenplanung 1993/94 mit 380 Betten für das Sarneraatal hat nach wie vor Gültigkeit und wird nicht revidiert. Die heutigen Alters- und Pflegeheime nehmen insbesondere Betreuungs- und Pflegebedürftige Personen mit BESA-Stufen I-IV auf.<sup>62</sup></p> <p>Artikel 21 des Gesundheitsgesetzes (GDB 810.1) sowie die Verordnung über Baubeiträge an Betagtenheime vom 24. Oktober 1991 (GDB 830.41) werden revidiert, so dass die entsprechenden Baubeiträge des Kantons nicht nur für stationäre Pflegebetten im engeren Sinne verwendet werden können, sondern ein Teil davon auch für die Förderung von Pflegewohngruppen und die Einführung der Übergangspflege sowie des präventiven Assessments gebraucht werden kann.<sup>63</sup></p> <p>Das präventive Assessment, die Übergangspflege<sup>64</sup> und die Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige wie Ferienbetten, Tages- und/oder Nachtpflege<sup>65</sup> werden als notwendige Massnahmen zur Reduktion des Pflegeplatzbedarfs eingeführt.</p> <p>Der Antrag für die Förderung der Pflegewohngruppen muss noch definiert werden.</p>	<p>ca. Fr. 200'000 (Umnutzung eines Teils der Baubeiträge)</p> <p>Kosten noch offen</p>	<p>Kanton und Gemeinden evtl. Gemeindepräsidentenkonferenz</p> <p>Kanton</p> <p>Kanton und Gemeinden evtl. Gemeindepräsidentenkonferenz</p>

<sup>61</sup> Siehe Plenum

<sup>62</sup> Siehe Handlungsfeld stationäre Wohnformen

<sup>63</sup> Siehe Handlungsfeld stationäre Wohnformen

<sup>64</sup> Siehe Handlungsfeld Selbstversorgung zur Kostenreduktion

<sup>65</sup> Siehe Handlungsfeld stationäre Wohnformen

Nr.	Antrag	Kosten	Zuständig
3	<p><b>Leistungsvereinbarungen</b></p> <p>Grundsätzlich soll das Finanzierungssystem so ausgestaltet werden, dass der unternehmerische Handlungsspielraum und die Anreize, die geforderte Qualität zu möglichst günstigen Kosten zu produzieren, erhöht werden. Gleichzeitig soll eine bessere Transparenz der entstehenden Kosten erreicht werden.</p> <p>Zur Sicherstellung des Altersangebots und zur Steuerung der Finanzierung empfehlen wir Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern. Der Finanzierung nicht kostendeckender Angebote ist in diesem Rahmen besondere Beachtung zu schenken. Für die Leistungserbringer, bei denen der Kanton zuständig ist, empfehlen wir ebenfalls Leistungsvereinbarungen.<sup>66</sup></p>		Kanton und Gemeinden
4	<p><b>Qualitätssicherung</b></p> <p>Wir empfehlen die Qualitätssicherung in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Gemeinden und den Trägerschaften der Alters- und Pflegeheimen zu regeln. Es ist zu prüfen, an welche Instanz Leistungsempfänger ihre Beschwerden richten können.<sup>67</sup></p>		Gemeinden
5	<p><b>Koordinationsstelle</b></p> <p>Wir empfehlen die Koordinationsstelle mit einer einjährigen Pilotphase bei Pro Senectute einzurichten. Die Koordinationsstelle ist über Beiträge der beteiligten Institutionen und Körperschaften zu finanzieren. Weiter empfehlen wir den Ausbau der Koordinationsstelle zu einem Kompetenzzentrum, mit allen interessierten Organisationen, zu prüfen.<sup>68</sup></p>	ca. Fr. 32'500 jährlich	Alle Projektinstanzen
6	<p><b>Weiteres Vorgehen</b></p> <p>Das weitere Vorgehen gemäss dem nächsten Kapitel wird gut geheissen.</p>		Alle Projektinstanzen <sup>69</sup>
7	<p><b>Umsetzungsphase</b></p> <p>Die Umsetzungsphase wird ebenfalls als Projekt organisiert. Der Start des Projekts „Im Alter in Obwalden leben - Umsetzung“ ist Januar 2005. Es wird empfohlen, mit der gleichen Projektgruppe weiter zu arbeiten. Die externe Beratung und Dienstleistung wird punktuell nach Bedarf bei gezogen. Die Kosten für die externe Beratung und Administrationskosten werden von den Gemeinden und dem Kanton zu je gleichen Teilen übernommen. Die Organisationen stellen die Lohnkosten der ins Projekt Delegierten sicher.</p>	<p>Total Kostendach: Fr. 24'000</p> <p>Pro Gemeinde und Kanton Fr. 3'000</p>	Alle Projektinstanzen

<sup>66</sup> Siehe Handlungsfeld Finanzierung

<sup>67</sup> Siehe Handlungsfeld Qualitätssicherung

<sup>68</sup> Siehe Handlungsfeld Altersprävention

<sup>69</sup> Siehe Plenum

## 4.2 Weiteres Vorgehen

Wir schlagen folgendes weitere Vorgehen vor:

<b>Aufgabe</b>	<b>Zuständig</b>	<b>Erledigt am</b>
<b>Abnahme des Berichts</b> Der Bericht wird am Plenum vom 27. August 2004 abgenommen.	Plenum	27. Aug. 2004
<b>Beschlussfassung</b> Der Projektbericht wird genehmigt. Die Anträge werden geprüft und es wird entsprechend Beschluss gefasst. Dieser wird an das Gesundheitsamt, D. Bucher gesandt.	Alle Projektinstanzen	30. Okt. 2004
<b>Zusammenstellung der Beschlüsse</b> Die Beschlüsse werden gesammelt und zusammengestellt.	Gesundheitsamt, D. Bucher	12. Nov. 2004
<b>Plenum</b> Entscheid zum weiteren Vorgehen. Bei Bedarf Weiterleitung an Gemeindepräsidentenkonferenz	Projektteam, Gemeindepräsidentin, M. Freivogel	Dezember 2004 Wo 49 / 50
<b>Evtl. Vorbereitung für Gemeindepräsidentenkonferenz</b> Der Beschluss des Plenums wird für die Gemeindepräsidentenkonferenz vorbereitet.	Projektteam	Dezember 2004
<b>Evtl. Vorbereitung zur Bereinigung</b> Die Empfehlungen, bei denen es einer Übereinstimmung der Gemeinden bedarf, werden an der Gemeindepräsidentenkonferenz vorbereitet und das Geschäft entsprechend den Gemeinden zur Annahme empfohlen.	Gemeindepräsidentenkonferenz, Gemeindepräsidentin, M. Freivogel	Januar 2004
<b>Start der Umsetzungsphase</b> Die Umsetzungsphase wird ebenfalls als Projekt organisiert. Start des Projekts „Im Alter in Obwalden leben - Umsetzung“. Es wird empfohlen, mit der gleichen Projektorganisation weiter zu arbeiten.	Projektteam	Januar oder Februar 2005
<b>Vorbereitung</b> Die Anträge werden vorbereitet.	Projektteam	2005
<b>Umsetzung</b> Die Anträge werden umgesetzt.	Projektteam	2006

**Literaturverzeichnis**

Bachmann K.

Wie stark Ausdauertraining zu Herzen geht, Geo Nr. 8, Hamburg, 2001

Bericht der eidgenössischen Kommission

Altern in der Schweiz, Bern, 1995

Birkmayer W., Danielczyk W.

Die Parkinsonkrankheit, Trias Thieme Verlag, Stuttgart, 1981

Blanc Jasmin, Georges Ackermann

Pflegende Angehörige. In: Managed Care, Schweizer Zeitschrift für Managed Care, Public Health, Gesundheits- und Sozialökonomie, Nr. 6, Neuhausen, 2003

Blanc Jasmin, Vlajkovic Eduard, Wirthner Adrian

Gesundheit im hohen Alter als Herausforderung für die Zukunft. In: Zenger Christoph A., Jung Tarzis, Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, Hans Huber Verlag, Bern, 2003, S.212

Blanc Jasmin

Finanzierung der geriatrisch rehabilitativen Pflege, Schriftenreihe der schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Band Nr. 64, Muri, 2001

Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Bern, 2001

Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

Spitex Statistik 2000, Bern, 2002

Bundesamt für Statistik

Neue Herausforderungen durch demografischen Wandel, Neuchâtel, 2003

Bundesamt für Statistik

Sterberegister, Neuchâtel, 2002

Bundesamt für Statistik (BFS)

Kosten des Gesundheitswesens, Detaillierte Ergebnisse 2000 und Entwicklung seit 1995, Neuchâtel, 2002

De Beauvoir Simone

Das Alter, Rowohlt Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1977

Cavalli, Stefano, Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison, Réalités Sociales, Lausanne, 2002

Der Brockhaus

Brockhaus GmbH, Leipzig, 2000

Eidgenössisches Finanzdepartement, Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen, Ein Porträt, Direktion für Informatik VBS, Bern

Fischer Wolfram

Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege, Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern, 2002

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern  
Alterspolitik im Kanton Bern, März 2004

Grob Daniel, Bopp Irene  
Klinische Geriatrie und Akutspital. In: Geriatrie Praxis, Schweizer Journal für moderne Geriatrie, Medien & Medizin Verlag MMV, Zürich, September 1999

Heimverband Schweiz (heute CURAVIVA)  
Grundlagen für verantwortliches Handeln in den Alters- und Pflegeheimen, Zürich, 1997

Höpflinger François  
Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Seismo Verlag, Zürich, 2004

Höpflinger François  
Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004

Höpflinger, François  
Gesunde und autonome Lebensjahre - Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung, in: P. Perrig-Chiello, F. Höpflinger (Hrsg.) Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe, Huber-Verlag, Bern, 2003, S. 59-74

Höpflinger François, Hugentobler Valerie  
Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Huber Verlag, Bern, 2003

Höpflinger François, Stuckelberger Astrid  
Demografische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter, Seismo Verlag, Zürich, 1999

Informationsstelle AHV/IV  
Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV, 1998, S. 12

Jahresbericht  
Ausgleichfonds 2000

Krämer Günter  
Alzheimer Krankheit, Diverse Schriften der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Trias Thieme Verlag, Stuttgart, 1989

Krankenpflege-Leistungs-Verordnung (KLV)  
In: Handbuch der Schweizerischen Krankenversicherung, santésuisse, Die Schweizer Krankenversicherer, Solothurn, 2002 S. 226

Kesselring Annemarie  
Angehörige pflegen, Herausforderung für die Zukunft? Antrittsvorlesung, Basel, 2001

Latzel Günther, Andermatt Christoph, Walther Rudolf  
Sicherung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit, Band 1, Forschungsbericht Nr. 6/97. (Hrsg.) Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1997

Latzel Günther, Wettstein Albert  
„Allfit“. Das Projekt Empowerment Betagter mit chronischen Erkrankungen. In: Intercura Nr. 73, Zürich, 2001. S. 2

Maercker, A.

Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlaiden der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie, in: A. Maercker (Hrsg.) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie, Springer, Berlin, 2002 S. 1-58

Mager, H.-C

Pflegebedürftigkeit im Alter, Dimensionen und Determinanten, in: R. Eisen, H.-C Mager (Hrsg.) Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in ausgewählten Ländern, Opladen, 1999, S.30 –77

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

Schmocker, H., Oggier, W.; Stuck, A. (Hg.)

Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri, 2000

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. [www.samw.ch](http://www.samw.ch) > Medizinisch-ethische Richtlinien > Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen, Basel, 2004

Schweizerische Krebsliga, (Hrsg.)

Krebs in der Schweiz, Fakten und Kommentare, 1998

Seifert Kurt

(Text: Kapitel 1-6). In: Langlebigkeit – gesellschaftliche Herausforderung und kulturelle Chance. Ein Diskussionsbeitrag aus der Schweiz zur Zweiten Weltversammlung zur Frage des Alterns, BSV, Madrid, 2002

Sozialarbeit SBS

Alt und psychisch krank, Fischer Druck AG, Münsingen, 1987

Stuck, A.E.

Prävention von Behinderung im Alter. In: T. Niklaus (Hrsg.) Klinische Geriatrie, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 2000, S. 39-45.

Staatskanzlei Obwalden

Strategie- und Amtsdauerplanung 2003 bis 2006, September 2002, S. 16ff

Uchtenhagen Ambros, Jovic Nicola

Psychogeriatric, Fachverlag Zürich, 1990

Uchtenhagen Ambros, Jovic Nikola, (Hrsg.)

Psychische Störungen im Alter, Fachverlag AG, Zürich, 1990

Weeber R., Hörmlle G.

Barrierenfrees Wohnen für ältere Menschen, insbesondere mit Blick auf Wohngemeinschaften. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Wohnformen älterer Menschen im Wandel. Expertisenband 3 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung, Campus Verlag, Frankfurt 1998, S. 52-110

**Abkürzungsverzeichnis**

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ADL	Activities of daily living
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BESA	Bewohnerinnen - Einstufungs- und Abrechnungssystem
BFS	Bundesamt für Statistik
BfU	Beratungsstelle für Unfallverhütung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CH	Schweiz
DN I	Diplomniveau I in der Pflege
DN II	Diplomniveau II der Pflegefachpersonen
EL	Ergänzungsleistungen der AHV/IV
ELG	Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen der AHV/IV
FAGE	Fachangestellte Gesundheit
IGdPS	Interessengemeinschaft dezentrale Pflegestationen
IV	Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVV	Verordnung zur Krankenversicherung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben
OGG	Ökonomische gemeinnützige Gesellschaft
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OW	Obwalden
SO	Steuerungsorgan
STV	Schweizerischer Turnverband
WG	Wohngemeinschaft
ZIGG	Zentralschweizerische Interessengemeinschaft für Gesundheit

**Grafikverzeichnis**

Grafik 2.2.1	Wohnbevölkerung Obwalden 2001
Grafik 2.2.2	Gegenüberstellung OW – CH 2001
Grafik 2.3.1	Finanzierung der Pflege in Heimen
Grafik 2.3.2	Finanzierung der Pflege im Spitexbereich
Grafik 2.4.3	Finanzströme CH
Grafik 2.4.4	Beiträge an Pflegeleistungen in Alters- und Pflegeheimen OW inklusive Spenden
Grafik 2.4.5	Beiträge an Spitex OW
Grafik 2.4.6	Beiträge an Pro Senectute OW
Grafik 2.4.7	Beiträge Bund und Gemeinden OW an das SRK
Grafik 2.4.8	Beiträge 2002 pro Gemeinde OW
Grafik 2.4.9	Beiträge pro Person 65 + pro Gemeinde OW
Grafik 3.1.1	Entwicklung der Wohnbevölkerung in der Schweiz
Grafik 3.1.2	Entwicklung der Altersstruktur
Grafik 3.2.1	Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftiger im Kanton Obwalden
Grafik 3.2.2	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen im Kanton Obwalden 2000 – 2015



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.3.2	Hilflosenentschädigung in Obwalden
Tabelle 2.3.3	Ergänzungsleistungen zur AHV in Obwalden 2002
Tabelle 2.3.4	Sozialhilfeleistungen in den Gemeinden
Tabelle 2.3.5	Anzahl Pflegende Angehörige CH / OW
Tabelle 3.2.1	Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im Kanton Obwalden
Tabelle 3.5.1	Ambulante und stationäre Betreuung im Jahr 2000: Kanton Obwalden im Vergleich zu anderen Kantonen
Tabelle 4.3.1	Alterswohnungen in Obwalden in der Übersicht
Tabelle 4.3.2	Alternative Wohnformen im Vergleich
Tabelle 4.4.1	Anzahl Betten gemäss Bedarfsplanung pro Gemeinde
Tabelle 4.4.2	Bevölkerungsentwicklung der Personen über 80-Jährig
Tabelle 4.4.3	Verteilung der Betten auf die einzelnen Gemeinden bis ins Jahr 2015

## Anhangverzeichnis

Anhang 1	Wohnbevölkerung Kanton Obwalden nach Alter, Geschlecht und Nationalität
Anhang 2	Demographische Indikatoren Kantone im Jahr 2000
Anhang 3	Demographische Indikatoren Gemeinden Obwalden im Jahr 2000
Anhang 4	Wohnbevölkerung Gemeinden Obwalden nach Altersgruppen und Geschlecht in den Jahren 1990 und 2000
Anhang 5	Funktionale Einschränkungen und Krankheitsbilder im hohen Alter
Anhang 6	Aktivitäten des täglichen Lebens
Anhang 7	Verteiler und Rücklauf der Umfrage Angebote
Anhang 8	Umfrage Angebot
Anhang 9	Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung 2000-2015: Kanton Obwalden insgesamt
Anhang 10	Kommunale Szenarien: Demographische Entwicklung der älteren Bevölkerung
Anhang 11	Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftiger in den Gemeinden des Kantons Obwalden
Anhang 12	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen im Kanton Obwalden 2000- 2015
Anhang 13	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl älterer demenzkranker Menschen in den Gemeinden
Anhang 14	Beispiele alternativer Wohnformen
Anhang 15	Einkommensstatistik der Steuerperiode 2001 in Obwalden nach Alter in Zahlen und Prozent
Anhang 16	Vermögenssteuer der Steuerperiode 2001 in Obwalden nach Alter in Zahlen und Prozent

## Verzeichnis der Bedürfnisumfragen

Bedürfnisse der heutigen und zukünftigen betagten Menschen  
 Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen  
 Einschätzungen und Bedürfnisse der Institutionen  
 Einschätzungen der Gemeinden

# Anhang

## Anhangverzeichnis

Anhang 1	Wohnbevölkerung Kanton Obwalden nach Alter, Geschlecht und Nationalität
Anhang 2	Demographische Indikatoren Kantone im Jahr 2000
Anhang 3	Demographische Indikatoren Gemeinden Obwalden im Jahr 2000
Anhang 4	Wohnbevölkerung Gemeinden Obwalden nach Altersgruppen und Geschlecht in den Jahren 1990 und 2000
Anhang 5	Funktionale Einschränkungen und Krankheitsbilder im hohen Alter
Anhang 6	Aktivitäten des täglichen Lebens
Anhang 7	Verteiler und Rücklauf der Umfrage Angebot
Anhang 8	Umfrage Angebot
Anhang 9	Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung 2000-2015: Kanton Obwalden insgesamt
Anhang 10	Kommunale Szenarien: Demographische Entwicklung der älteren Bevölkerung
Anhang 11	Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftiger in den Gemeinden des Kantons Obwalden
Anhang 12	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen im Kanton Obwalden 2000- 2015
Anhang 13	Voraussichtliche Entwicklung der Zahl älterer demenzkranker Menschen in den Gemeinden
Anhang 14	Beispiele alternativer Wohnformen
Anhang 15	Einkommensstatistik der Steuerperiode 2001 in Obwalden nach Alter in Zahlen und Prozent
Anhang 16	Vermögenssteuer der Steuerperiode 2001 in Obwalden nach Alter in Zahlen und Prozent

## Anhang 1

### Wohnbevölkerung Kanton Obwalden nach Alter, Geschlecht und Nationalität<sup>1</sup>

Alter	Total				
	1997	1998	1999	2000	2001
Total	31'831	31'989	32'225	32'414	32'735
0-4	2'026	2'006	2'012	1'984	1'946
5-9	2'299	2'271	2'222	2'195	2'123
10-14	2'255	2'320	2'370	2'409	2'470
15-19	2'378	2'404	2'454	2'431	2'464
20-24	1'836	1'815	1'812	1'901	2'000
25-29	2'212	2'070	1'957	1'850	1'820
30-34	2'783	2'756	2'680	2'567	2'453
35-39	2'706	2'755	2'830	2'859	2'906
40-44	2'343	2'414	2'473	2'553	2'615
45-49	2'126	2'144	2'198	2'226	2'281
50-54	1'823	1'893	1'979	2'042	2'094
55-59	1'452	1'475	1'517	1'619	1'730
60-64	1'234	1'240	1'251	1'300	1'370
65-69	1'229	1'269	1'307	1'266	1'219
70-74	1'055	1'029	1'034	1'070	1'115
75-79	876	935	945	950	932
80-84	638	619	624	640	629
85-89	385	396	380	366	382
90-94	134	139	142	146	145
95+	41	39	38	40	41

Alter	Schweizer				
	1997	1998	1999	2000	2001
Total	14'119	14'201	14'315	14'369	14'470
0-4	863	844	857	854	840
5-9	1'016	1'015	1'010	985	951
10-14	1'069	1'100	1'116	1'119	1'139
15-19	1'142	1'144	1'162	1'154	1'170
20-24	852	865	869	906	943
25-29	893	846	802	755	748
30-34	1'182	1'146	1'099	1'037	964
35-39	1'175	1'206	1'222	1'242	1'248
40-44	1'051	1'068	1'103	1'133	1'176
45-49	1'009	1'018	1'058	1'052	1'047
50-54	875	901	930	958	997
55-59	663	697	723	781	831
60-64	559	565	559	586	616
65-69	521	538	551	542	526
70-74	448	433	446	447	473
75-79	383	389	389	395	375
80-84	245	253	252	261	260
85-89	127	129	124	120	119
90-94	35	35	33	33	38
95+	11	9	10	9	9

<sup>1</sup> OFS, Section BEV, Neuchâtel

Alter	Schweizerinnen				
	1997	1998	1999	2000	2001
Total	14'319	14'407	14'426	14'529	14'665
0-4	865	862	851	830	809
5-9	1'039	1'016	974	958	939
10-14	974	993	1'017	1'051	1'080
15-19	1'038	1'058	1'058	1'038	1'059
20-24	729	729	719	762	794
25-29	965	891	827	781	761
30-34	1'186	1'184	1'158	1'140	1'092
35-39	1'159	1'189	1'241	1'236	1'256
40-44	989	1'016	1'029	1'075	1'101
45-49	902	918	910	943	975
50-54	793	831	891	902	897
55-59	655	651	662	715	771
60-64	581	585	589	592	633
65-69	658	670	686	655	623
70-74	567	560	547	582	600
75-79	468	513	523	526	526
80-84	378	355	360	364	354
85-89	248	256	253	241	259
90-94	95	100	103	107	104
95+	30	30	28	31	32

Alter	Ausländer				
	1997	1998	1999	2000	2001
Total	1'818	1'783	1'852	1'866	1'923
0-4	169	161	162	165	167
5-9	123	124	128	134	125
10-14	103	116	113	115	119
15-19	109	113	137	123	122
20-24	119	105	109	130	128
25-29	146	136	135	142	146
30-34	220	214	214	178	188
35-39	216	192	202	204	221
40-44	191	206	200	202	196
45-49	125	124	137	138	162
50-54	97	99	98	110	119
55-59	85	78	78	74	75
60-64	52	48	60	74	78
65-69	24	28	38	36	33
70-74	16	14	16	16	20
75-79	11	14	14	11	11
80-84	6	6	7	9	8
85-89	4	3	0	1	2
90-94	2	2	4	4	3
95+	0	0	0	0	0

Alter	Ausländerinnen				
	1997	1998	1999	2000	2001
Total	1'575	1'598	1'632	1'650	1'677
0-4	129	139	142	135	130
5-9	121	116	110	118	108
10-14	109	111	124	124	132
15-19	89	89	97	116	113
20-24	136	116	115	103	135
25-29	208	197	193	172	165
30-34	195	212	209	212	209
35-39	156	168	165	177	181
40-44	112	124	141	143	142
45-49	90	84	93	93	97
50-54	58	62	60	72	81
55-59	49	49	54	49	53
60-64	42	42	43	48	43
65-69	26	33	32	33	37
70-74	24	22	25	25	22
75-79	14	19	19	18	20
80-84	9	5	5	6	7
85-89	6	8	3	4	2
90-94	2	2	2	2	0
95+	0	0	0	0	0

## Anhang 2

### Demographische Indikatoren Kantone im Jahr 2000<sup>2</sup>

	Wohn- bevölkerung total	Anteil 0-19 in %	Anteil 20- 64 in %	<b>Anteil 65 +</b> in %	Altersquotient (65+/20-64) in %	Jugendquotient (0-19 / 20-64) in %
<b>Schweiz</b>	<b>7'288'010</b>	<b>22.9</b>	<b>61.8</b>	<b>15.4</b>	<b>24.8</b>	<b>37.0</b>
<b>Kantone</b>						
ZH	1'247'906	20.5	64.4	15.0	23.3	31.9
BE	957'197	22.0	60.9	17.1	28.1	36.1
LU	350'504	25.2	60.3	14.5	24.1	41.8
UR	34'777	25.0	58.6	16.4	28.0	42.7
SZ	128'704	25.6	61.4	12.9	21.1	41.7
<b>OW</b>	<b>32'427</b>	<b>26.7</b>	<b>59.3</b>	<b>14.1</b>	<b>23.7</b>	<b>44.9</b>
NW	37'235	24.4	62.4	13.2	21.2	39.1
GL	38'183	25.0	58.0	17.0	29.3	43.0
ZG	100'052	23.0	64.6	12.3	19.0	35.6
FR	241'706	25.6	61.5	12.9	21.0	41.7
SO	244'341	23.4	60.5	16.1	26.6	38.7
BS	188'079	17.2	61.7	21.0	34.1	27.9
BL	259'374	21.9	62.2	15.9	25.6	35.2
SH	73'392	22.7	59.5	17.8	29.9	38.1
AR	53'504	25.7	58.0	16.3	28.1	44.3
AI	14'618	29.4	54.6	16.0	29.2	53.8
SG	452'837	25.6	60.0	14.4	24.0	42.7
GR	187'058	23.3	61.1	15.6	25.6	38.1
AG	547'493	24.3	62.3	13.4	21.6	38.9
TG	228'875	26.5	59.5	14.0	23.5	44.5
TI	306'846	19.8	62.3	17.8	28.6	31.8
VD	640'657	23.3	61.8	14.9	24.1	37.8
VS	272'399	24.4	60.6	15.1	24.9	40.2
NE	167'949	22.8	60.3	16.9	28.0	37.8
GE	413'673	21.8	63.8	14.4	22.6	34.2
JU	68'224	25.0	58.4	16.6	28.5	42.8
<b>Städtisch/Ländlich (gemäss Definition VZ 1990)</b>						
Städtisch	4'955'261	21.3	63.0	15.7	24.8	33.9
Ländlich	2'332'749	26.1	59.2	<b>14.7</b>	24.9	44.1
<b>Gemeindegrössenklassen (gemäss Definition VZ 2000)</b>						
100'000 +	961'343	16.8	64.9	18.3	28.1	25.9
50'000 - 99'999	222'605	19.2	62.6	18.2	29.1	30.7
20'000 - 49'999	643'780	21.2	62.0	16.8	27.1	34.2
10'000 - 19'999	1'234'228	21.8	62.6	15.6	24.9	34.7
5'000 - 9'999	1'241'997	23.9	61.7	<b>14.4</b>	23.4	38.7
2'000 - 4'999	1'590'027	25.0	60.9	<b>14.1</b>	23.2	41.1
1'000 - 1'999	732'405	26.1	60.2	<b>13.7</b>	22.7	43.4
< 1'000	661'625	25.8	59.4	14.8	24.9	43.5

<sup>2</sup> Bundesamt für Statistik, Neue Herausforderungen durch demografischen Wandel, Neuchâtel, 2003

## Anhang 3

### Demographische Indikatoren Gemeinden Obwalden im Jahr 2000<sup>3</sup>

	Wohn- bevölkerung total	Anteil 0-19 in %	Anteil 20- 64 in %	Anteil 65 + in %	Altersquotient (65+/20-64) in %	Jugendquotient (0-19 / 20-64) in %
<b>Obwalden</b>	<b>32'427</b>	<b>26.7</b>	<b>59.3</b>	<b>14.1</b>	<b>23.7</b>	<b>44.9</b>
<b>Gemeinden</b>						
Sarnen	9'145	25.3	60.3	14.3	23.8	42.0
Kerns	5'101	26.9	59.3	13.8	23.2	45.3
Sachsln	4'305	26.3	59.5	14.2	23.9	44.3
Alpnach	4'932	26.7	61.6	11.7	19.1	43.4
Giswil	3'435	30.4	56.5	13.1	23.2	53.9
Lungern	1'965	26.8	55.2	18.1	32.7	48.5
Engelberg	3'544	26.2	58.3	15.4	26.5	45.0

<sup>3</sup> Erstellt von PI-Systems AG nach Vorlage der demographischen Indikatoren Kantone. Das Zahlenmaterial stammt aus der eidgenössischen Volkszählung 2000, BFS, Neuchâtel 2003



## Anhang 4

### Wohnbevölkerung Gemeinden Obwalden nach Altersgruppen und Geschlecht in den Jahren 1990 und 2000<sup>4</sup>

#### Jahr 1990

Total	Schweiz	Obwalden	Alpnach	Engelberg	Giswil	Kerns	Lungern	Sachseln	Sarnen
0-19	1'581'574	8'202	1'192	756	920	1'465	501	1'073	2'295
20-64	4'303'228	16'683	2'514	1'721	1'764	2'643	1'025	2'224	4'792
65-79	734'366	3'088	405	344	316	447	246	399	931
80 +	254'519	1'052	104	137	85	136	87	123	380

Männer									
0-19	811'473	4'281	636	447	495	716	257	565	1'165
20-64	2'185'536	8'738	1'354	868	965	1'371	549	1'151	2'480
65-79	312'490	1'441	178	169	153	213	111	186	431
80 +	80'713	397	36	55	39	42	31	50	144

Frauen									
0-19	770'101	3'921	556	309	425	749	244	508	1'130
20-64	2'117'692	7'945	1'160	853	799	1'272	476	1'073	2'312
65-79	421'876	1'647	227	175	163	234	135	213	500
80 +	173'806	655	68	82	46	94	56	73	236

#### Jahr 2000

Total	Schweiz	Obwalden	Alpnach	Engelberg	Giswil	Kerns	Lungern	Sachseln	Sarnen
0-19	1'665'613	8'642	1'317	930	1'045	1'372	526	1'134	2'318
20-64	4'503'391	19'228	3'036	2'067	1'940	3'026	1'084	2'560	5'515
65-79	820'119	3'268	420	401	328	505	259	452	903
80 +	298'887	1'289	159	146	122	198	96	159	409

<sup>4</sup> Eidgenössische Volkszählung, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

<b>Männer</b>	<b>Schweiz</b>	<b>Obwal- den</b>	<b>Alpnach</b>	<b>Engel- berg</b>	<b>Giswil</b>	<b>Kerns</b>	<b>Lungern</b>	<b>Sach- seln</b>	<b>Sarnen</b>
0-19	853'898	4'411	693	522	541	678	244	575	1'158
20-64	2'260'084	9'947	1'590	1'057	1'035	1'571	581	1'317	2'796
65-79	355'969	1'445	185	195	152	211	117	199	386
80 +	97'616	483	54	53	49	73	34	61	159

<b>Frauen</b>									
0-19	811'715	4'231	624	408	504	694	282	559	1'160
20-64	2'243'307	9'281	1'446	1'010	905	1'455	503	1'243	2'719
65-79	464'150	1'823	235	206	176	294	142	253	517
80 +	201'271	806	105	93	73	125	62	98	250

## **Anhang 5**

### **Funktionale Einschränkungen und Krankheitsbilder im hohen Alter**

#### **1 Funktionale Einschränkungen**

Das Älter werden beginnt mit der Geburt und ist als individueller Prozess zu betrachten, beeinflusst wird er zudem durch soziale und umweltbedingte Faktoren.

Unter den funktionalen Einschränkungen werden jene Beeinträchtigungen im Alter verstanden, welche in der Summe aller Faktoren zu Pflegebedürftigkeit führen. Dabei können sowohl ein äusseres Ereignis wie ein Sturz ausschlaggebend sein, wie auch diverse angeborene Behinderungen, oder im Verlauf des Lebens erlittene Krankheiten, deren Spätfolgen sich im Alter kumulieren können. Nicht unter diese Kategorie fallen alle akuten Erkrankungen, welche ohne Folgen wieder abklingen. Aus diesem Grund kommt, im Gegensatz zu anderen Bezügen, die Hilflosenentschädigung erst nach der Wartefrist von einem Jahr zum Tragen.

##### **1.1 Inkontinenz**

Inkontinenz ist keine eigentliche Krankheit, sondern eine Funktionsstörung. Oft tritt sie in Zusammenhang mit Erkrankungen wie Parkinson, Demenz, multiple Sklerose etc. auf. So ist die Diagnosestellung bei älteren Menschen oft schwierig. Auf der anderen Seite sind die Folgen (Pflege) und die Kosten nicht zu unterschätzen.

Bei den vier wichtigsten Funktionsstörungen im Alter (Intellektueller Abbau, Inkontinenz, Instabilität und Immobilität) tritt die Inkontinenz am Häufigsten auf. Die Zahlen aus dem Jahr 1986 bis 1990 gehen von einer Signifikanz bei Spitexdiensten von 11,5% bis zu 82,9% bei Alters- und Pflegeheimen aus.<sup>5</sup>

##### **1.2 Malnutrition (Mangelernährung)**

Der Ernährung kommt nicht nur im Alter eine Schlüsselstellung zu. Essen hat ganz allgemein viel mit Kultur und sozialen Faktoren zu tun. Die Mangelernährung steht bei genauerer Betrachtung häufig für zu stark fett- zucker- und salzhaltige Speisen. Die Folgen können auf Grund mangelnder Vitamine, Kalzium und Eisen vermehrte Knochenbrüche und Herz-Kreislaufprobleme sein. Das Wissen um die Zusammenhänge von Ernährung und körperlicher und geistiger Gesundheit sollte nicht erst im hohen Alter vermittelt werden. Das gleiche gilt für die Dentalhygiene.

Hochbetagte Menschen können häufig nicht eine ausreichende, ausgewogene und gesunde Ernährung zu sich zu nehmen. Dies hat Gründe ganz unterschiedlicher Genese. Hier einige Beispiele zur Illustration. Schlechte Zähne oder schlecht sitzende Prothesen führen oft zu einseitiger Ernährung von zu weich gekochten Speisen. Besonderes Augenmerk bei älteren Menschen sollte der regelmässigen und ausreichenden Flüssigkeitszunahme gelten. Zeitweise fehlt die Kraft, einzukaufen und sich ein vollständiges Menue zu zubereiten. Die beginnende Demenz oder Depression schränken die Motivation ein, für sich zu sorgen. Dies verursacht Schwäche und dadurch bedingt Gehschwierigkeiten. Diese können zu sozialer Isolation führen und zur Unfähigkeit allein zu leben.

Deshalb ist es sehr wichtig, dass alleinstehende ältere Menschen heute vermehrt den Zugang zu niederschweligen Angeboten wie gemeinsames Essen in der Nachbarschaft haben. Daniela Schlettwein-Gsell vom Institut für experimentelle Gerontologie am Felix-Platter-Spital

---

<sup>5</sup> Bericht der eidgenössischen Kommission, Altern in der Schweiz, Bern 1995

in Basel schreibt im Bericht über das Altern in der Schweiz über die Nahrungsaufnahme als soziale Interaktion.<sup>6</sup>

Die an vielen Orten regelmässig durchgeführten Mittagstische werden häufig zu eigentlichen Kontaktbörsen. Der Ausbau der Angebote von Spitex- oder anderen Organisationen hat in den letzten Jahren sicher zu einer Verbesserung in der Prävention in den Bereichen gesunde Ernährung und Gesundheitsvorsorge geführt.

## 2 Krankheitsbilder

Hippokrates hat sich als erster mit den verschiedenen Lebensabschnitten befasst, er hat diese mit den Jahreszeiten verglichen. Das Alter – der Winter – hat er bei 56 Jahren angesetzt. Noch im 18. Jahrhundert wurde das Alter als unheilbare Krankheit angesehen. Erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die erste systematische Abhandlung über Alterskrankheiten veröffentlicht.

Der Name Geriatrie tauchte erstmals um 1909 auf, als sein Begründer gilt J.L. Nascher, ein nach den USA ausgewanderter Österreicher. Seine Abhandlungen wurden aber als wenig interessant abgetan. Erst nachdem sich die ältere Bevölkerung in den USA innerhalb von nur 30 Jahren verdoppelt hatte, wurde die Geriatrie zum eigenen Wissenschaftszweig. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde in den USA die erste Gerontologische Gesellschaft gegründet. Heute wird von der experimentellen und der angewandten Gerontologie gesprochen.<sup>7</sup>

**Krankheit definiert durch Brockhaus:** Störungen im Ablauf der normalen Lebensvorgänge in Organen und Organsystemen durch einen Reiz, der zu einer von der Norm abweichenden vorübergehenden Beeinträchtigung der phys. Funktion und oder der psychischen Befindlichkeit, gegebenenfalls auch zu wahrnehmbaren körperl. Veränderungen, im Extremfall zum Tod führen. Krank und Gesund werden bei älteren Menschen sehr unterschiedlich, d.h. individuell bewertet. Eigene Beobachtungen und Untersuchungen haben die Zusammenhänge mit dem sozialen Hintergrund bestätigt. Ältere Menschen, die am sozialen Leben aktiv teilnehmen, bezeichnen sich länger als gesund als Alleinstehende oder früh verwitwete Personen, die isoliert und zurück gezogen leben. Der Vereinsamung im Alter kommt darum grosse Bedeutung zu.<sup>8</sup>

### 2.1 Chronische Erkrankung der Gelenke

Rheuma: Auch Volkskrankheit Nr. 1 genannt: Häufigkeit: Von 1'000 Personen, über 65 Jahre alt, liegt die Häufigkeit bei 572 Personen.

Starke Schmerzen sowohl bei Bewegung, wie auch in Ruhestellung, Entzündung der innersten Schicht der Gelenkmembrane, können zu Deformierung und Versteifungen der Gelenke führen.

Therapie: Medikamentöse Behandlung, Operation, künstliche Gelenke.

Osteoporose: Knochensubstanz wird abgebaut, Resultat sind brüchige Knochen, (Spontanfrakturen)

Therapie: Behandlung mit Calcium, kalkreiche Ernährung, Bewegung

Arthrose: Degenerativ, Abnutzung des Gelenk-Knorpels

Schmerzen, Schwellungen in den Gelenken, (vor allem Hüft- und Kniegelenke)

Therapie: Medikamente, Gewichtsreduktion, Physiotherapie

Gicht: Vererbte Stoffwechselstörung, (vor allem bei Männern)

Therapie: Medikamente, Ernährung umstellen, Wickel für befallene Gelenke.

---

<sup>6</sup> Bericht der eidg. Kommission, Bern, 1995, S. 185

<sup>7</sup> De Beauvoir Simone, Das Alter, Rowohlt Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1977

<sup>8</sup> Der Brockhaus, Brockhaus GmbH, Leipzig 2000

## 2.2 Herz und Kreislauf

Dazu gehören: Die Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheiten, Häufigkeit: Auf 1'000 untersuchte Pers. wurden 489 Erkrankte nachgewiesen.

Arteriosklerose: Schädigung der Arterienwände durch Cholesterin Ablagerungen, Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Angina pectoris.

Risikofaktoren: Rauchen, Bewegungsmangel, Stress, zu fettthaltige Ernährung

Therapie: Fettarme Ernährung, Bewegung, chirurgische Eingriffe durch Erweitern der betroffenen Arterien.

Hypertonie: Erhöhung des arteriellen Blutdruckes, häufig Schwindel, Kopfschmerzen, (Sturzgefahr) Schädigung der Nieren, Hirnblutung.

Therapie: Blutdrucksenkende Medikamente (lebenslange Einnahme)

## 2.3 Atemorgane

Chronische Bronchitis:

Husten, Auswurf, Atemnot, durch Inhalation von Teer (Rauchen, Abgase) Häufigkeit: Auf 1'000 untersuchte Personen wurden 178 Erkrankungen festgestellt.

Therapie: Inhalieren, bronchialerweiternde Medikamente. Rauchverbot.

## 2.4 Sehbehinderungen

Grüner und grauer Star:

Der grüne Star beruht auf erhöhtem Augendruck, dieser kann zu Netzhautschädigungen führen, die Behandlung ist vor allem medikamentös.

Der graue Star ist eine im Alter normale Erscheinung; die Linse wird trüber, das heisst, die Sehkraft nimmt ab. Ca. 165 Personen pro 1'000, der über 65-jährigen leiden unter dem grauen Star. Heute kann der Prozess durch Laserbehandlungen verlangsamt werden.

Nicht zu unterschätzen ist die Unfallgefahr (Stürze) durch die Abnahme der Sehkraft.<sup>9</sup>

## 2.5 Krebserkrankungen

Darunter werden allgemein bösartige Geschwülste bezeichnet, die sich durch Zellteilung zu Tumoren entwickeln. Durch die Ablösung einzelner wuchender Zellen werden Metastasen gebildet. (je nach Krebsart) Die Heilungschancen sind hauptsächlich vom Zeitpunkt der Erkennung abhängig. Das heisst, die Prävention bekommt gesundheitspolitischen Charakter. (Mammographien bei Frauen)

Krebs kann nicht einfach als Alterskrankheit angesehen werden. Natürlich nimmt die Inzidenz (Anzahl neue Fälle pro 100'000 Einw. pro Jahr) zu, ist aber in erster Linie der Dauer in der man dem Risiko ausgesetzt war, zu zuschreiben. (zum Beispiel Rauchen – Lungenkrebs) Gemäss dem Bericht der eidgenössischen Kommission über das Altern in der Schweiz, sterben ca. ¼ der über 65-jährigen an Krebs.<sup>10</sup>

Bei den Frauen am Häufigsten sind Brust- Lungen- und Gebärmutterhalskrebs. Bei den Männern werden Prostata, Lungen- und Darmkrebs als die Hälfte aller Erkrankungen genannt.

Als Risikofaktoren gelten Tabak- und Alkoholmissbrauch, Ernährungsgewohnheiten und Umwelteinflüsse. Durch Tabakverzicht könnten ungefähr 30% aller Krebstode vermieden

---

<sup>9</sup> Kapitel 2.5.1, 2.5.2, 2.5.3 und 2.5.4 nach Skript: Gerontologischer Grundkurs, 1993 und Referat: Biologie des Alterns, Dr. Marco Ermini, Biologie Universität Basel

<sup>10</sup> Bericht der eidgenössischen Kommission, Altern in der Schweiz, Bern 1995, S.179

werden. Nur in ungefähr 5% aller an Krebs Erkrankten konnte eine genetisch bedingte Vererbung nachgewiesen werden.

Untersuchungen bei allen Krebsarten haben für Frauen eine wesentlich bessere Überlebenschance ergeben als für Männer. Diese Aussage ist auf die unterschiedlichen Krebsarten zurück zu führen und nicht auf geschlechtsspezifische Merkmale.

Bei älteren Menschen muss die Therapieform auf den allgemeinen Gesundheitszustand abgestützt werden. Auf harte Therapieformen, wie einzelne Chemo- oder Strahlentherapien, wird oft zu Gunsten einer höheren Lebensqualität verzichtet.<sup>11</sup>

## **2.6 Sturz- und andere Unfälle**

Aus einer Seniorenunfallstudie, die 1995 von der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung (BfU) geht hervor, dass sich die meisten Unfälle mit Stürzen, die eine ärztliche Konsultation notwendig machten, im Haushalt passierten. Mit zunehmendem Alter erhöht sich das Risiko einer Fraktur. Pro 1000 Personen in der Altersgruppe 65-69 von 29,6 Personen betroffen. In der Altersgruppe der 95-89 Jährigen waren es bereits 123,6 Personen. Frakturen sind häufig die Ursache für lang andauernde Pflegebedürftigkeit. Besonders gefürchtet sind die Schenkelhalsbrüche. Die Häufung bei den Frauen lässt sich mit der Osteoporose und der Tätigkeit von Frauen im Haushalt erklären.

Bei den Ursachen wird zwischen äusseren Umgebungsfaktoren und physischen und psychischen Faktoren unterschieden. Laut der Studie machen insgesamt 22% der Verunfallten die Bodenbeläge als Ursache verantwortlich. Bedeutsame Sturfaktoren sind: Herz- und Kreislaufstörungen, Hirndurchblutungsstörungen, Gleichgewichtsprobleme sowie der Einfluss von Alkohol und Medikamenten.

Bei den Verkehrsunfällen mit Todesfolge ist gut die Hälfte der Betroffenen ältere Menschen über 65 Jahre alt.

Ein spezielles Merkblatt der BfU zeigt auf, wie durch einfache Massnahmen wie zum Beispiel Handläufe, rutschfeste Teppichunterlagen, Gleitschuttmatten im Bad etc. das Sturzrisiko deutlich vermindert werden kann. Präventive Massnahmen sind aus medizinischer Sicht, die regelmässige Kontrolle des Blutdrucks, der Sehfähigkeit und des Herz- Kreislaufsystems.<sup>12</sup>

## **2.7 Depressionen**

Die Depression zeigt sich im Alter mit anderen Symptomen und Erscheinungsbilder als bei jüngeren Patienten. Höpflinger beschreibt die Gruppe der an Depressionen, oder depressiven Störungen Erkrankten als ausgesprochen heterogen. Aus diesen Gründen sind die Schwierigkeiten bei der Diagnostik nachvollziehbar. Oft verstecken sich die Anzeichen hinter somatischen Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitverlust, diffuse Ängste etc. die häufig situativ zu erklären sind. Oder sie gehen einher mit anderen Krankheiten wie zum Beispiel Alzheimer oder Diabetes. Dabei finden bei Hochbetagten Überlagerungen zwischen den depressiven Störungen und den demenziellen Erkrankungen statt. (Komorbidität).

Schon leicht depressive Verstimmungen führen beim älteren Menschen zu einem Bedarf an Hilfe- oder Pflegeleistungen. Zusätzlich werden durch sie normale Heilungen, zum Beispiel nach einer Fraktur stark verzögert. Eine 1997 durchgeführte Studie hat bei Personen im Alter

---

<sup>11</sup> Schweizerische Krebsliga, (Hrsg.), Krebs in der Schweiz, Fakten und Kommentare, 1998, Bundesamt für Statistik, Sterberegister, Neuchâtel, 2002, Bericht der eidgenössischen Kommission, Altern in der Schweiz, Bern 1995

<sup>12</sup> Höpflinger François, Hugentobler Valerie, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Huber Verlag, Bern, 2003

65 plus welche im Verlauf eines Jahres medizinisch auf Depressionen behandelt wurden bei Männern eine Signifikanz von 3-4% und bei Frauen eine von 6-7% ergeben.

In allen Untersuchungen wurde ein deutlich höherer Prozentsatz bei den Frauen festgestellt. Grund dafür könnte die (noch) höhere Lebenserwartung bei Frauen sein. Schätzungen zu Folge kann von 1/3 schwerer Depressionen ausgegangen werden gegenüber 2/3 leichter bis mittelschwerer Formen. Erhöhte Risiken wurden bei einkommensschwachen Personen und solchen mit permanenter Überforderung, durch die Pflege eines Partners zum Beispiel, festgestellt. Dazu kommen biografische Merkmale und Persönlichkeitsfaktoren wie geringes Selbstwertgefühl.

In der Therapie muss bei Psychopharmaka vor allem auf die vorsichtige Dosierung aufmerksam gemacht werden, diverse Ansätze gehen von einer Hälfte aus. Selbstverständlich sollte das Umfeld, d.h. die Angehörigen mit einbezogen werden. Als Alternativen zu eigentlichen psychotherapeutischen Sitzungen, sprechen ältere Menschen gut auf regelmässige Gespräche mit dem Arzt, Sozialarbeiter etc. als Unterstützung medikamentöser Behandlungen an.<sup>13</sup>

### **2.7.1 Suizidalität**

Im Gegensatz zu den bei Frauen vermehrt auftretenden depressiven Störungen, hat Uchtenhagen eine doppelt bis vierfache Risiko für einen Suizid bei Männern nachgewiesen. Als Risikofaktoren gelten: Isolation, eine Suchtproblematik, die Veranlagung in der Familie oder ein dauernder Überforderungszustand (Pflege eines Familienangehörigen) oder Verlust des Partners, der Partnerin. 1992 betrug die Selbstmordrate in der Schweiz bei den über 64-jährigen auf 100'000 Frauen 20, bei den Männern waren es 62. Diese Zahlen entsprechen in etwa dem europäischen Durchschnitt. Als Prophylaxe besonders wirksam haben sich in der Altersarbeit ambulante Gruppenangebote erwiesen.

In diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben sollen die Sterbehilfe, wie etwa die Exit Vereinigung und diesem gegenüber, die zentrale ethische Kommission der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften, die sich dafür ausspricht, älteren Menschen Linderung zu verschaffen ohne deren Leben weder künstlich zu verlängern noch Massnahmen zu ergreifen, um es zu verkürzen.<sup>14</sup>

## **2.8 Dementielle Störungen und Erkrankungen**

Eine Demenz kann in jedem Lebensalter auftreten und bedeutet eine Schwäche der Hirnleistung. Dementielle Störungen werden heute oft mit dem Oberbegriff POS (Psycho Organisches Syndrom) erklärt. Dabei treten Störungen bei der Orientierung, der Merkfähigkeit, der Konzentration und des Gedächtnisses auf.

Bleuler hat den Begriff der Dementia senilis geprägt und damit vor allem den Morbus Alzheimer gemeint. Hier soll zwischen der vaskulären Demenz, auch Multiinfarkt Demenz genannt und der Demenz des Alzheimertypus unterschieden werden. Höpflinger fasst die Parkinson Krankheit mit dem Down Syndrom und dem Schädel-Hirn-Trauma als weitere Untergruppe der Demenzformen zusammen.

Bei den über 65-Jährigen wurde im Jahr 2000 in der Schweiz mit rund 83'000 demenzkranken Menschen gerechnet. Fast 2/3 davon sind 80 Jahre alt, oder älter. Diese Zahlen müssen allerdings mit einer gewissen Vorsicht zur Kenntnis genommen werden, da in hohem Alter auch andere Erkrankungen mit eingeschlossen sind und die Diagnose häufig, auch heute noch, nicht eindeutig gestellt werden kann. (Multimorbidität)

---

<sup>13</sup> Uchtenhagen Ambros, Jovic Nicola, Psychogeriatric, Fachverlag Zürich, 1990

<sup>14</sup> Uchtenhagen Ambros, Jovic Nikola, (Hrsg.), Psychische Störungen im Alter, Fachverlag AG, Zürich, 1990

### 2.8.1 Alzheimer

1907 hat der Arzt, Dr. Alois Alzheimer erstmals seine Beobachtungen über die „eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ wie er es damals nannte, veröffentlicht. Die Krankheit ist oft noch heute mit einem Stigma, welches mit der Beschreibung als Verblödung einhergeht, belastet.

Ungefähr die Hälfte aller an Demenz erkrankten Personen sind Alzheimer Patienten. Die Krankheit kann zu Beginn, Wortfindungsstörungen, Störungen beim Erinnerungsvermögen und der Merkfähigkeit beinhalten. Diese Symptome werden häufig lange Zeit überspielt, oder mit altersbedingter Vergesslichkeit abgetan. Später kommt eine Verarmung der Ideen und Gedanken, Störungen bei der Orientierung und der Sprache dazu. Die Grundfunktionen im Gehirn, welche für das Sehen, Hören, die Berührungs- und Schmerzwahrnehmung zuständig sind, bleiben meistens lange Zeit erhalten. Signifikant sind die Störungen im Kurzzeitgedächtnis, d.h. gemachte Wahrnehmungen werden nicht mehr gespeichert und können darum nicht mehr abgerufen werden.

Im weiteren Krankheitsverlauf sterben Nervenzellen ab und damit werden die Verknüpfungen unterbrochen. Die Hirnwindungen werden schmaler und die Hirnfurchen weiter, dabei kommt es zur Atrophie, zu einer Abnahme der Gehirngewichts um ca. 10-15%. Die Patienten können phasenweise apathisch bis unruhig und aggressiv sein.

Über die Ursache der Krankheit ist viel geforscht und veröffentlicht worden. Als Tatsache akzeptiert gilt heute lediglich, dass viele mögliche Komponenten in Frage kommen. 100% Sicherheit bei der Diagnose bietet lediglich eine histologische Untersuchung vom Gehirngewebe. Fest steht, dass über 50-jährige Personen häufiger erkranken als jüngere.

Die Therapie muss auf Grund des beschriebenen Krankheitsbildes immer wieder modifiziert werden. Durchschnittlich dauert die Krankheit 8-10 Jahre. Durch den lange dauernden und sehr unterschiedlichen Krankheitsverlauf wird das Verhältnis in der Familie oft mehr als belastet. Der Begriff; „die Pflegenden pflegen“ hat hier berechtigten Platz. Angehörige müssen mit unterschiedlichen Mitteln immer wieder entlastet werden. Die Schweizerische Alzheimer Vereinigung spricht von dieser Krankheit, auch als Krankheit der Angehörigen weil auf einen Patienten mindestens drei betroffene Angehörige kommen und weil ca. 2/3 der Erkrankten zu Hause gepflegt und betreut werden. Diese Zahl ist aber ein Durchschnittswert, die Alzheimervereinigung hat die Zusammenhänge mit der vorhandenen Infrastruktur (Spezielle Heimplätze) und der geografischen Unterschiede nachgewiesen.<sup>15</sup>

### 2.8.2 Parkinson

Die frühere Bezeichnung „Schüttellähmung“ hat sich als nicht zutreffend erwiesen, da es sich um keine echte Lähmung handelt. Die Parkinson-Krankheit ist eine Stoffwechselkrankheit im Bereich des zentralen Nervensystems. Es gibt verschiedene Formen der Krankheit. Forscher haben nachgewiesen, dass im Hirnstamm erkrankter Personen die Überträgerstoffe; Noradrenalin, Serotonin und das Dopamin vermindert vorhanden sind.

Die Vererbung scheint keine grosse Rolle zu spielen. Lange Zeit können die Symptome mit denjenigen von Rheumapatienten verwechselt werden. Die Symptome bei Parkinsonpatienten sind das Zittern (Tremor), die Muskelsteifheit (Rigor) und die Bewegungsverlangsamung und die Kraftlosigkeit (Akinese) In frühen Stadien treten Störungen der Feinmotorik auf, oft gepaart mit auffälligen Gemütsverstimnungen.

---

<sup>15</sup> Krämer Günter, Alzheimer Krankheit, Trias Thieme Verlag, Stuttgart, 1989, Div. Schriften der Schweiz. Alzheimervereinigung



In Deutschland wurde bei den über 65-jährigen eine Erkrankung bei 1-2,5% festgestellt. Die Schweizerische Parkinsonvereinigung führt keine Statistik über die Signifikanz bei älteren Menschen.

In der Therapie hat sich gezeigt, dass jüngere Erkrankte besser auf die medikamentöse Behandlung ansprechen als ältere. Bei älteren Menschen ist die Krankheitsdauer meistens kürzer. Es gilt zu unterscheiden zwischen der Behandlung der motorischen-, den vegetativen- und den psychischen Störungen.<sup>16</sup>

### **2.8.3 Multiinfarkt Demenz**

Diese Form von Demenz tritt ungefähr bei 20% aller an Demenz Erkrankter auf, sie wird auch vaskuläre Demenz, oder vaskuläres psychoorganisches Syndrom genannt. Sie wird durch eine Störung der Gefäßversorgung im Gehirn verursacht und kann plötzlich auftreten. Das Erscheinungsbild ist ein ähnliches wie bei den Alzheimer Patienten, die geistigen Fähigkeiten, das Gefühlsleben und die Persönlichkeit verändert sich. Aber auch schwere Alkoholiker, oder Hirntumorkranke können ähnliche Symptome hervorrufen.

Fast in allen Fällen tritt eine Störung im Kurzzeitgedächtnis auf. Der Patient wird in seinen alltäglichen Verrichtungen abhängig. Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Patienten häufig an Herz-Kreislaufstörungen leiden und ihre Lebenserwartung darum geringer ist als diejenige von Alzheimerpatienten. Die Therapie beschränkt sich darum oft auf die Behandlung mit gefässerweiternden Medikamenten. Das Auftreten von Erregungszuständen, Wahnideen oder Depressionen kann ebenfalls medikamentös gut behandelt werden.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Birkmayer W., Danielczyk W., Die Parkinsonkrankheit, Trias Thieme Verlag, Stuttgart, 1981

<sup>17</sup> Uchtenhagen Ambros, Jovic Nikola, (Hrsg.), Psychische Störungen im Alter, Fachverlag AG, Zürich, 1990,  
Sozialarbeit SBS, Alt und psychisch krank, Fischer Druck AG, Münsingen, 1987

## Anhang 6 Aktivitäten des täglichen Lebens<sup>18</sup>

<b>FV Gordon</b>	<b>LA Roper</b>	<b>ATL Juchli</b>	<b>LA Abderhalden</b>	<b>AEDL Krohwinkel</b>
Ernährung und Stoffwechsel	Essen und Trinken	Essen und Trinken	Essen und Trinken	Essen und Trinken
	Körpertemperatur regulieren	Körpertemperatur regulieren	Körpertemperatur regulieren	Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
Aktivität und Bewegung	Atmen	Atmen	Atmen	
	Sich bewegen	Sich bewegen	Sich bewegen	Sich bewegen
			Sich beschäftigen	Sich beschäftigen
			Seine Rechte wahren, seine Pflichten erfüllen	
			Persönlichen Besitz verwalten	
			Wohnen	
	Sich sauberhalten und kleiden	Sich waschen und kleiden	Sich waschen und kleiden	Sich pflegen Sich kleiden
Ausscheidung	Ausscheiden	Ausscheiden	Ausscheiden	Ausscheiden
Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit	Für Sicherheit der Umgebung sorgen	Sich sicher fühlen und verhalten	Für Sicherheit sorgen	Für eine sichere Umgebung sorgen
Schlaf und Ruhe	Schlafen	Wach sein und schlafen	Ruhen und schlafen	Ruhen und schlafen
Kognition und Perzeption	Kommunizieren	Kommunizieren	Kommunizieren	Kommunizieren
			Sich informieren und orientieren	
Rolle und Beziehungen			Beziehungen aufnehmen, aufrecht erhalten, beenden	Soziale Bereiche des Lebens sichern
Sexualität und Reproduktion	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Kind, Frau, Mann sein	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten	Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept				
Werte und Überzeugungen	Sterben	Sinn finden im Werden, Sein, Vergehen	Sinn finden	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen: Verlust/Wiedergewinnung von Unabhängigkeiten, Sorge/Angst/Freude/Zuversicht, Misstrauen/Vertrauen, Trennung, Isolation/Integration, Ungewissheit/Sicherheit, Hoffnungslosigkeit/Hoffnung, Schmerzen/Wohlbefinden, Sterben; Weltanschauungen, Glauben und Religionsausübung, lebensgeschichtliche Erfahrungen

<sup>18</sup> Quellen: Forum Sozialstation, Sonderausgabe 1993/1 zitiert in: Juchli, Pflege, 1994, S. 80f. und Gordon, Pflegediagnosen, 1994 (1992), S. 23 ff. In: Fischer Wolfram, Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege, Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten, Verlag Hans Huber, Bern, 2002

## Anhang 7

### Verteiler und Rücklauf der Umfrage Angebot

	Versand	Retour
▶ Altersheime OW / Kurhaus am Sarnersee	8	3
▶ Kantonsspital OW /Geriatricabteilung	1	1
▶ Spitexorganisationen OW	6	4
▶ Pro Infirmis	1	1
▶ Pro Senectute	1	1
▶ SRK Unterwalden	1	1
▶ IG-Alter Obwalden	1	1
▶ Sozialdienste der Gemeinden	7	3
▶ Pfarreien der Gemeinden kath./ref.	10	6
▶ Frauengemeinschaften in den Gemeinden	10	10
▶ Sterbebegleitung OW	<u>1</u>	<u>1</u>
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>32</b>

Rücklauf 68 Prozent

Anhang 8 Umfrage Angebot	Spital / Geriatric	Pro Senetute	Pro Infirmis	Kurhaus am Sarnersee	SRK-Unter- walden	IG Alter OW	Sozialdienste Gemeinden (7)	Alters- und Pflegerheime (7 Institutionen)	Spitex (6 Vereine)	Pfarreien kath./ ev. Reformiert. (10)	Sterbe- begleitung 7 (Ortsgruppen)	Frauenge- meinschaften (10 Vereine)
	gemeindeübergreifende Angebote						begrenzt auf Gemeinde- oder Vereinsgebiet					
Pflege / Hilfe und Betreuung, Beratung												
Pflege schweren Grades	V						1)	V				
Pflege mittleren und leichtes Grades							1)	V	T			
Haushilfe / Reinigungsdienst*		T*					1)		T			
Soziale Betreuung							1)		T			
Fusspflege		T										
Ergotherapie					V							
Entlastung pflegender Angehöriger (begrenzt Klienten oder Vereinsmitglieder (*Sarnen))									G od T			
Entlastungs- und Sportferien		T										
Ferienbett/Entlastungszimmer								V				
Ferien/Erholung f. Pflegebedürftige m/l Grades				V								
Telefon Hilfe Notruf-System					T 4)							
Freiwilliger Fahrdienst (*Lungern)					T 4)				*T 4)			
Mahlzeitendienst (*Lungern)		T						*	*T			
Krankenmobilen-Ausleihe									T			
Freiwillige Helferinnen im Altersheim												G 4)
<b>Beratung/Prävention-Gesundheit</b>												
Sozialberatung (Sprechstunden/Hausbesuche)		G										
Blutdruckmessen									G			
Diverse Sportangebote regelmässig) Velo, Turnen, Schwimmen, Walking, Badefahrten etc.		T										

	Spital / Geriatric	Pro Senectute	Pro Infirmis	Kurhaus am Sarnersee	SRK-Unter- walden	IG Alter OW	Gemeinde Sozialdienst	Alters- und Pflegerheime (7 Institutionen)	Spitex (6 Vereine)	Pfarreien kath./ ev. Reformiert. (10)	Sterbe- begleitung (7 Ortsgruppen)	Frauenge- meinschaften (10 Vereine)
<b>Bestehende Angebote / Dienstleistungen</b>	gemeindeübergreifende Angebote						begrenzt auf Gemeinde- oder Vereinsgebiet					
<b>Weiterbildung/Gesellschaft/Seelsorge/</b>												
Diverse Bildungsangebote für die Alltagsbewältigung und –Gestaltung z.B. PC, Handy, Kochen, Malen. Gedächtnistraining etc.		T										
Verschiedene Kurse im Altersbereich		T										
Musikalische Anlässe und Vorträge für Heim- und Dorfbewohner (Engelberg)							G					
Vorträge über christliche, religiöse und geschichtliche Themen (Mitgliederbeiträge)						G 4)						
Fahrten und Wanderungen zu Kulturstätten						4)						
Einsatz für sozialpolitische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Anliegen der ält. Generation		G T				G 4)						
Mittagstisch		T 4)					3)	V				3)
Geburtstags-/Kranken-/Weihnachtsbesuche zu Hause und im Altersheim		G 4)								G 4)		G 4)
Krankenkommunion (Seelsorger und Laien)										G 4)		
Seniorenachmittage / - Weihnacht		G / T								G 4)		G 4)
Seniorenausflug		T								T 4)		T 4)
Messfeier Krankensonntag teils mit anschliessendem *Mittagessen										*T 4)		
Jassen 1x Monat										G 4)		
Sterbebegleitung										2)	G 4)	2)
Witwenbegleitung												G 4)
Seelsorgerische Betreuung im Spital/Altersheim												
Religiöse Vorträge nicht AHV-begrenzt										G		

	Spital / Geriatric	Pro Senectute	Pro Infirmis	Kurhaus am Sarnersee	SRK-Unter- walden	IG Alter OW	Gemeinde Sozialdienst	Alters- und Pflegerheime (7 Institutionen)	Spitex (6 Vereine)	Pfarreien kath./ ev. reformiert. (10)	Sterbe- begleitung (7 Ortsgruppen)	Frauenge- meinschaften (10 Vereine)
<b>Projekte für Dienstleistungsangebote</b>	gemeindeübergreifende Angebote						begrenzt auf Gemeinde- oder Vereinsgebiet					
Entlastungsdienst für pflegende Angehörige					T							
Treuhanddienst, vermehrt Beiratschaften												
Beratung Angehörige von Demenzkranken (vom BSV gewünscht)												
Vorträge, Podiumsdiskussionen in Zusammenarbeit mit Erwachsenenbildung (Engelberg)							T					
Bettenausbau							V					
Fahrdienst für Einkäufe (Kägiswil)												T 4)

Legende: V = Vollkosten z.L. Bezüger, T = Teilkosten z.L. Bezüger, G = Gratisangebot, \* = bezieht sich auf eine Gemeinde bzw. Organisation

- 1) Leistungsauftrag von der Gemeinde an Altersheime bzw. Spitex, \*Angebote teils von den Sozialdiensten erwähnt
- 2) Sterbebegleitung als eigenständige Organisation/Dienstleistung erfasst, \*Angebote teils von der Spitex oder Pfarreien erwähnt
- 3) Mittagstisch über Pro Senectute, Nennungen teils bei Pfarreien und Frauengemeinschaften
- 4) MitarbeiterInnen arbeiten ehrenamtlich mit oder ohne Spesenentschädigung



## Anhang 9

### Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung 2000-2015: Kanton Obwalden insgesamt<sup>19</sup>

Alter:	Projektierte Zahl älterer Menschen gemäss kohortenspezifischer Überlebensordnung							
	Männer				Frauen			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
65-69	579	635*	790*	925*	679	635*	737*	912*
70-74	450	509	567*	710*	592	618	603*	706*
75-79	416	369	423	478*	552	533	557	550*
80-84	278	295	266	318	388	458	444	475
85-89	153	158	175	162	268	272	331	332
90-94	48	60	67	75	121	139	147	188
95-99	4	11	14	17	26	38	48	54
100+	0	0	2	3	3	7	10	13

Alter:	Wohnbevölkerung (unkorrigiert)				Mit Migrationskorrektur			
	2000	2005	2010	2015	2000	2005	2010	2015
65-69	1258	1270*	1527*	1835*	1258	1207	1374	1651
70-74	1042	1127	1170*	1416*	1042	1127	1112	1274
75-79	968	902	980	1028*	968	902	980	977
80-84	666	753	710	793	666	753	710	793
85-89	421	430	506	494	421	430	506	494
90-94	169	199	214	263	169	199	214	263
95-99	30	49	62	71	30	49	62	71
100+	3	7	12	16	3	7	12	16

Grundlage: Umrechnung der kohortenspezifischen Überlebensordnung (siehe Tabelle 1 im Bericht Höpflinger) (Wahrscheinlichkeit eines Geburtsjahrgangs, innert 5, 10 oder 15 Jahren zu sterben) auf die jeweiligen Jahre

Unkorrigiertes Szenarium: Ohne Berücksichtigung von Aus- und Einwanderungsbewegungen. Namentlich die mit \* bezeichneten Werte dürften zu hoch sein, da ein Teil der heute erwerbstätigen Personen im höheren Lebensalter nicht mehr im Kanton wohnhaft sein wird (z. B. Rückkehr älterer AusländerInnen).

Dies wird im korrigierten Szenarium berücksichtigt: Annahmen folgender Abwanderungsraten:

Altersgruppe 50-59 in 2000: -10%, Altersgruppe 60-64 in 2000: -5%.

<sup>19</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.



## Anhang 10

### Kommunale Szenarien: Demographische Entwicklung der älteren Bevölkerung<sup>20</sup>

Die nachfolgenden kommunalen Szenarien (Tabelle 3.1.2) vermitteln Richtzahlen als exakte Zukunftsprognosen: Aufgeführt wird, was zu erwarten ist, wenn die jetzt vorhandene Bevölkerung älter wird.<sup>21</sup>

	Wohnbevölkerung											
	Unkorrigiertes Szenarium						Korrigiertes Szenarium (Migrationskorrektur)					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
<b>Alpnach</b>												
2000	171	115	134	89	50	20	171	115	134	89	50	20
2005	168	153	99	104	58	29	160	153	99	104	58	29
2010	230	154	133	78	71	37	207	147	133	78	71	37
2015	271	213	134	108	55	49	244	192	128	108	55	49
<b>Engelberg</b>												
2000	172	119	110	90	36	20	172	119	110	90	36	20
2005	174	154	103	85	59	21	166	154	103	85	59	21
2010	174	160	134	80	56	36	157	152	134	80	56	36
2015	190	162	141	108	56	40	171	146	134	108	56	40
<b>Giswil</b>												
2000	120	122	86	68	39	15	120	122	86	68	39	15
2005	123	107	105	67	44	23	117	107	105	67	44	23
2010	134	113	93	82	46	28	121	108	93	82	46	28
2015	158	124	100	75	56	32	142	112	95	75	56	32
<b>Sachseln</b>												
2000	148	161	143	76	52	31	148	161	143	76	52	31
2005	179	133	140	112	49	32	170	133	140	112	49	32
2010	214	164	114	111	75	33	193	156	114	111	75	33
2015	257	198	144	92	78	47	231	178	137	92	78	47
<b>Sarnen</b>												
2000	358	283	262	201	139	69	358	283	262	201	139	69
2005	367	320	245	205	129	82	349	320	245	205	129	82
2010	499	336	279	193	137	87	449	319	279	193	137	87
2015	572	462	296	226	135	97	515	416	281	226	135	97
<b>Kerns</b>												
2000	204	155	146	98	67	33	204	155	146	98	67	33
2005	170	184	135	114	62	41	162	184	135	114	62	41
2010	186	157	158	106	75	42	168	149	158	106	75	42
2015	279	173	138	130	74	50	251	156	131	130	74	50
<b>Lungern</b>												
2000	85	87	87	44	38	14	85	87	87	44	38	14
2005	91	76	75	67	28	21	86	76	75	67	28	21
2010	91	84	67	58	45	20	82	80	67	58	45	20
2015	119	85	74	54	39	28	107	77	70	54	39	28

Unkorrigiertes Szenarium: Bevölkerungsentwicklung gemäss kohortenspezifischer Überlebensordnung 2000-2015 (ohne Berücksichtigung von Ein- und Auswanderungen)

Korrigiertes Szenarium: mit Annahmen folgender Abwanderungsraten: Altersgruppe 50-59 in 2000: -10%, Altersgruppe 60-64 in 2000: -5%.

<sup>20</sup> Höpfinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.

<sup>21</sup> Auf- und Abrundungsdifferenzen kumuliert führen dazu, dass sich die Summe kommunaler Werte von den kantonalen Werten unterscheiden können.

## Anhang 11

### Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftiger in den Gemeinden des Kantons Obwalden<sup>22</sup>

Die kommunalen Projektionen vermitteln allgemeine Trendentwicklungen, und sie berücksichtigen zudem nicht die im hohen Alter häufig auftretende Situation, dass formeller Wohnort (bisherige Wohngemeinde) und faktischer Wohnort (Pflegeheim) auseinander fallen können.

#### A) Insgesamt 65+-jährige Pflegebedürftige

	lineare Projektion				moderate Reduktion bis	
	2000	2005	2010	2015	2010	2015
Alpnach	66	74	81	88	75	82
Engelberg	60	67	74	82	68	76
Giswil	52	56	60	67	56	62
Sachseln	72	76	85	93	80	85
Sarnen	165	168	175	192	164	180
Kerns	83	87	91	97	85	91
Lungern	43	45	49	49	43	45

#### B) Davon 80+-jährige Pflegebedürftige:

	lineare Projektion				moderate Reduktion bis	
	2000	2005	2010	2015	2010	2015
Alpnach	42	51	54	58	50	53
Engelberg	38	45	48	56	44	51
Giswil	33	36	42	46	39	43
Sachseln	44	50	60	62	56	57
Sarnen	113	115	117	126	109	118
Kerns	55	59	62	69	58	64
Lungern	27	30	35	34	31	32

<sup>22</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.

## Anhang 12

### Voraussichtliche Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen im Kanton Obwalden 2000- 2015<sup>23</sup>

#### Demenzkranke Menschen gemäss aktuellen Prävalenzraten

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Total 65+
2000	18	43	55	87	91	65	359
2005	17	46	51	98	93	82	387
2010	19	46	56	92	109	93	415
2015	23	52	56	103	107	113	454

#### Demenzkranke Menschen bei Verzögerung der Demenz:

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Total 65+
bis 2010 um ein Jahr	16	39	53	82	101	99	390
bis 2015 um zwei Jahre	18	38	50	80	90	128	404

<sup>23</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.

## Anhang 13

### Voraussichtliche Entwicklung der Zahl älterer demenzkranker Menschen in den Gemeinden<sup>24</sup>

Analog zur Entwicklung der Zahl von Pflegebedürftigen verlaufen die Entwicklungen auch hier für einzelne Gemeinden teilweise unterschiedlich, in Abhängigkeit von ihrer aktuellen Altersverteilung.

#### A) Insgesamt 65+-jährige demenzkranke Menschen

	2000	2005	2010	2015	bei verzögertem Krankheitseintritt:	
					1 Jahr bis 2010	2 J. bis 2015
Alpnach	44	50	53	60	50	54
Engelberg	39	45	50	55	46	49
Giswil	34	37	41	44	37	40
Sachseln	48	51	56	62	52	54
Sarnen	110	113	118	129	110	116
Kerns	55	58	61	66	56	59
Lungern	28	30	32	32	31	29

#### B) Davon 80+-jährige demenzkranke Menschen

	2000	2005	2010	2015	bei verzögertem Krankheitseintritt:	
					1 Jahr bis 2010	2 J. bis 2015
Alpnach	29	36	37	42	36	39
Engelberg	26	31	34	39	32	36
Giswil	22	25	30	32	28	30
Sachseln	31	36	41	44	39	40
Sarnen	78	81	83	89	79	84
Kerns	38	41	44	49	41	44
Lungern	18	22	24	24	23	22

<sup>24</sup> Höpflinger François, Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Obwalden, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2004.

## **Anhang 14**

### **Beispiele alternativer Wohnformen**

#### **Wohnsiedlungen mit nahe gelegenen Dienstleistungen**

##### Wohnsiedlung Schöneeggpark

Mitten in Bern, ein Gemeinschaftswerk zwischen der Stadt Bern und der Solothurner Firma Bracher und Partner die Genossenschaft ALTER-native Schöneegg<sup>25</sup> Bracher und Partner sind Spezialisten für den Bereich Wohnen mit Dienstleistungen. Im Zeitungsinserat stand „Projekt Schöneegg – Vorbereitung aufs Alter“.

Siedlungsgrösse: 56 2- bis 5-Zimmer-Eigentumswohnungen

Kostendach: 2-Zi-Wohnungen ab Fr. 235'000, 3-Zi-Wohnungen ab Fr. 325'000, 4-Zi-Wohnung (z.B.100 Quadratmeter Wohnfläche) Fr. 500'000 Franken, 5-Zi-Wohnungen ab Fr. 460'000 bis Fr. 480'000.

Umgebung: Tramhaltestelle praktisch vor dem Haus, Grossverteiler einen Kilometer entfernt, nahe gelegenes „Quartierlädeli“ bietet Hauslieferdienst an. Aussicht vom dritten Stock auf die Berner Skyline – vom Bundeshaus mit Hotel Bellevue über das Casino bis zum Münsterturm  
Sicherheit: alle Zimmer rollstuhlgängig, fest eingebautes Notrufsystem in jeder Wohnung mit Notrufgerät fürs Handgelenk pro Bewohnerin und Bewohner.

Dienstleistungen nach Bedürfnis: vom nahe gelegenen Altersheim bedürfnisgerecht (ausgehandelt von der Firma Bracher und Partner)

Ziel: Gemeinschaft statt Isolation. Mit dem Bonacasa-Konzept der Firma Bracher und Partner wird der Prozess zum Zusammenwachsen zu einer Gemeinschaft von aussen unterstützt. Gegenseitige Dienstleistungen zur Selbsthilfe sowie Hobbypartnerschaften sind beste Grundlagen dazu.

##### Wohnsiedlung in Wilen am Sarnersee (in Planung)

An schönster Wohnlage mit Sicht auf See und Berge, sind in der zweigeschossigen Zone rund 30 Wohneinheiten geplant. Der Wohnspiegel ist noch offen. Vorgesehen sind grosszügige Allgemein- oder Nebenräume, die auch andern Institutionen offen stehen. Es wird von 2 ½ bis 4 ½ Zimmer-Wohneinheiten ausgegangen. Die Wohnungen werden von einer privaten Gesellschaft erbaut und vermietet. Kaufmöglichkeiten sind nicht ausgeschlossen.

Umgebung: Bushaltestelle direkt bei der Siedlung, direkte Nachbarschaft mit dem Kurhaus am Sarnersee, Privatzugang zum See, vielseitige Wandermöglichkeiten

Sicherheit: nach den aktuellen Erkenntnisse, speziell auf das Alter ausgerichtet

Dienstleistungsangebot: Individuell vom Kurhaus möglich oder über private Anbieter

Kostendach je nach Komfort, jedoch im höheren Preissegment

Ziel: Wohnen im gehobenen Standard in der dritten Lebensphase oder kurz davor, mit natürlicher Verjüngung über den Generationenwechsel.

#### **Wohngemeinschaften**

##### Wohngemeinschaft Sonnmatte Hochdorf, oberster Stock im Pflegeheim<sup>26</sup>

Drei Frauen und zwei Männer, je ein Zimmer mit kleinem aber funktionalem Badezimmer, die Küche und der Aufenthaltsraum sind gemeinsam.

Kosten pro Monat Fr. 625

---

<sup>25</sup> Höpflinger François, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Age Report 2004, Seismo Verlag Zürich, 2004

<sup>26</sup> Casa Nova Nr. 5, April 2002

Wohngemeinschaft Fluematt, Dagmersellen<sup>27</sup>

Für Menschen mit einer körperlichen Behinderung, speziell auch für Schwerstbehinderte  
Der Schwerpunkt dieser Gemeinschaft wird auf die Eigenständigkeit, Selbständigkeit und Eigeninitiative der Bewohner gelegt.

Grundsatz: Hilfe zur Selbsthilfe

Leitsatz: Soviel Selbständigkeit wie möglich, soviel Assistenzleistung wie nötig.

Die Gemeinschaft bietet drei Wohnmöglichkeiten: dauernde Wohnform, Übergangswohnmöglichkeit oder Kurzaufenthalt (z.B. Ferien).

Platzangebot: 16 1½ Zimmerstudio, 3 ½ Zimmerwohnung für Betroffene mit Familie oder Begleitung, 2 Entlastungs- und Ferienzimmer

Pensionspreis pro Tag Fr. 144 für Kantonseinwohner (Miete, 3 Mahlzeiten, Reinigung, Pflege)

Finanzierung: Stiftung, Privat

Pflegeanteil über Pflegefinanzierungsregelung

Neues Wohnheimangebot im Betagtenzentrum Eichhof in Luzern

Wohngruppen, (auf vier Stockwerken im Hochhaus), Eröffnung April 2004. Wohneinheit für vier Personen mit je eigenem Zimmer mit Dusche/WV und einer gemeinsamen Küche. Frühstück und Abendessen wird selber gekocht, allein oder zusammen. Mittagessen gemeinsam, Bezug aus der Hauptküche. Geeignet für Menschen, die gerne für sich alleine sind.

Finanzierung: Analog Bewohnerinnen und Bewohner im Altersheim

### **Betreutes Wohnen in einer Wohngemeinschaft**

Stiftung Rütimattli, Obwalden

Wohnungen in Mehrfamilienhaus und Quartiersiedlung. Wohnangebot für jüngere Menschen mit Mehrfachbehinderung (geistig und/oder körperlich).

Betreuung: Tagesbetreuung nach Bedarf inkl. Freizeitaktivitäten am Abend, Vollbetreuung am Wochenende inkl. Ferien.

Kosten: Zimmer 102 pro Tag inkl. Verpflegung und Begleitung

Finanzierung: IV und EL

Leistungsvereinbarung mit dem Kanton

Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern

Gruppen- und Einzelwohnungen in den Kantonen Luzern, Ob- und Nidwalden. Wohnangebot für unbeschränkte und vorübergehende Aufenthaltsdauer für erwachsene Psychisch Erkrankte.

Wohneinheiten, Einzelwohnungen von 1 – 2 Zimmern,

Betreuung: max. 1 x in der Woche, min. 1 Besuch pro Monat

In Obwalden. 1 Wohnung von 1 Person besetzt

Kosten: pro Monat zirka Fr. 1'000

Kündigungsfrist: 1 Monat, gewährleistet schnelle Anpassung an Veränderungen.

Finanzierung: Verein, Privat, Versicherungsleistungen IV/EL (HL für lebenspraktische Begleitung Fr. 422 pro Monat, Bedingung ¼ IV-Rente)

Leistungsvereinbarung mit dem Kanton für 5 Plätze

---

<sup>27</sup> Dokumentation WG Fluematt

## **Dezentrale Pflegewohngruppen**

Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf

SUVA-Gebäude (in der gleichen Liegenschaft sind Pro Senectute, Pro Infirmis, Spitex Uri, SRK Sektion Uri sowie eine Physiotherapie eingemietet)

Wohneinheit mit 4 Bewohnerinnen und Bewohner. Im gleichen Haus sind mehrere Wohneinheiten geplant. Räumliche Ausstattung: überwiegend Einzelzimmer mit genügend Gemeinschaftsflächen mit einer gewissen „Weitläufigkeit“.

Kosten: Taxe pro Tag Fr. 90 ohne Pflege, BESA 3 Fr. 135, BESA 4 Fr. 160

Finanzierung: Privat, Pflege über Pflegefinanzierungsregelung (3/Fr. 60, 4/Fr. 70)  
kein Kantonsbeitrag

Dezentrale Pflegewohngruppen in verschiedenen Quartieren der Stadt Luzern, Wohneinheiten von je zirka 10 BewohnerInnen, vorwiegend Einzelzimmer, Ausbau für weitere Pflegewohnungen sind geplant über die Allgemeine Baugenossenschaft, Bezug voraussichtlich Herbst 2006.

Kosten: Taxe pro Tag: 1-Bett-Zi Fr. 107 / 2-Bett-Zi Fr. 96 / ohne Pflege  
BESA Stufe 3: 1-Bett-Zi Fr. 174 / 2-Bett-Zi Fr. 165 / Pflege und Heimtaxe  
BESA Stufe 4: 1-Bett-Zi Fr. 198 / 2-Bett-Zi Fr. 191 / Pflege und Heimtaxe

Finanzierung: Privat, Pflege über Pflegefinanzierungsregelung

## **Hausgemeinschaften<sup>28</sup>**

Hausgemeinschaft Stürlerhaus Bern – Gemeinschaft auf gehobenem Niveau

Die heutigen Besitzer haben sich mehrere Jahre zuvor in einem Verein „Andere Wohnformen“ zusammengefunden. Es waren alles Leute ab 40 aus dem oberen Mittelstand, wohnhaft in der Region Bern. Mehrere Male zuvor testeten sie das gemeinsame Zusammenleben. Ein Objekt wurde gesucht und gemeinsam gewählt. Das Stürlerhaus war früher ein Spital der Diakonissinnen.

Anzahl Wohnungen 7, 2-Zimmer-Einheiten, Mietpreise pro Monat 1200 bis 2500 je nach Grösse

Genossenschaft Hestia in Aarau – Hausgemeinschaft im eigenen Mehrfamilienhaus

In dieser Hausgemeinschaft leben vier Generationen. Eigenmittelbeschaffung durch Erlös aus Hausverkauf, Einlage der Pensionsgelder. Zentrale Lage in einem Wohnquartier. Vor der Realisierung des Projektes zogen die Initiantinnen eine Organisationsentwicklerin bei und gründeten eine Hausgemeinschaft.

Finanzierung: Privat

---

<sup>28</sup> Höpflinger François, Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Age Report 2004, Seismo Verlag Zürich, 2004

## Anhang 15

### Einkommensstatistik der Steuerperiode 2001 in Obwalden nach Alter in Zahlen und Prozent

Stb. EK	< 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	Über 90	Total
0 – 3'000	1'062	341	310	346	274	139	77	139	2'688
3'100 – 10'000	798	88	89	123	154	101	76	43	1'472
10'100 – 15'000	295	100	90	74	92	115	99	64	929
15'100 – 22'000	416	209	201	171	188	239	253	107	1'784
22'100 – 31'000	615	495	438	293	263	452	341	98	2'995
31'100 – 40'000	716	680	490	369	341	346	208	56	3'206
41'100 – 50'000	407	723	588	411	319	253	253	29	2'983
51'000 – 60'000	102	496	460	374	259	187	89	28	1'995
60'100 – 75'000	20	298	403	383	259	198	77	13	1'651
75'100 – 100'000	6	178	331	395	255	134	70	15	1'384
über 100'000	4	121	294	566	400	227	123	22	1'757
Total	4'441	3'729	3'694	3'505	2'804	2'391	1'666	614	22'844

Stb. EK	60 - 69	70 - 79	80 - 89
0 – 3'000	10%	6%	5%
3'100 – 10'000	5%	4%	5%
10'100 – 15'000	3%	5%	6%
15'100 – 22'000	7%	10%	15%
22'100 – 31'000	9%	19%	20%
31'100 – 40'000	12%	14%	12%
41'100 – 50'000	11%	11%	15%
51'000 – 60'000	9%	8%	5%
60'100 – 75'000	9%	8%	5%
75'100 – 100'000	9%	6%	4%
über 100'000	14%	9%	7%
Total	100%	100%	100%



## Anhang 16

### Vermögenssteuer der Steuerperiode 2001 in Obwalden nach Alter in Zahlen und Prozent

Stb. VM in 1'000	< 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	Über 90	Total
0	3'473	2'212	2'181	1'437	694	359	260	164	10'780
1 – 50	754	656	426	366	261	236	182	102	2'983
51 – 100	135	323	259	282	249	223	172	59	1'702
101 – 250	63	355	450	585	548	505	318	110	2'934
250 - 500	11	129	206	372	438	432	265	73	1'926
501 - 1'000	5	36	95	237	288	300	166	62	1'189
1'000 - 2'000	0	14	43	119	164	182	105	25	652
2'001 - 5'000	0	1	19	75	114	96	62	13	380
Über 5'000	0	3	15	32	48	58	42	6	204
<b>Total</b>	<b>4'441</b>	<b>3'729</b>	<b>3'694</b>	<b>3'505</b>	<b>2'804</b>	<b>2'391</b>	<b>1'572</b>	<b>614</b>	<b>22'750</b>

Stb. VM in 1'000	60 - 69	70 - 79	80 - 89
0	25%	15%	17%
1 – 50	9%	10%	12%
51 – 100	9%	9%	11%
101 – 250	20%	21%	20%
250 - 500	16%	18%	17%
501 - 1'000	10%	13%	11%
1'000 - 2'000	6%	8%	7%
2'001 - 5'000	4%	4%	4%
Über 5'000	2%	2%	3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

# **Bedürfnisumfragen in Obwalden**

## 1 Bedürfnisumfragen in Obwalden

Der Projektauftrag sieht vor, die Bedürfnisse der direkt und indirekt Betroffenen sowie der Institutionen aufzuzeigen. Aus diesem Grund sind im Projektteam drei verschiedene Fragebogen entworfen worden. Die Fragebogen haben zum Teil gleiche Fragen, sind aber je nach Zielgruppe speziell gestaltet worden.

Es ist entsprechend den zeitlichen und finanziellen Ressourcen eine pragmatische Umfrage gemacht worden. Die Ergebnisse wirken aber nicht zufällig sondern sehr plausibel. Der gute Rücklauf der Fragebogen verspricht ein repräsentatives Ergebnis.

### Vergleichsgruppen

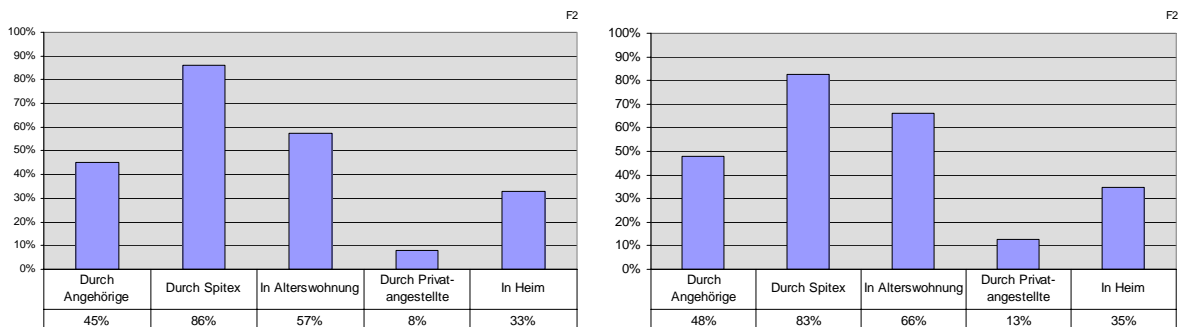
<b>Rücklauf</b>	<b>IG Alter</b>	<b>Projekt Team</b>	<b>Total</b>
Verteilte Fragebogen	550	165	715
Rücklauf	<b>164</b> 30%	<b>86</b> 52%	<b>250</b> 35%

<b>Rücklauf nach Geschlecht</b>	<b>IG Alter</b>	<b>Projekt Team</b>	<b>Total</b>
Männer	62	28	90
Frauen	94	54	148
Keine Angaben	8	4	12
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>86</b>	<b>250</b>

<b>Durchschnittsalter</b>			
Männer	67.9	57.9	64.8
Frauen	71.0	58.5	66.4
<b>Männer + Frauen</b>	<b>69.7</b>	<b>58.3</b>	<b>65.7</b>

Eindrücklich ist die Ähnlichkeit der Ergebnisse der Vergleichsgruppen. Die Antworten stimmen ferner mit Ergebnissen anderer Umfragen überein und entsprechen den Erkenntnissen aus der Theorie.

**Grafik  
Ähnlichkeit der Vergleichsgruppen**



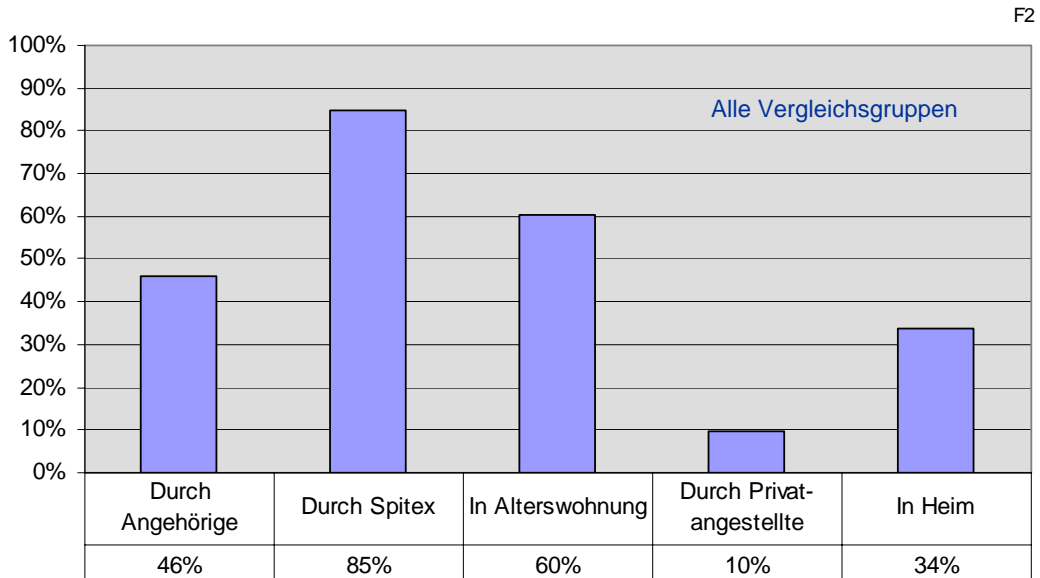
**1.1 Bedürfnisse der heutigen und zukünftigen betagten Menschen**

Die IG Alter hat den Fragebogen an ihre Mitglieder verschickt. Der Rücklauf beträgt 30 %. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe ist 69.7 Jahre. Das Projektteam hat den gleichen Fragebogen einer ausgewählten Gruppe im Bekanntenkreis verteilt. Diese 11 Jahre jüngere Vergleichsgruppe soll die Bedürfnisse der zukünftigen betagten Menschen darstellen.

In der folgenden Grafik ist ersichtlich, dass die Unterstützung hilfe-, **pfllege- und betreuungsbedürftiger alter Mensch** mit 85% am häufigsten durch Spitex gewünscht wird. Auch die Unterstützung in einer Alterswohnung ist mit 60% beliebt. Die Unterstützung durch Angehörige wird von 46% der Befragten gewünscht soweit es Angehörige gibt, die dazu in der Lage sind und die Situation tragbar für die Angehörigen ist. Wenn es nötig ist, gehen 34% auch gerne ins Heim. Männer bevorzugen gegenüber den Frauen die Unterstützung durch Angehörige.

Grafik

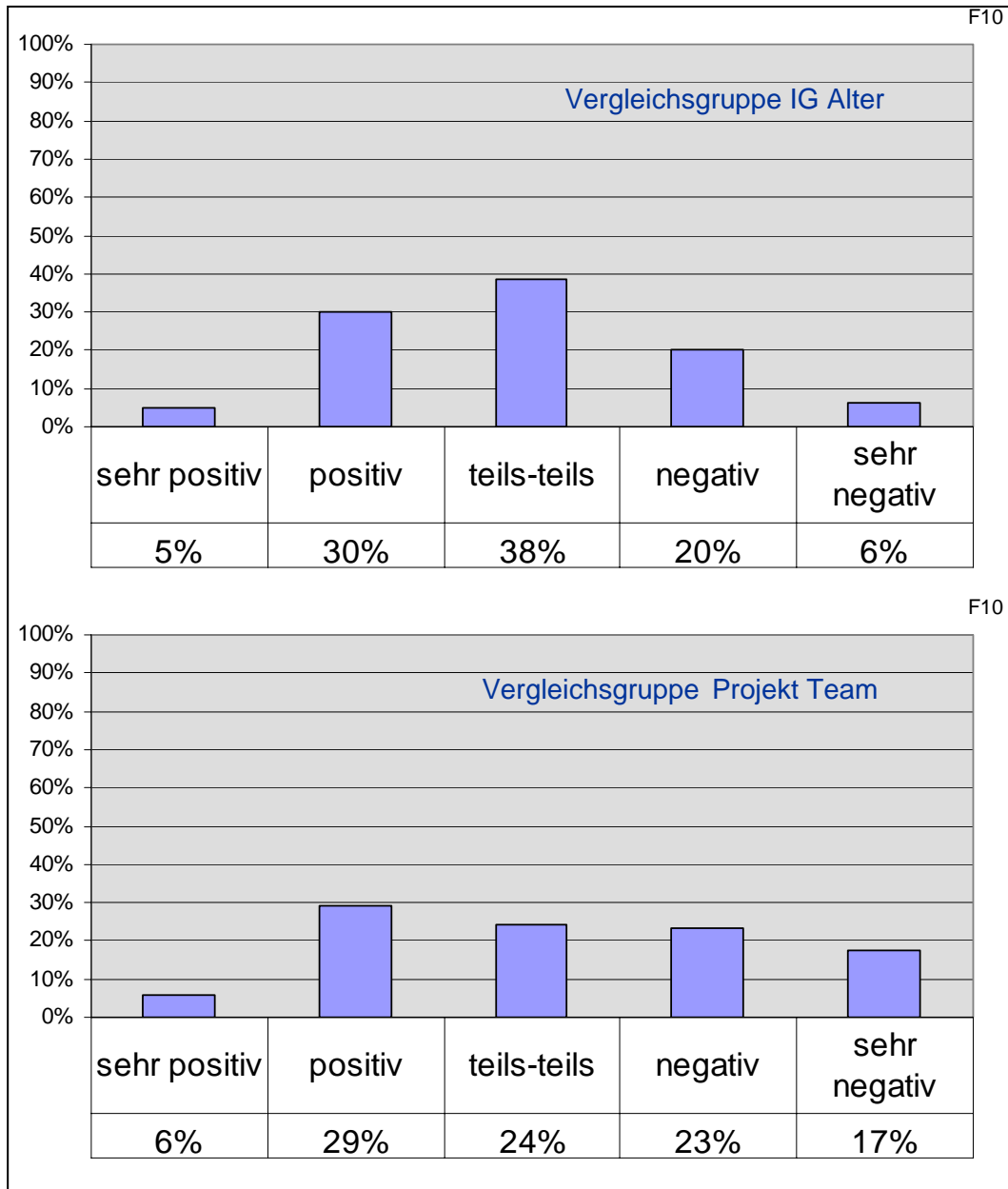
**Gewünschte Unterstützung als hilfe-, pflege- und betreuungsbedürftiger alter Mensch**



Eine weitere Frage des Fragebogens lautet: "Stellen Sie sich vor, dass zum Beispiel die Betreuung der Schwerstpflegebedürftigen und der dementen Menschen nur in einem Heim in Obwalden angeboten würde. Könnten Sie sich vorstellen, in ein Alters- und Pflegeheim in einer **anderen Gemeinde** als Ihrer Wohngemeinde zu ziehen? Wie wäre das für Sie?" Erstaunlich viele beantworten diese Frage positiv oder sehr positiv. Bei der älteren Vergleichsgruppe überwiegt die positive Einstellung (35%) gegenüber den negativen Antworten. (26%) In den Bemerkungen zeigt sich Verständnis für die Notwendigkeit. Manchmal heisst es, man merkt dann wohl nicht mehr, wo man ist.

Grafik

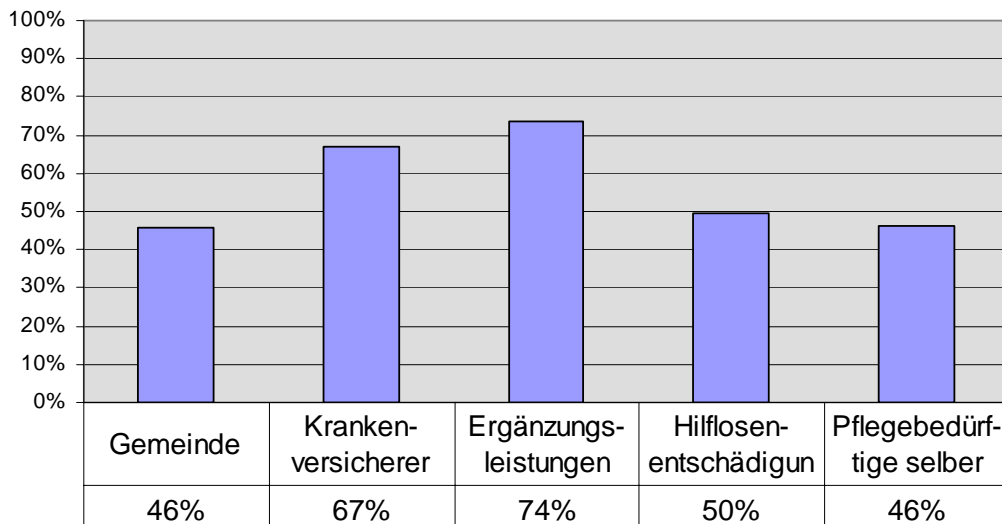
**Alters- und Pflegeheim in einer anderen Gemeinde als Wohngemeinde**



Auf die Frage, wer die Pflege im Alter finanzieren soll, werden folgende Antworten gegeben.

Grafik  
**Finanzträger der Alterspflege**

F11

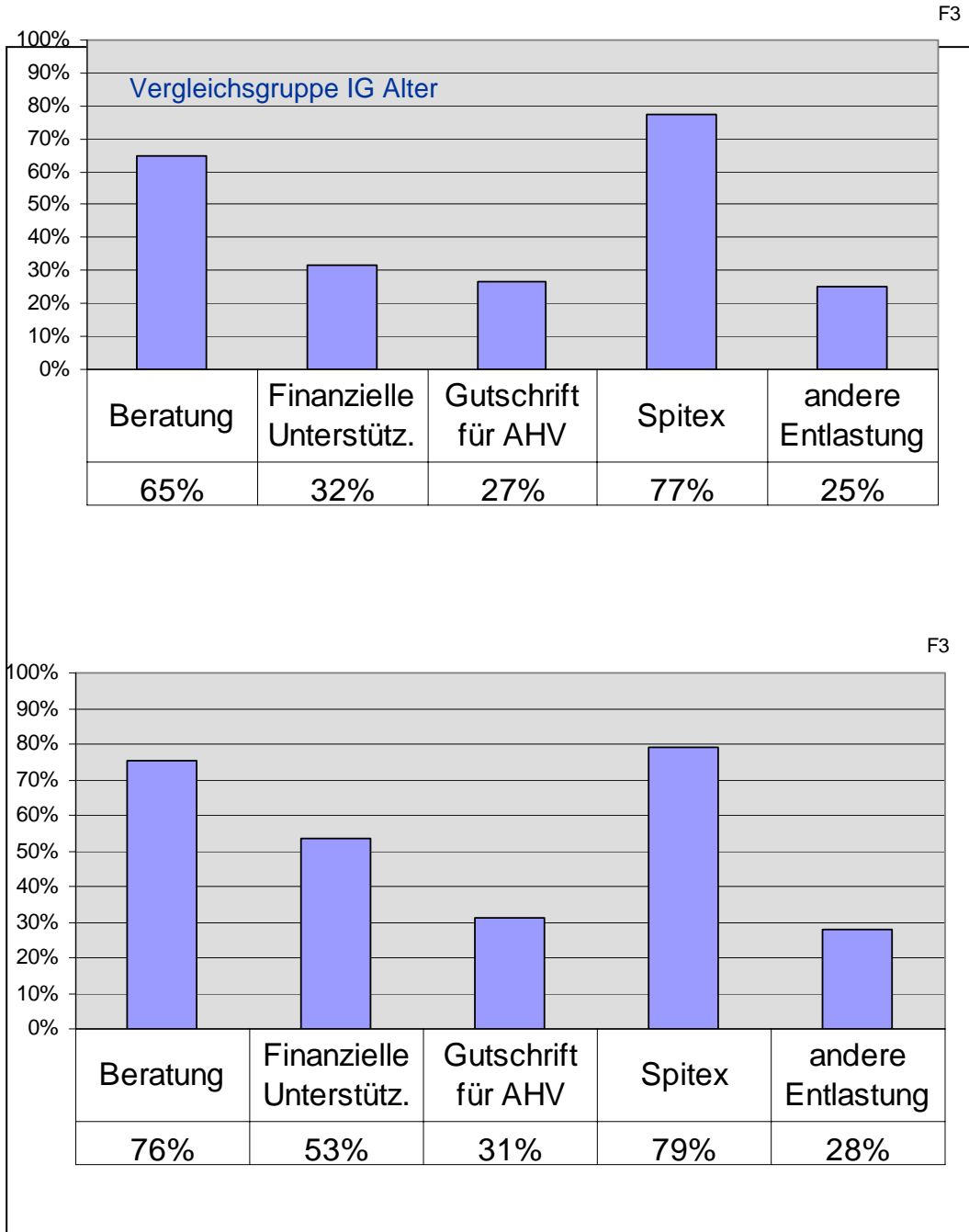


## 1.2 Bedürfnisse der betreuenden Angehörigen

Im Fragebogen in dem die Bedürfnisse der heutigen und zukünftigen betagten Menschen sowie deren soziales Umfeld abgefragt worden sind, ist folgende Frage integriert gewesen: „Stellen Sie sich vor Sie pflegen und betreuen Ihre Angehörigen oder andere Personen. Welche Unterstützung benötigen Sie bei dieser Aufgabe?“

Als Unterstützung für pflegende Angehörige wird primär Spitex gewünscht. Beachtlich hoch mit 65% wird Beratung angekreuzt, bei der im Durchschnitt 11 Jahre jüngeren Vergleichsgruppe sind es sogar 76 %. Die Nachfrage nach finanzieller Unterstützung steigt von 32% bei der älteren Vergleichsgruppe auf 53% bei der jüngeren Vergleichsgruppe. Temporäre Heimunterbringung für die zu pflegenden Angehörigen wird als Entlastung gewünscht. Die Vergleichsgruppe IG Alter hat wahrscheinlich gezielter geantwortet und weniger Mehrfachnennungen gemacht. Vielleicht ist das auch auf die Erfahrung zurückzuführen, welche die Gruppe der IG Alter in Altersfragen und Dienstleistungen gemacht hat und sich deshalb eher auf ein Angebot festlegen kann. Die jüngere Vergleichsgruppe legt sich noch nicht so fest und lässt verschiedene Varianten offen.

Grafik  
**Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen**





### 1.3 Fragebogen der Institutionen Organisationen

Umfrage Bedürfnisse bei den Institutionen/Organisationen

#### Frage 1

Welche Dienstleistungen erwartet der gesunde alte Mensch? Mehrfachnennungen möglich.

*A. In den nächsten 3-5 Jahren*

Bildung	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>
Beratung	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>

*B. Bis im Jahr 2015*

Bildung	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>
Kultur	<input type="checkbox"/>
Beratung	<input type="checkbox"/>
Anderes	<input type="checkbox"/>

#### Frage 2

Welche Dienstleistungen erwartet der **hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige** alte Mensch? Mehrfachnennungen möglich

*A. In den nächsten 3-5 Jahren*

Betreuung durch Angehörige	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Spitex	<input type="checkbox"/>
Betreuung in einer Alterswohnung	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Privatangestellte	<input type="checkbox"/>
Betreuung in einem Heim	<input type="checkbox"/>

*B. Bis im Jahr 2015*

Betreuung durch Angehörige	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Spitex	<input type="checkbox"/>
Betreuung in einer Alterswohnung	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Privatangestellte	<input type="checkbox"/>
Betreuung in einem Heim	<input type="checkbox"/>

**Frage 3**

Welche **Wohnform** bevorzugt Ihrer Meinung nach der **hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige** alte Mensch? Mehrfachnennungen möglich

*A. In den nächsten 3-5 Jahren*

Zuhause	<input type="checkbox"/>
Alterswohnung	<input type="checkbox"/>
Wohngemeinschaft mit Gleichgesinnten	<input type="checkbox"/>
Pflegewohngruppe	<input type="checkbox"/>
Heim	<input type="checkbox"/>

*B. Bis im Jahr 2015*

Zuhause	<input type="checkbox"/>
Alterswohnung	<input type="checkbox"/>
Wohngemeinschaft mit Gleichgesinnten	<input type="checkbox"/>
Pflegewohngruppe	<input type="checkbox"/>
Heim	<input type="checkbox"/>

**Frage 4**

Welche Dienstleistungen erwartet der **hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige** alte Mensch **von Ihrer Institution/Organisation**? Mehrfachnennungen möglich.

*A. In den nächsten 3-5 Jahren*

Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	
Besuchsdienst	<input type="checkbox"/>	
Auswahl beim Essen	<input type="checkbox"/>	
Beratung	<input type="checkbox"/>	
Entlastung für Angehörige	<input type="checkbox"/>	
Erfahrungsgruppen für Angehörige	<input type="checkbox"/>	
Hilfe zu Hause*	<input type="checkbox"/>	
Neue Angebote	<input type="checkbox"/>	
Zeitlicher Ausbau der Dienstleistungen	von 07.00-19.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
	von 19.00-22.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
	von 22.00-07.00 Uhr	<input type="checkbox"/>

\* z.B. Mahlzeitendienst, Telealarm, Haushalthilfe, Pflege usw.

## Bedürfnisumfragen

### B. Bis im Jahr 2015

Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	
Besuchsdienst	<input type="checkbox"/>	
Auswahl beim Essen	<input type="checkbox"/>	
Beratung	<input type="checkbox"/>	
Entlastung für Angehörige	<input type="checkbox"/>	
Erfahrungsgruppen für Angehörige	<input type="checkbox"/>	
Hilfe zu Hause*	<input type="checkbox"/>	
Neue Angebote	<input type="checkbox"/>	
Zeitlicher Ausbau der Dienstleistungen	von 07.00-19.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
	von 19.00-22.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
	von 22.00-07.00 Uhr	<input type="checkbox"/>

\* z.B. Mahlzeitendienst, Telealarm, Haushalthilfe, Pflege usw.

### Frage 5

In welchen Bereichen der **Infrastruktur** hat Ihre Institution/Organisation Bedürfnisse?  
Mehrfachnennungen möglich.

#### A. In den nächsten 3-5 Jahren

Keine Bedürfnisse, sind mit Bestehendem zufrieden	<input type="checkbox"/>
EDV	<input type="checkbox"/>
Materialeinkauf/Materialverwaltung	<input type="checkbox"/>
Bedarfsabklärungsinstrumente	<input type="checkbox"/>
Räumlicher Standort	<input type="checkbox"/>
Abrechnungssystem Krankenversicherer*	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>

\* tiers payant/tiers garant

#### B. Bis im Jahr 2015

Keine Bedürfnisse, sind mit Bestehendem zufrieden	<input type="checkbox"/>
EDV	<input type="checkbox"/>
Materialeinkauf/Materialverwaltung	<input type="checkbox"/>
Bedarfsabklärungsinstrumente	<input type="checkbox"/>
Räumlicher Standort	<input type="checkbox"/>
Abrechnungssystem Krankenversicherer*	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>

\* tiers payant/tiers garant

### Frage 6

Verfügt Ihre Institution/Organisation über ein **Qualitätssicherungssystem**?

Ja	<input type="checkbox"/>	welches?
Nein	<input type="checkbox"/>	warum nicht?
Ist geplant	<input type="checkbox"/>	welches?
Ist nicht geplant	<input type="checkbox"/>	warum nicht?

**Frage 7**

Könnten Sie sich vorstellen, dass bei den Institutionen/Organisationen ein **einheitliches Qualitätssicherungssystem** z.B. Für die Beratungen angewendet würde?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nein	<input type="checkbox"/>	warum nicht?

**Frage 8**

Gibt es für die Qualitätssicherung in Ihrer Institution/Organisation übergeordnete **Vorgaben**? Mehrfachnennungen möglich.

Ja	<input type="checkbox"/>	Bund
	<input type="checkbox"/>	Kantone
	<input type="checkbox"/>	Dachorganisation
Nein	<input type="checkbox"/>	

**Frage 9**

Würden Sie **Qualitätsvergleiche** zwischen den Institutionen/Organisationen begrüßen?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nein	<input type="checkbox"/>	warum nicht?

**Frage 10**

Würden Sie übergeordnete **Minimalstandards** in der Qualitätssicherung begrüßen?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nein	<input type="checkbox"/>	warum nicht?

**Frage 11**

Bis wann ist für Ihre Institution/Organisation die **Finanzierung** der heutigen Dienstleistungen gesichert? Wie sehen die Bedürfnisse nach diesem Zeitpunkt aus?

Finanzierung ist gesichert bis .....
Finanzielle Bedürfnisse in zeitlicher Hinsicht nach diesem Zeitpunkt: ..... .....
Finanzielle Bedürfnisse im Sinne von Veränderung/Wachstum nach diesem Zeitpunkt: ..... .....

**Frage 12**

Welche **Finanzierungsformen** erwarten Sie künftig?

Finanzierung nach Globalkreditsystem	<input type="checkbox"/>
Finanzierung i.S. von Defizitdeckung	<input type="checkbox"/>
Andere*?	

\* z.B. Verhältnis Eigenfinanzierung und Fremdfinanzierung

**Frage 13**

In welchen **Berufen** bilden Sie Personen aus?

Beruf	Anzahl Personen, die pro Jahr in diesen Berufen ausgebildet werden

**Frage 14**

Hätten Sie im Bereich Berufsausbildung Interesse an einem **Ausbildungsverbund**?

Ja	<input type="checkbox"/>	in welchem Berufsbereichen?
Nein	<input type="checkbox"/>	wir sind mit dem bestehenden Angebot zufrieden
Nein	<input type="checkbox"/>	andere Gründe

**Frage 15**

Wer sollte sich nach Ihrer Auffassung an den **Kosten** der beruflichen Ausbildung beteiligen?  
Mehrfachnennungen möglich.

Bund	<input type="checkbox"/>
Kanton	<input type="checkbox"/>
Gemeinden	<input type="checkbox"/>
Berufs- und Fachverbände	<input type="checkbox"/>
Nicht ausbildende Institutionen*	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>

\* Solidaritätsbeitrag

**Frage 16**

Bieten Sie in Ihrer Institution/Organisation **interne Weiterbildungen** an?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

**Frage 17**

Sind die internen Weiterbildungsangebote auch für Personen aus anderen Institutionen zugänglich?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

**Frage 18**

Würden Sie eine gegenseitige Öffnung der Weiterbildungsangebote für Personen anderer Institutionen begrüßen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

**Frage 19**

Welchen **Stellenwert** hat die Weiterbildung des Personals in Ihrer Institution?

Mittel	<input type="checkbox"/>
Hoch	<input type="checkbox"/>
Sehr hoch	<input type="checkbox"/>

**Frage 20**

Bestehen in Ihrer Institution/Organisation Erweiterungspläne im Bereich Bauten?  
Mehrfachnennungen möglich.

*A. In den nächsten 3-5 Jahren?*

Keine Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>
Sitzungszimmer/Schulungsräume	<input type="checkbox"/>
Räume für Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsräume	<input type="checkbox"/>
Restaurationsbereich	<input type="checkbox"/>
Betten/Zimmer	<input type="checkbox"/>
Ausbaustandard der Zimmer	<input type="checkbox"/>
Geschäfte/Kiosk usw.	<input type="checkbox"/>
Parkplätze	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>

## Bedürfnisumfragen

### B. Bis im Jahr 2015

Keine Bedürfnisse	<input type="checkbox"/>
Sitzungszimmer/Schulungsräume	<input type="checkbox"/>
Räume für Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsräume	<input type="checkbox"/>
Restaurationsbereich	<input type="checkbox"/>
Betten/Zimmer	<input type="checkbox"/>
Ausbaustandard der Zimmer	<input type="checkbox"/>
Geschäfte/Kiosk usw.	<input type="checkbox"/>
Parkplätze	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>

### Frage 21

Besteht ein Bedürfnis nach einer institutionalisierten Austauschplattform zwischen den Institutionen/Organisationen?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Nein	<input type="checkbox"/>	warum nicht?
Wenn ja, wie häufig	<input type="checkbox"/>	1x pro Jahr <input type="checkbox"/> 2x pro Jahr
Wären sie bereit im Turnus eine solche Austauschplattform zu organisieren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### Frage 22

Bestehen Vorstellungen/Wünsche betreffend Kooperationen, Koordination oder Zusammenarbeitsformen unter den Institutionen?

Ja	<input type="checkbox"/>	
Ja	<input type="checkbox"/>	Es sollte im Kanton eine zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für Altersfragen geben
Ja	<input type="checkbox"/>	weitere* z.B. ....
Nein	<input type="checkbox"/>	warum nicht? .....

\* z.B. zentrale Betreuung von Demenzen Personen, Zusammenarbeit im Bereich Betreuung psychisch Kranken Personen usw.

## 1.4 Einschätzungen und Bedürfnisse der Institutionen

Die Institutionen sind von den Projektteammitgliedern an Hand eines Fragebogens befragt worden.

**Frage 1 A Welche Dienstleistungen erwartet der gesunde alte Mensch in den nächsten 3 bis 5 Jahren?**

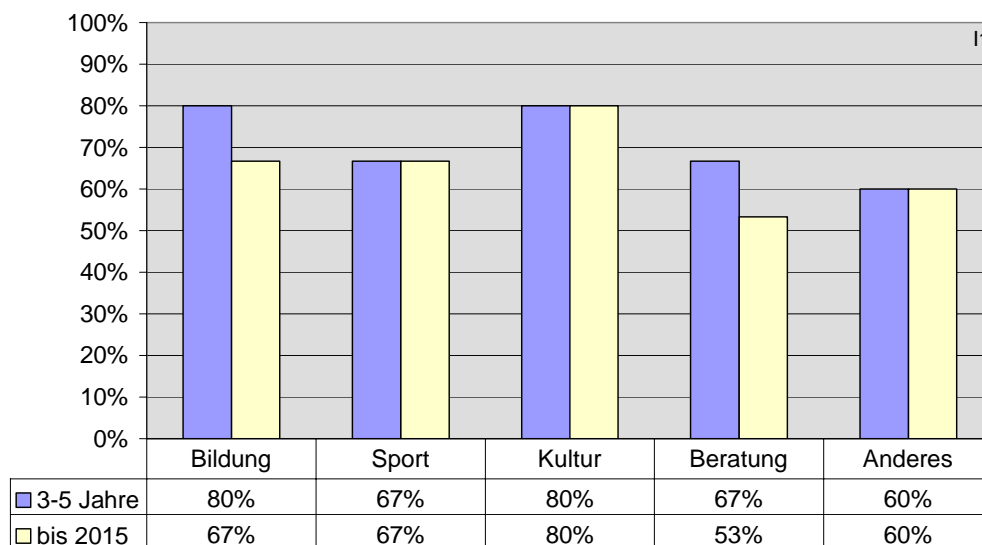
- 1 ISS Keine Bemerkungen
- 2 SRK Bedarf für Begegnungsort ohne Konsumationszwang
- 3 Heime Angebot von Bildung, Sport, Kultur, finanzielle und praktische Beratung, Gedächtnistraining
- 10 Spitex Beratung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten, breites DL-Angebot: Sport, Kultur, Bildung, Einkauf- und Verpflegungsangebote = keine Spitexleistungen, müssen aber bekannt sein für die eigene Beratung.
- 11 IG keine Bemerkung
- 12 PS Zunahme der gesunden, älteren Menschen, die ein vielseitiges Angebot wünschen, Hilfen zu Hause: Besorgungen, Einz. Erl. Etc.
- 13 KS Kein Angebot für gesunde alte Menschen, Spital könnte aber Prävention übernehmen
- 14 Dep Erwartung: soziales Umfeld mit guten DL
- 15 Santé Keine Bemerkungen

**Frage 1 B Bis im Jahr 2015**

- 1 Keine Bemerkungen
- 2 Grenzen der Arbeit mit Freiwilligen
- 3 Angebot von Bildung, Sport, Kultur, finanzielle und praktische Beratung, Reisen und Wellness, spirituelle und geistige Angebote, Erhaltung des Lebensstandards
- 10 s. Frage 1 A
- 11 Keine Bemerkungen
- 12 Erwartungen steigen, alle Angebote werden vermehrt gefragt sein
- 13 s. Frage 1 A
- 14 Erwartung: gutes DL-Angebot, gute Lebensbedingungen
- 15 Keine Bemerkungen

Grafik

**Erwartete Dienstleistungen des gesunden alten Mensch**





**Frage 2 A Welche Dienstleistungen erwartet der hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige alte Mensch in den nächsten 3 bis 5 Jahren?**

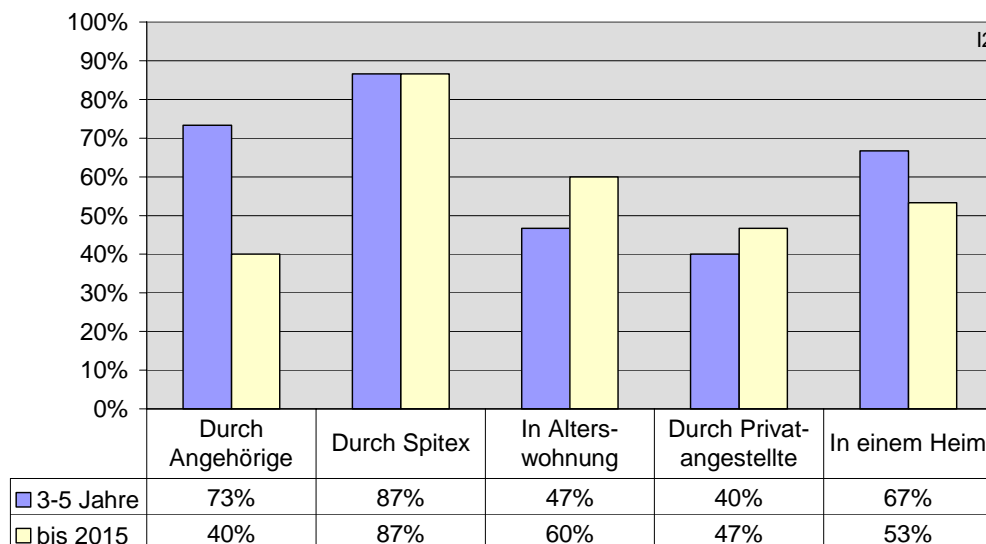
- 1 Keine Bemerkungen
- 2 Wunsch: 1:1 Betreuung zu Hause, Alterswohnung soll gl. Mögl. bieten wie zu Hause
- 3 Alle aufgeführten Dienstleistungen, Selbsthilfegruppen für Angehörige
- 10 Beratung, Unterstützung, Entlastung der pfleg. Angehörigen durch prof. Fachperson
- 11 Keine Bemerkungen
- 12 Keine Bemerkungen
- 13 Schnittstellen zwischen Institutionen und versch. Angeboten sollten gut geklärt sein (Bsp. bei Aus- Über- und Eintritten) zus. Sterbebegleitung
- 14 Alle DL, damit ein mög. langer Verbleib in den eig. Strukturen ermöglicht wird
- 15 Keine Bemerkungen

**Frage 2 B Bis im Jahr 2015**

- 1 Keine Bemerkungen
- 2 Keine Bemerkungen
- 3 Alle aufgeführten Dienstleistungen, die Angehörigenpflege wird abnehmen
- 10 s. Frage 2 A
- 11 Keine Bemerkung
- 12 Mögl. Zunahme bei der Betreuung durch Privatangestellte
- 13 s. Frage 2 A
- 14 gute Form von betreuten Alterswohnungen (Vereinsamung wird zunehmen)
- 15 Keine Bemerkungen

Grafik

**Erwartete Dienstleistung des hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftigen alten Mensch**



**Frage 3 A Welche Wohnform bevorzugt Ihrer Meinung nach der hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige alte Mensch in den nächsten 3 bis 5 Jahren?**

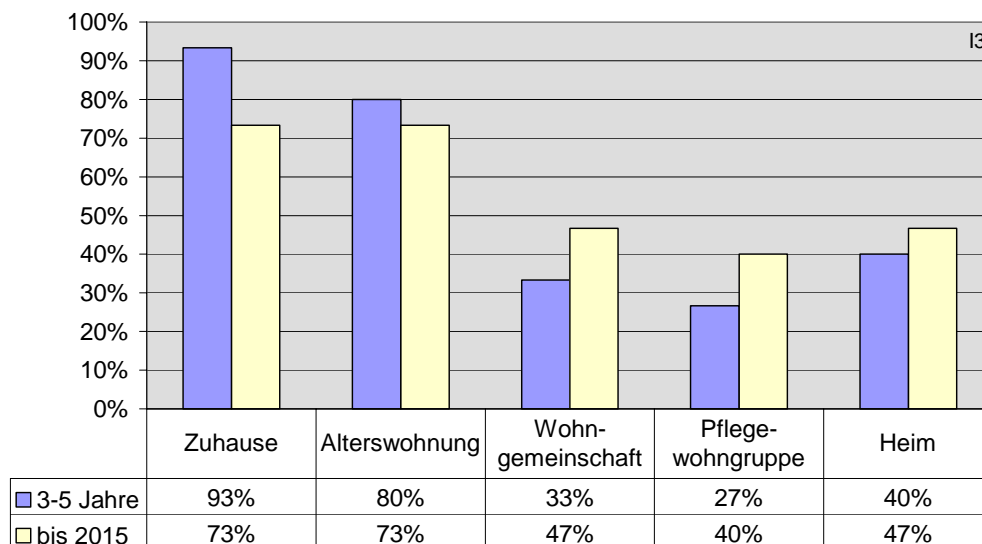
- 1 Keine Bemerkungen
- 2 SRK-DL sind gefragt bis zum Heimeintritt, Komfortansprüche im Heim werden steigen
- 3 Zuhause, Alterswohnungen betreut und/oder mit abrufbaren Dienstleistungen, ev. Ausbau zur Übergangspflege möglich
- 10 Vielfältigere Wohnformen erfordert Ausdehnung der Spitex-Leist. Bedarf und Bedürfnisse sollen abgedeckt werden  
Weiterbildung und Erfahrungsaustausch für pfleg. Angehörige sehr wichtig
- 11 Keine Bemerkungen
- 12 Im Heim werden die Raumbedürfnisse grösser, Infrastruktur und Komfort müssen verbessert werden
- 13 Kann aus Sicht des Spitals nicht beantwortet werden
- 14 1. Priorität: solange wie möglich zu Hause, 2. ins Heim
- 15 Priorität nach Aufzählung in der Umfrage

**Frage 3 B Bis im Jahr 2015**

- 1 Keine Bemerkungen
- 2 s. Frage 3 A, Ansprüche nehmen zu, private Pflege zu Hause
- 3 s. Frage 3 A
- 10 s. Frage 3 A
- 11 Keine Bemerkungen
- 12 Heime sollten nicht mehr weiter ausgebaut werden, dafür Alternativen fördern
- 13 Kann aus Sicht des Spitals nicht beantwortet werden
- 14 Langfristig: Wohngemeinschaften und Pflegewohngruppen, weniger Alterswohnungen
- 15 s. Frage 3 A

Grafik

**Bevorzugte Wohnform des hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen**



**Frage 4 A Welche Dienstleistungen erwartet der hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige alte Mensch in den nächsten 3 bis 5 Jahren von Ihrer Institution/Organisation?**

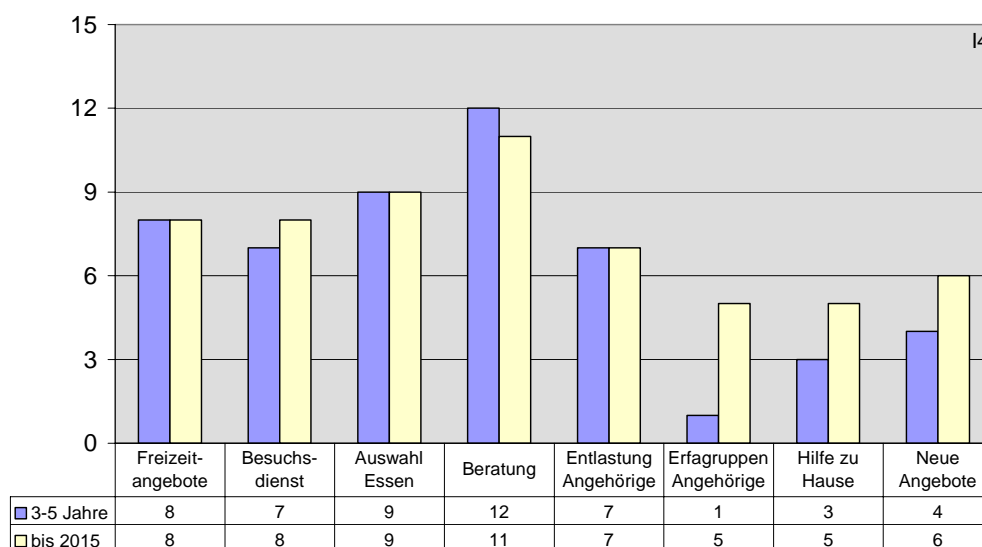
- 1 Möglichst grosse individuelle Freiheit.
- 2 leichte Betreuung zu Hause mit strukturiertem Angebot durch Org. mit Freiwilligen
- 3 Heime haben Zentrumsfunktion, Entlastung der Angehörigen, Ferienbetten, Platz für Rekonvaleszente (Problematik der Finanzierung ist hier zu lösen), Tagesheim, Sicherheit, Geborgenheit,
- 10 s. Fragen 1 - 3
- 11 Angebote von IG-Alter richtet sich an gesunde alte Menschen
- 12 Betreuung durch Angeh. wird abnehmen durch veränderte gesellschaftl. Aspekte
- 13 Spital kann Beratung betr. Ernährung, Sturzgefahr, Inkontinenz, Demenz, chron. Schmerzen anbieten, zus. Ambulante Angebote
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Frage 4 B Bis im Jahr 2015**

- 1 s. Frage 4 A
- 2 Zunahme bei: Besuchsdienst, Beratung, Hilfen zu Hause, leichte Betreuung und Hilfestellung zu Hause
- 3 Heime haben Zentrumsfunktion, ganzheitlicher Betriebsauftrag, Prävention, Triage, Angehörige brauchen Beratung, Begleitung und Unterstützung, Selbsthilfegruppen für Angehörige, Angehörige mit einbeziehen in die tägliche Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner
- 10 s. Fragen 1 - 3
- 11 s. Frage 4 A
- 12 Tendenz bei Frage 4 A wird sich weiter verstärken
- 13 s. Frage 4 A
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

Grafik

**Dienstleistungen, die von Ihrer Institution erwartet werden**



**Frage 5 A In welchen Bereichen der Infrastruktur hat Ihre Institution/Organisation in den Nächsten 3 bis 5 Jahren Bedürfnisse?**

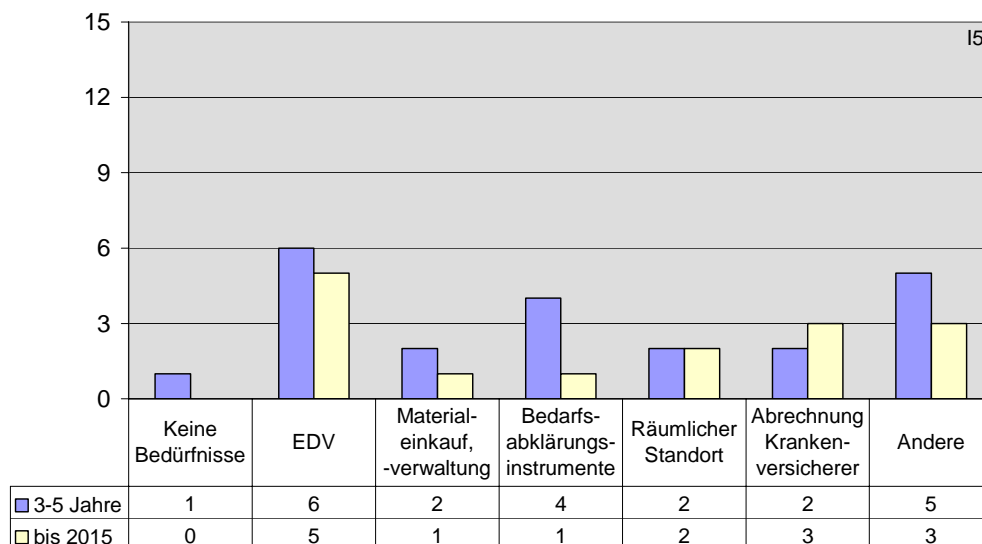
- 1 Keine Bemerkungen
- 2 Keine Bemerkungen
- 3 Unterschiedliche Bedürfnisse in den einzelnen Alters- und Pflegeheimen
- 10 Im administrativen Bereich vermehrter Einsatz von EDV, Spitex Verband CH hat Bedarfsabklärungsinstrument beschlossen, Einsatz bedingt gewisse Betriebsgrösse, das gl. gilt für Personal- und Leistungseinsatzpläne
- 11 Lokal für ca. 120 Pers. im Verbund mit anderen Organisationen
- 12 Bedarf: Kursräumlichkeiten für Kleingruppen im Verbund mit anderen Org.
- 13 Auf Grund der Schliessung der Geriatrie bestehen keine Infrastrukturbedürfnisse für alte Menschen
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Frage 5 B Bis im Jahr 2015**

- 1 Ist noch offen
- 2 evt. Zusammenschluss mit anderen Org.
- 3 s. Frage 5 A
- 10 Vernetzung der Spitexstellen ist unumgänglich, ebenso engere Zus.arbeit mit PS oder SRK, kantonales Kompetenzzentrum für Altersfragen wäre kundenfreundlich, gemeinsamer Materialeinkauf wäre zu begrüessen, evt. zentrales Materiallager
- 11 s. Frage 5 A
- 12 Kompetenzzentrum als Anlaufstelle für alle Altersfragen wäre kundenfreundlich, Abrechnungssystem für Reinigungsdienst wie Spitex
- 13 s. Frage 5 A
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

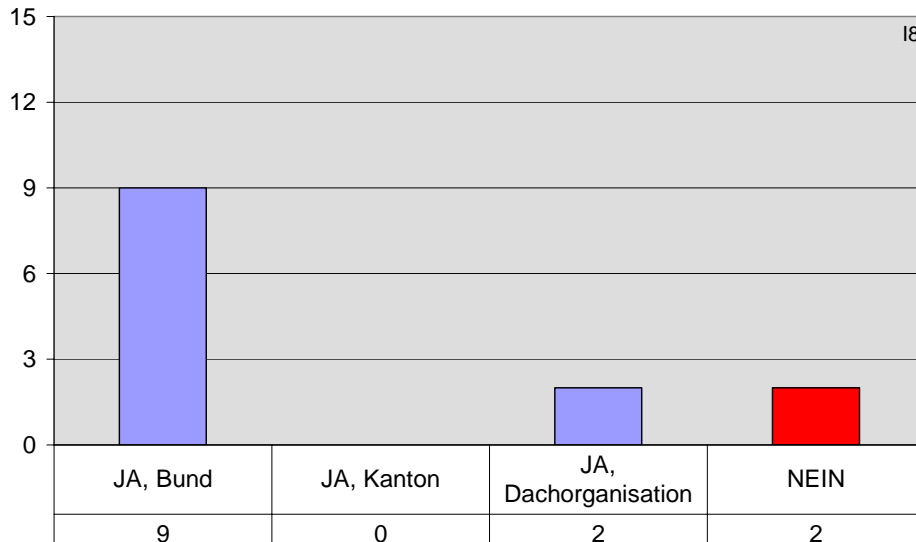
Grafik

**Infrastrukturbedürfnisse**



**Fragen 6 bis 10**

Es gibt in allen Organisationen im Kanton Obwalden übergeordnete Vorgaben zur Qualitätssicherung. Diese sind vom Bund und hier vor allem durch das KVG gegeben. Das SRK, Spitex und Pro Senectute haben weitere Vorgaben von ihren Dachorganisationen. Dementsprechend haben die Umfragen ergeben, dass alle Institutionen im Kanton Obwalden heute über ein Qualitätssicherungssystem verfügen.



Die Mehrheit der Institutionen begrüsst Minimalstandards zur Qualitätssicherung. Andere lehnen sie ab. Hier die zusammen getragenen Bemerkungen aus den Fragebogen:

- Nein:
  - Nach dem Prinzip „der Markt bestimmt die Nachfrage“
  - Wer definiert und wie wird definiert
  - Standards sind unflexibel und angebotsorientiert
  - Die Gäste entscheiden über das Angebot bzw. die Nutzung des Angebots
  - Statt Minimalstandards Bewohnerevaluation und messen von Bewohnerzufriedenheit
- Ja:
  - Wichtig: Minimalstandards
  - Kanton (2 Nennungen)
  - Es wird unumgänglich sein, dass die Gesetzgebung gewisse Qualitätsstandards als Minima vorgibt. Über diese Qualitätsminima hinaus werden aber regionale Unterschiede bleiben und sind in diesem Sinne auch nicht schlecht, da auch die Erwartungen unterschiedlich sind.
- Allgemeine Bemerkungen:
  - Welche Minimalstandards? Darüber müsste man sich zuerst verständigen. Diese Frage kann so ohne nähere Angaben nicht beantwortet werden
  - Keine Zweibettzimmer, jedes Zimmer eigene Toilette

Sechs Gemeinden und einige Institutionen sprechen sich für ein einheitliches Qualitätssicherungssystem aus. Die Vergleichbarkeit der Qualität wäre dadurch gegeben. Man fragt sich bei den Institutionen aber auch, ob das Kosten/Nutzenverhältnis den zusätzlichen Aufwand rechtfertigt.

Der Spitex Verband Obwalden schreibt dazu: „Wird die Bedarfsabklärung als massgebliches Element der Qualitäts-Sicherung und Qualitäts-Entwicklung gesehen, so ist wünschenswert, dass von den Heimen, Spitälern, Spitex-Organisationen und evtl. weiteren Leistungserbringern Methoden und Instrumente angewendet werden, die alle auf einer gemeinsamen Basis aufbauen (z. B. RAI) und in der Folge miteinander verbunden werden können. Wir würden es begrüßen, wenn aufgrund eines einheitlichen Bedarfsabklärungsinstrumentes Qualitätsvergleiche gemacht werden könnten. Ein weiterer Nutzen des gleichen Instrumentes wäre die gemeinsame Sprache der Pflegenden, die beim Arbeitsplatzwechsel z.B. vom Altersheim in die Spitex die Einarbeitung für beide Seiten erleichtern würde. Die Zusammenarbeit ist jedoch nur solange sinnvoll, wenn das Kosten/Nutzenverhältnis im Rahmen bleibt. Die administrativen Arbeiten sind bereits heute enorm gross.“

### **Frage 11 Bis wann ist für Ihre Institution/Organisation die Finanzierung der heutigen Dienstleistungen gesichert?**

- 1 Keine öffentliche Finanzierung. Marktabhängig.
- 2 Alle Bereiche werden mit Spendengeldern finanziert, leistungsbezogene Finanzen für jeweils 1Jahr, Leistungsvereinbarung mit Bund bis 2005, gewünscht wären Starthilfe für neue DL, Beschäftigung in Sarnen wird durch Gemeinde finanziert
- 3 2004, Je nach KV, solange Stiftung über Eigenkapital verfügt
- 10 Finanzierung gesichert bis 2006, bei Annahme des NFA = Rückzug der AHV per 06 oder 07 aus Spitexfinanzierung Würde an die Gemeinde Delegiert, durch unterschiedliche Strukturen wäre keine Gleichbehandlung in allen Gemeinde möglich
- 11 Finanzierung durch Mitgliederbeiträge
- 12 Finanzierung ges. bis Ende 2005, ab 06 –09 Sockelbeitrag geht massiv zurück, leistungsabhängige Komponente steigt weiter, Wunsch 1 Ansprechpartner für Verhandlungen
- 13 Keine Beantwortung – Aufhebung der Geriatrie
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

### **Frage 12 Welche Finanzierungsform erwarten Sie künftig?**

- 1 Keine Bemerkungen
- 2 Starthilfe für neue DL, zinslose Darlehen, Leistungsvereinbarung mit dem Kt.
- 3 2 Antworten Globalkreditsystem, 2 Antworten Defizitdeckung, 1 Antwort Rechnungsstellung nach Aufwand
- 10 neue Finanzordnung sollte mit allen Gemeinden ein gl. Leistungsangebot sicherstellen, evt. mit Sockel durch Kt.
- 11 Globalkreditsystem, Eigenfinanzierung durch Mitgliederbeiträge
- 12 Globalkredit, Wunsch wäre Defizitdeckung
- 13 Keine Beantwortung – Aufhebung der Geriatrie
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

### **Frage 13 In welchen Berufen bilden Sie Personen aus?**

- 1 Koch, Hauswirtschafterin, Weiterbildung Spitex-Bereich, FAGE, Diplombereich
- 2 Pflegehelferkurse ca. 30 Pers. Praktika Ergo 1- 2 Pers.
- 3 2 Pflegeassistentinnen, 4 Betagtenbetreuerinnen, 3 Hauswirtschafterin, 6 FAGE, 3 Betagtenbetreuerinnen, 1 Aktivierungstherapeutin, 1 Kaufmännische Angestellte, 4 Pflegefachpersonen DN I / DN II, 1 Köchin
- 10 Aus- und Weiterbildung hat grossen Stellenwert, Ausbildung von Pflegefachpersonal und Haushelferinnen in div. Gmd.
- 11 Keine
- 12 Möglichkeit zu Praktika Fachhochschule für Sozialarbeit
- 13 1 Fachangestellte für Gesundheit, 12 Praktikumsplätze für Ges. und Krankenpflege DN I und II

## Bedürfnisumfragen

- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der S. Suisse nicht beantwortet werden

### **Frage 14 Hätten Sie im Bereich Berufsausbildung Interesse an einem Ausbildungsverbund?**

- 1 Ja, KV
- 2 Keine Relevanz für SRK
- 3 Die Zentralschweizerische Interessengemeinschaft für Gesundheit (ZIGG) besteht bereits.
- 10 Organisationsübergreifende künftig von vermehrtem Interesse, z. Bsp. mit Altersheimen
- 11 Nicht relevant
- 12 zu kleine Organisation
- 13 Ja, bei FAGE und DN I und II
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

### **Frage 15 Wer sollte sich Ihrer Auffassung nach an den Kosten der beruflichen Ausbildung beteiligen?**

- 1 Keine Bemerkungen
- 2 Kanton, Defizitdeckung an Pflegehelferkurse
- 3 Bund 6 Nennungen, Kanton 5 Nennungen, Gemeinden 4 Nennungen, Berufs- und Fachverbände 5 Nennungen, Nicht ausbildende Institutionen 6 Nennungen.
- 10 s. Frage 14
- 11 Kanton
- 12 Bund, Kanton, abhängig von Betriebsgrösse auch nicht ausbil. Institutionen
- 13 Bund, Kanton
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

### **Frage 16 Bieten Sie in Ihrer Institution/Organisation interne Weiterbildung an?**

Alle Betriebe bieten interne Weiterbildung an.

- 1 Ja
- 2 Ja, durch SRK oder Ressortleiter
- 3 Ja
- 10 Interne Weiterbildung oft Fall- oder Situationsbezogen
- 11 Ja, Delegiertenvers. SSRV
- 12 Ja, breites Angebot über PS-CH
- 13 Ja
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

### **Frage 17 Sind die internen Weiterbildungsangebote auch für Personen aus anderen Institutionen zugänglich?**

- 1 Nein
- 2 nur Mitgl. SRK
- 3 2 Nein, 2Ja Spitex, 1Ja kommt relativ selten vor, 1 Ja wäre möglich
- 10 s. Frage 16
- 11 Nein
- 12 Ja, Angebote und Mögl. müssten noch besser kommuniziert werden
- 13 Angebote sind teilweise für andere zugänglich (Pflegeforum)
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Frage 18 Würden Sie eine gegenseitige Öffnung der Weiterbildungsangebote für Personen anderer Institutionen begrüßen?**

- 1 bedingte Zusage für eine Öffnung
- 2 Ja
- 3 Ja, es gibt einige Weiterbildungsangebote, die wir intern angehen wollen.
- 10 s. Frage 16, Öffnung macht aus erw. Gründen keinen Sinn
- 11 nicht relevant
- 12 Ja
- 13 Ja
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Frage 19 Welchen Stellenwert hat die interne Weiterbildung des Personals in Ihrer Institution?**

- 1 hoher Stellenwert
- 2 mittlerer Stellenwert
- 3 3 Nennungen hoher Stellenwert, 3 Nennungen mittlerer Stellenwert
- 10 hoher Stellenwert
- 11 nicht relevant
- 12 sehr hoher Stellenwert
- 13 mittlerer Stellenwert
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Frage 20 A Bestehen in Ihrer Institution/Organisation in den nächsten 3 bis 5 Jahren Erweiterungspläne im Bereich Bauten?**

- 1 Keine Bedürfnisse
- 2 Kurslokal
- 3 3 Nennungen Sitzungszimmer/Schulungsräume, 4 Nennungen Räume für Freizeitgestaltung, 3 Nennungen Gemeinschaftsräume, 3 Nennungen Restaurationsbereich, 3 Nennungen Betten, Zimmer 2 Nennungen Ausbaustandard der Zimmer, 2 Nennungen Parkplätze, 2 Nennung Wohnungen, 1 Nennung Demenzabteilung, Wohnzimmer für Bewohner auf jedem Stock
- 10 Bedarf Kursräumlichkeiten Spitex-Sarnen-Giswil für gemeins. Nutzung mit anderen Org.
- 11 Keine Bedürfnisse
- 12 Bedürfnis für Schulungsräume, Räume für Freizeitgestaltung, Gemeinschaftsräume für gemeins. Nutzung mit anderen Org., Parkplätze
- 13 Kein Bedarf da Geriatrie aufgehoben wird
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Frage 20 B Bis im Jahr 2015**

- 1 Ist noch offen
- 2 Kompetenzzentrum mit anderen Org. in OW und NW
- 3 s. Frage 20 A, 1 Nennung Betten Zimmer je nach Bewohner Zusammensetzung nicht Ausbau allenfalls verändern, 1 Nennung Demenz evtl. Zusammenarbeit mit Spitex, 1 Nennung Gemeinschaftsräume
- 10 Enge Zus. arbeit mit anderen Institutionen wünschenswert, wird zunehmend wichtiger
- 11 Keine Bedürfnisse
- 12 s. Frage 20 A
- 13 Kein Bedarf da Geriatrie aufgehoben wird
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden



**Frage 21 Besteht ein Bedürfnis nach einer institutionalisierten Austauschplattform zwischen den Institutionen/Organisationen?**

- 1 Ja, sinnvoll, wenn gut organisiert, 1-2 x pro Jahr, themenabhängig, auf Eigenkostenbasis
- 2 Ja, mind. alle 2 Jahre, evt. 1 x pro Jahr für den operativen Bereich, würden im Turnus organisieren
- 3 Ja, 2x im Jahr, bestehendes erhalten und eventuell ausbauen, Konferenz der Führungskräfte OW/NW besteht bereits
- 10 Ja, besonders zwischen Heimen, Spital und Spitex
- 11 Nein, kein Bedarf, eigenes Infoblatt ist ausreichend
- 12 Ja, 1 x pro Jahr, würden im Turnus organisieren
- 13 Ja, 1 x pro Jahr, würden im Turnus organisieren
- 14 Ja, 1x pro Jahr, würden im Turnus organisieren, institutionalisierte Plattform wäre sinnvoll
- 15 Nein, es besteht guter Austausch zwischen s. Suisse Zentralschweiz und den Heimen

**Frage 22 Bestehen Vorstellungen/Wünsche betreffend Kooperation, Koordination oder Zusammenarbeitsformen unter den Institutionen?**

- 1 Koordinationsstelle wäre denkbar mit Obwaldner Institutionen
- 2 Wird von Fall zu Fall mit entsprechender Org. geklärt, evt. Sekretariat zusammen mit Samariter (unterschiedl. Strukturen)
- 3 5 Nennungen Ja, Ombudsstelle für Angehörige, Bewohner und Interessierte, Zentrale Beratungsstelle, Ärzte mit Fachwissen, Kompetenzzentrum evtl. pro Gemeinde, Zusammenarbeitsform mit der Spitex in der Gemeinde, Fachunterstützung im Bereich Demenz zum Beispiel Psychiatrische Unterstützung, Weiterbildung Pflegepersonal, 1 Nennung Nein zur zentralen Koordinationsstelle für Altersfragen sondern zentrale Anlaufstelle für Menschen, die durch das soziale Netz fallen
- 10 Wunsch: Kompetenzzentrum für Altersfragen (Bsp. Uri)
- 11 Vorstellungen sind bereits erfüllt
- 12 Wunsch: Koordinationsstelle und zentrale Anlaufstelle für Altersfragen
- 13 Keine Koordinationsstelle, Zusammenarbeit läuft gut, sinnvoll wäre Broschüre mit allen Angeboten
- 14 Kann aus der Sicht des Kantons nicht beantwortet werden
- 15 Kann aus der Sicht der s. Suisse nicht beantwortet werden

**Abschliessende Bemerkungen Departement:**

Zur Strategie des RR gehört aus volkswirtschaftlicher Sicht auch die Wohnattraktivität mit guten Angeboten im Alters- oder Invaliditätsfall. Dazu gehören die notwendigen Infrastrukturen, betreutes Altwerden mit Spitexunterstützung zu Hause, Zugang zum Spital, stimmiges Ärzteangebot, komfortabler Wohnraum. Für bes. Segment kommen auch Seniorenresidenzen in Frage damit einkommens- und vermögensstarke Personen angesiedelt werden können. Bestehende Netzwerke wie IG-Alter sollen nicht unterlaufen werden.

Abschliessende Bemerkungen s. Suisse s. Qualität

**Bemerkungen Spitex:**

Es ist eine Auswahl und Zusammenfassung aus der sehr umfangreichen Beantwortung!

## 1.5 Einschätzungen aus der Umfrage bei den Gemeinden

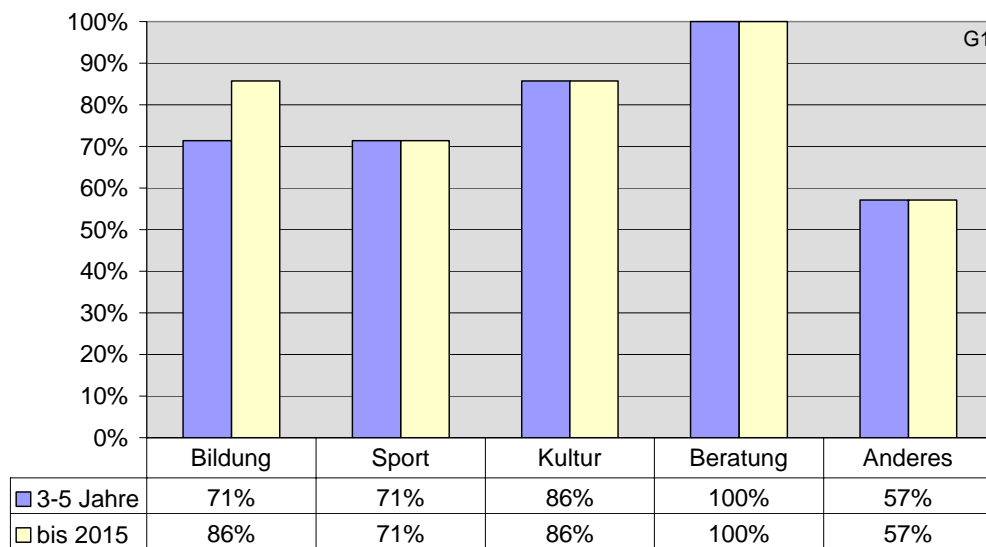
Die Sozialvorsteherinnen und -Sozialvorsteher haben einen Fragebogen erhalten, der im Gemeinderat ausgefüllt worden ist.

### 1.5.1 Dienstleistungen und Wohnform

In diesem Fragebogen wird in **Frage 1** danach gefragt, welche Dienstleistungen aus Sicht der Gemeinden der gesunde alte Mensch erwartet. Die nachfolgende Grafik zeigt die Antworten.

Grafik

#### Dienstleistungen, welche gesunde alte Menschen erwarten



Es werden von den Gemeinden folgende Ergänzungen gemacht:

**Bildung:**

- Gesundheitsfragen, Bewältigung des Alters, Umgang mit modernen Technologien
- Vorträge, Gedächtnistraining, Unterstützung bei politischen Fragen

**Sport:**

- Turnen, Langlauf, Wandern, Schwimmen
- Altersabhängig

**Kultur:**

- Ausstellungen, Filme, Theater und Konzerte

**Beratung:**

- In den Bereichen Wohnformen und Dienstleistungen, Prävention und Gesundheitsförderung, Soziales, Finanzen, Renten, Steuern
- Soziale Fragen, Finanzen, Renten

**Anderes:**

- Begleitete Reisen, Ferienwochen
- Angebot von Computerkursen
- Angebote, welche soziale Beziehungen ermöglichen und der gesellschaftl. Integration dienen wie Mittagstische o.ä.,
- Aufgaben in der und für die Öffentlichkeit, Senioren für Senioren

## Bedürfnisumfragen

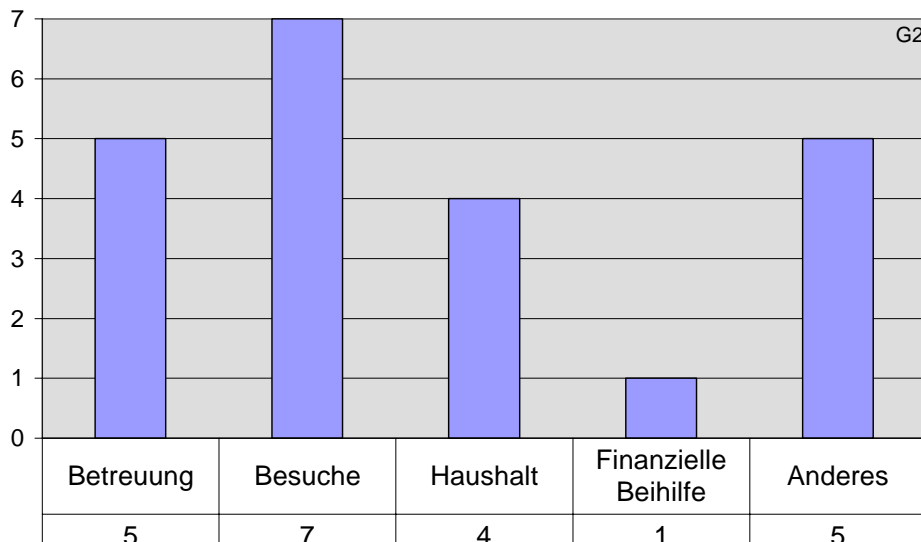
Allgemein wird festgehalten:

- Der gesunde alte Mensch erwartet ein breites und frei wählbares Angebot – ist aber auch bereit, Gestaltung und Organisation zu übernehmen.
- Der gesunde alte Mensch wünscht sich Wahlmöglichkeiten, freie Entscheidungen und vor allem Lebensqualität.
- Der gesunde alte Mensch sorgt für sich selbst.
- Der alte Mensch wird sportliche und kulturelle Angebote erwarten, aus Sicht der Gemeinde sind sie aber höchstens subsidiär bereit zu stellen im Sinne der Gesundheitsförderung und/oder der gesellschaftlichen Integration, wenn es sonst keine Anbieter geben sollte.
- Alte Menschen werden zunehmend selbstbewusster, haben auch höhere Ansprüche und werden versuchen diese auch durchzusetzen.
- Der gesunde alte Mensch will als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft gefordert und gefördert werden, damit die erwarteten Angebote zu einem guten Teil durch Gruppierungen von alten Menschen in Zusammenarbeit mit den jüngeren Generationen erfolgen können.

**Frage 2** des Gemeindefragebogens beschäftigt sich mit der Frage, welche Dienstleistungen der gesunde alte Mensch erbringen könnte.

Grafik

### Dienstleistungen gesunder alter Menschen



Die Betreuung anderer Menschen in der ersten Kolonne erhält 5 Nennungen. Sie wird aber in den Bemerkungen der Gemeinden eingeschränkt:

- Partner/in, nur nahestehende Menschen und Grosskinder
- In sehr einfachem Rahmen
- Keine Pflegedienstleistungen

Auch die Dienstleistungen in fremden Haushalten werden eingeschränkt mit Bemerkungen:

- Im Sinne der Nachbarschaftshilfe
- Gelegentlich und situationsbedingt

## Bedürfnisumfragen

In der Kolonne anderes werden folgende Bemerkungen gemacht:

- Leiten von Gruppen, Mitgestalten und Organisieren, Führen von Gruppen, Hilfe bei Dritten, Beziehungen pflegen, etc.
- Koordinationsstelle zur Verbesserung der Effizienz ist wichtig.
- Die vorhandenen Fähigkeiten sollen genutzt werden. Gesunde alte Menschen können und wollen auch anspruchsvolle Aufgaben übernehmen.
- Babysitten / Begleitspaziergänge / Wäscheaufbereitung / Einkaufen / Ferienablösung / Hundebetreuung
- Mandate auf Grund des beruflichen Know-hows
- Aufgabenhilfe für Schüler/innen, Babysitten, o.ä.
- Aufgaben im Quartier

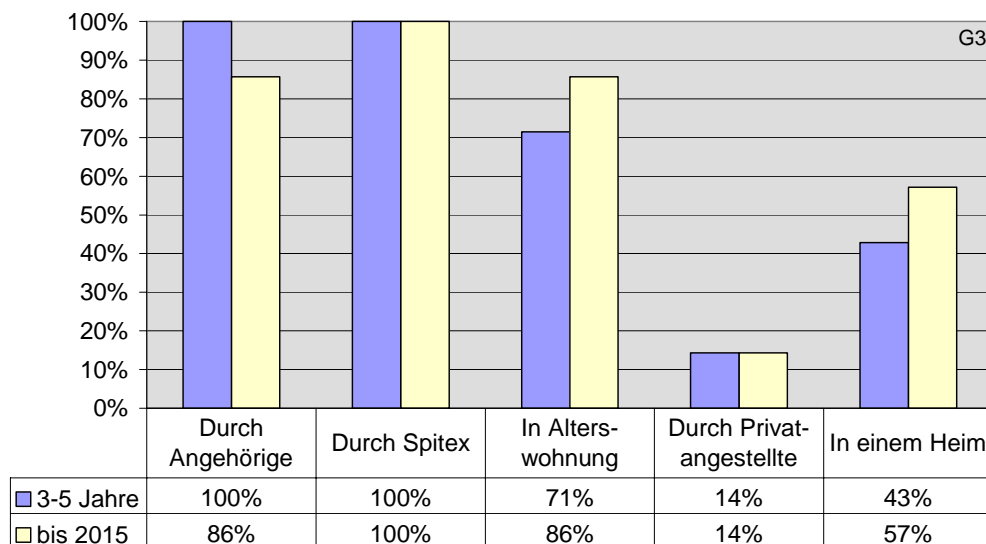
Eine Gemeinde schreibt: „In diesem Bereich steckt ein grosses Potenzial für die Zukunft, das aktiviert werden sollte, indem Freiwilligenhilfe (Senioren für Senioren, usw.) gezielt aufgebaut und gefördert werden sollte. Dies evtl. unterstützt oder mit Anreiz von der öffentlichen Hand. Einerseits können auf diese Weise Kosten gespart werden, andererseits entspricht es dem Grundsatz, dass das Älterwerden nicht nur als individuelle sondern auch als kollektive Aufgabe an- und wahrgenommen werden muss.“

**Man ist sich in den Gemeinden einig, dass diese Ressource vielfältig genutzt werden sollte.**

**Frage 3** befasst sich mit der Einschätzung der Gemeinden, welche Dienstleistungen leicht Pflegebedürftige erwarten.

Grafik

### Dienstleistungen, die von leicht Pflegebedürftigen erwartet werden



## Bedürfnisumfragen

Die Gemeinden ergänzen folgendes:

Betreuung durch Angehörige:

- In erster Priorität vor Spitex
- Angehörige werden in Zukunft weniger pflegen
- Durch geeignete Massnahmen sollte die private Betreuung durch Verwandte und Drittpersonen (auch gesunde alte Menschen) gefördert werden.

Betreuung durch Spitex:

- Bis ins Jahr 2015 mit präventiven Hausbesuchen, reaktivierende Angebote

Betreuung in einer Alterswohnung

- mit massgeschneiderten Dienstleistungsangeboten wie Mahlzeitendienst, Notrufsystem, Haushalthilfe, gesellschaftliche Angebote, Pflegeleistungen, Möglichkeit, bei vorübergehender oder zunehmender Pflegebedürftigkeit in eine nahe stationäre Einrichtung übertreten zu können

Betreuung durch Privatangestellte

- nur für finanziell Gutgestellte, fast unerschwinglich

Betreuung in einem Heim

- wenn keine andere Möglichkeit
- Vorteil von gesellschaftlichem Aspekt
- Vorteil von Sicherheit

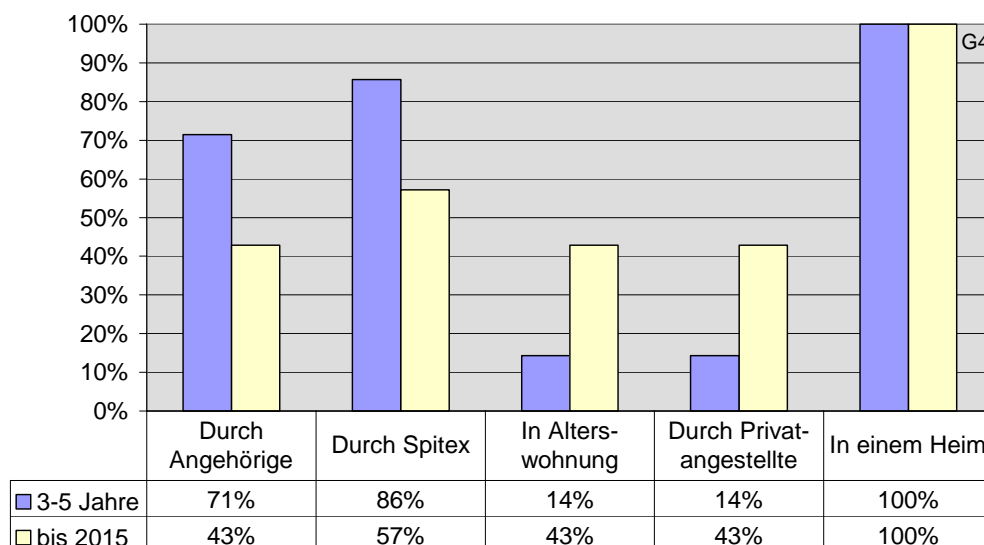
Allgemein wird erwähnt:

- Schwergewicht der Betreuung sind Angehörige und Spitex.
- Hindernisse für Betreute abbauen und die Selbstständigkeit der betroffenen Personen fördern.
- Die Unabhängigkeit muss gestützt werden.

**Frage 4** befasst sich mit der Einschätzung der Gemeinden, welche Dienstleistungen schwer Pflegebedürftige erwarten.

Grafik

**Dienstleistungen, die von schwer Pflegebedürftigen erwartet werden**



Folgende Bemerkungen werden von den Gemeinden gemacht:

Betreuung durch Angehörige:

- Soweit möglich und noch genug Ressourcen vorhanden

Betreuung durch Spitex:

- Auch abends
- Bis im Jahr 2015: so umfassendes Angebot wie möglich, abends evtl. nachts

Betreuung in einer Alterswohnung

- Mit massgeschneiderten Dienstleistungsangeboten

Betreuung durch Privatangestellte:

- Wenn finanziell möglich

Betreuung in einem Heim:

- auch als Tages- oder Ferienplatzangebot, Übergangspflege
- Der Begriff Heim ist in Bezug auf die künftigen Erwartungen zu definieren. Klassische Alters- und Pflegeheime werden weniger mehr gefragt und zu teuer sein. V.a. sehr hoch betagte (85 - 90+) und schwer pflegebedürftige Menschen werden voll stationär betreut werden, was zum Teil Veränderungen in den Heimstrukturen erfordert.

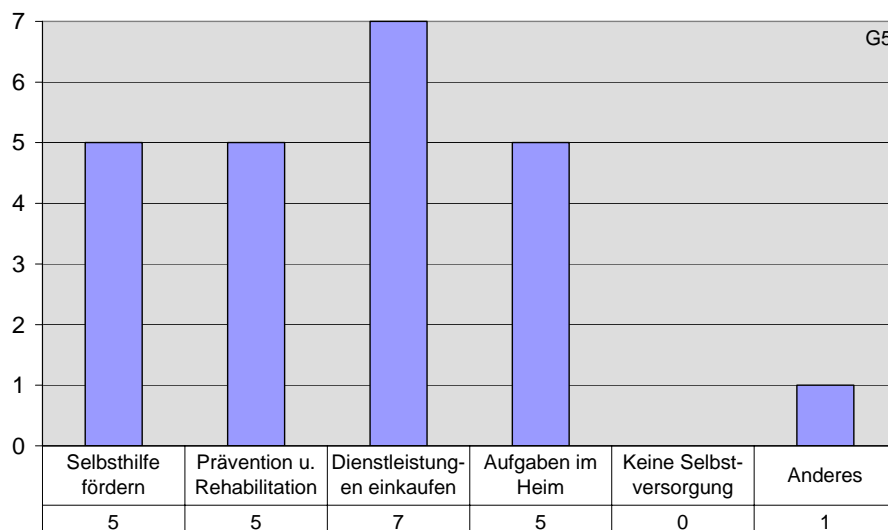
Allgemeine Bemerkungen der Gemeinden:

- Unterstützung betreffend Finanzierung der Betreuungskosten, Sozialversicherungen
- Die Privatsphäre muss in dieser Kategorie akzeptiert werden.
- Andererseits sind die Erwartungen der Betroffenen oft höher, als was im Angebot möglich sein wird.
- Bis im Jahr 2015. Wir gehen davon aus, dass ebenso in diesem Segment die private Betreuung immer wichtiger ist. Einerseits werden technische Entwicklungen dies erleichtern, andererseits dürfte der Wunsch zu Hause bleiben zu dürfen, nichts von der Attraktivität verlieren.
- Kleinere Einrichtungen/Versorgungsstrukturen v.a. vernetzte, systemische Versorgungs- und Therapieketten, wo Hausärzte, Spitex, Angehörige, stationäre Einrichtungen klientenzentriert (dem Ressourcenpotenzial angepasst) zusammenarbeiten und die soweit möglich nach dem Normalitätsprinzip funktionieren. (plus evtl. auch Anbindung an Geriatriestation). Für die allerletzte Lebensphase wird es mehr Palliativcare-Angebote brauchen; Hospizansatz wird zunehmend gefragt sein, könnte Kernkompetenz werden von stationären Einrichtungen (Caritas Schweiz 2004). D.h. insgesamt: aufeinander aufbauende Unterstützungskette von Beratung zu Hause, Entlastung/Krisenintervention, Assessment, reaktivierende/rehabilitative Pflege, teilstationärer und schliesslich allenfalls Daueraufenthalt (so wenig stationär wie möglich).

**Frage 5** des Fragebogens befasst sich damit, wie das Konzept der Selbstversorgung weiter gefördert werden könnte. Wie müssten also Dienstleistungen organisiert werden, damit der **hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige** alte Menschen auf weniger fremde Unterstützung angewiesen ist.

Grafik

**Konzept der Selbstversorgung**



Bemerkungen der Gemeinden dazu sind:

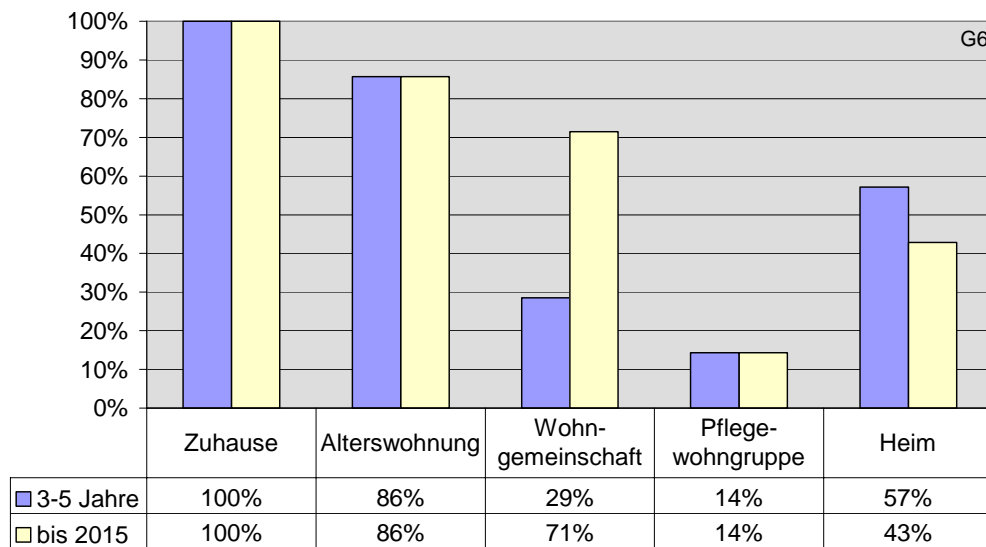
- Förderung der privaten Pflege
- Der alte Mensch sollte Dienstleistungen, die er benötigt, selber bestimmen, einkaufen und koordinieren können sofern diese vorhanden sind
- So viel Autonomie wie nur möglich, Rundum-Versorgung ist weniger häufig gewünscht und notwendig als heute noch oft angenommen wird.
- Es ist wichtig, dass alte Menschen eigene Aufgaben übernehmen dürfen und können. Auch pflegebedürftige Mitmenschen bereichern ihr eigenes Sein mit Aufgaben. Sie können dadurch Inhalte und Sinn erkennen und leben.
- Die Hilfe zur Selbsthilfe müsste mit Einbezug der IG Alter und Frauenverein weiter gefördert werden
- Präventive und rehabilitative Programme im Alter sollten weiter gefördert werden. Die Verhältnismässigkeit sollte gewahrt bleiben.
- Es sollte unbedingt weiterverfolgt werden, dass der alte Mensch auch in Heimen vermehrt Aufgaben übernehmen könnte

Der Ausbau des Selbstversorgungskonzepts wird von allen Gemeinden gewünscht.

**Frage 6** befasst sich damit, welche Wohnform nach Meinung der Gemeinden der leicht hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige alte Mensch bevorzugt.

Grafik

**Bevorzugte Wohnform des leicht hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen**



Bemerkungen der Gemeinden:

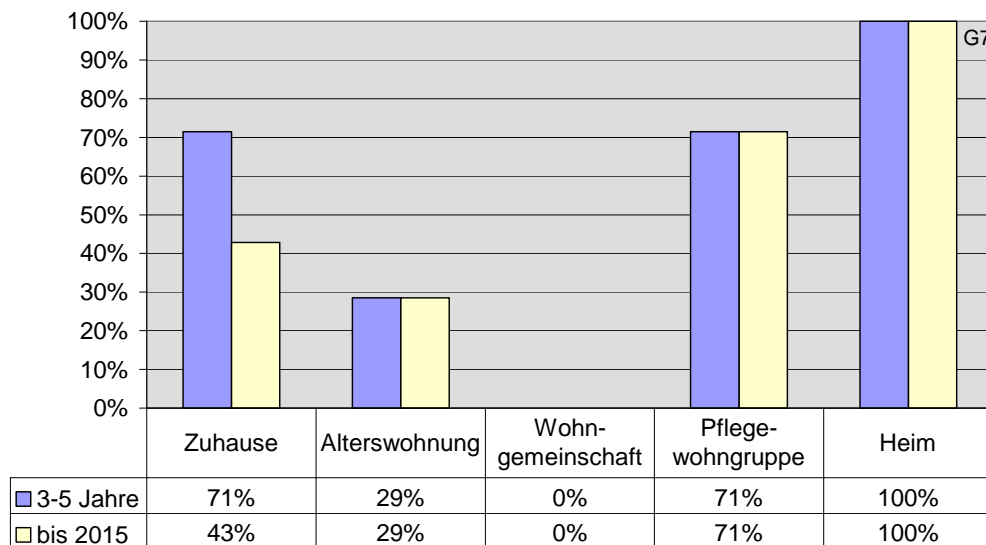
- Das Angebot an Alterswohnungen ist unbedingt zu fördern
- Priorität 1 Zuhause, 2 Pflegewohngruppe, 3 Alterswohnung und Wohngemeinschaft mit Gleichgesinnten, 4Heim
- Priorität 1 Zuhause, 2 Alterswohnung
- Wohnformen für vernetztes Zusammenleben fördern (Junge und Alte).
- Bis im Jahr 2015: Die Wohnform „Zuhause“ muss wieder breiter gefördert werden können. Dazu sind geeignete Massnahmen aus dem „Profiumfeld“ erforderlich, damit die Betreuungspersonen vor Ort die angemessene Unterstützung zur Verfügung haben.
- Bis im Jahr 2015: Tendenz zu Individualismus, Selbstbestimmung



**Frage 7** befasst sich damit, welche Wohnform nach Meinung der Gemeinden der schwer hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige alte Mensch bevorzugt.

Grafik

**Bevorzugte Wohnform des schwer hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen**



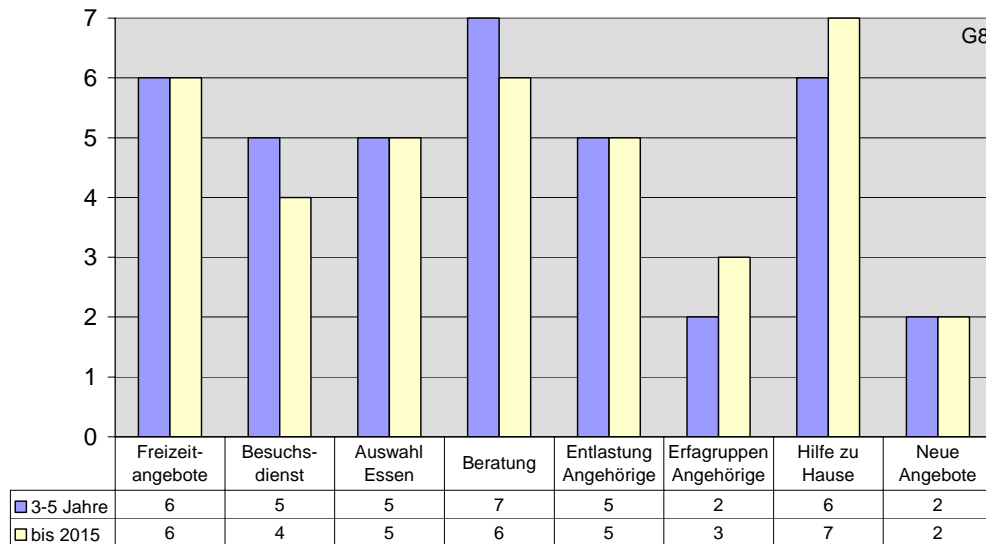
Die Bemerkungen der Gemeinden ergeben folgende Ergänzungen:

- Zuhause: nach Möglichkeit
- Heim: wenn keine andere Möglichkeit
- Alterswohnungen werden bevorzugt, jedoch muss Begeleitung gewährleistet sein (Angehörige/Spitex)
- Heim: Bedingt, wenn zu Hause die Pflege nicht möglich
- Vor allem für demente Mitmenschen müssen gute Lösungen mit angepassten Lebensformen und Bewegungsfreiräumen bereitgestellt werden.

**Frage 8** befasst sich mit den Dienstleistungen, welche der **hilfs-, pflege- und betreuungsbedürftige** alte Mensch nach Meinung der Gemeinden **von den Institutionen und Organisationen im Altersbereich** erwartet.

Grafik

**Erwartete Dienstleistungen von den Institutionen und Organisationen im Altersbereich**



Bemerkungen:

- Alterswohnungen mit abrufbaren Dienstleistungen
- Abendgestaltung
- Im Heim erwartet er Hilfe rund um die Uhr
- Freizeitangebote:
  - durch Frauen u. Müttergemeinschaft, Pro Senectute etc.
  - im Sinne der Aktivierung und Selbstversorgungsunterstützung
- Besuchsdienst: Haushalthilfe
- Entlastung für Angehörige: plus Ausbildungsangebote für Angehörige
- Hilfe zu Hause: Gut ausgebaute, leistungsfähige, professionelle Spitexdienste reduzieren Heimeintritte um bis zu 50 Prozent und sind entsprechend kostengünstiger
- Neue Angebote: Präventive Hausbesuche, Coaching für pflegende Angehörige
- Flexibler Notfalldienst
- Abbau der Bürokratie

### 1.5.2 Das Angebot

In **Frage 9** geht es darum, ob die einzelnen Gemeinden interessiert sind, ein gemeindeübergreifendes Angebot zum Beispiel für Schwerpflegebedürftige oder demente Menschen anzubieten. 5 Gemeinden haben Interesse ein gemeindeübergreifendes Angebot für demente Menschen oder für Schwerpflegbedürftige anzubieten. 3 Gemeinden könnten sich vorstellen, die Übergangspflege anzubieten.

Folgende Bemerkungen werden gemacht:

- Für demente Menschen: nur wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind/werden können
- Andere Angebote:
  - Spitex in Teilbereichen z.B. Organisation, Administration, Bedarfsabklärung, Pflegeplanung, Abendspitex, o.ä. (Sorgfältige Güterabwägung Professionalität im Prozess / lokale Verankerung) (SC)
  - Wohnmöglichkeit für Betagte, die nicht mehr zu Hause wohnen können / wollen und noch nicht in ein Alters- und Pflegeheim eintreten wollen (G)
  - Wohnmöglichkeit für behinderte jeden Alters (Angebot durch Dritte) (G)
- Nein: Dieses Angebot besteht bereits schon im Betagtenheim Lungern. Die schwerpflegebedürftigen Bewohner werden im Heim gepflegt. Ausnahme, wenn sie Spitalaufenthalt brauchen. Das Personal wird für diese Dienstleistung auch entsprechend ausgebildet.

Allgemein:

- Keine Ghettoisierung, Anhäufung von demenziell erkrankten Menschen führt zu weit überdurchschnittlichen Belastungen des Betreuungspersonals und erfordert hoch spezialisiert Ausgebildete. Es braucht spezifische Pflegekonzepte (z.B. Drei-Welten-Modell) ansonsten eher integrierte Modelle in den gemeindeeigenen Institutionen.
- Entspricht weniger dem Grundsatz, so lange wie möglich im bekannten sozialen Umfeld bleiben zu können
- Die Aufgaben in diesem Umfeld sollen auch weiterhin durch die Institutionen selbst angeboten und entsprechend angepasst werden. Ein direktes Engagement der Gemeinden wird nicht gewünscht. Die privatrechtliche Zuständigkeit lässt mehr Möglichkeiten offen, ist oft flexibler und in der Gestaltung offener.
- Maximum BESA 4 möglich und kostendeckend (E)

Die **Frage 10**, ob sich die Gemeinden vorstellen können, dass die Bürgerinnen und Bürger ihrer Gemeinde ein Angebot zum Beispiel für demente oder schwerpflegebedürftige Menschen auch in einer anderen Gemeinde nutzen würden wird 5 Mal mit ja und 2 Mal mit nein beantwortet. Es finden sich folgende Bemerkungen:

- Ja:
  - Evt. aber vor allem, weil das oft die Angehörigen entscheiden
  - Teilweise (Demente)
  - Es kann nützlich sein, um Engpässe zu überbrücken
  - Betroffene können meist nicht mehr selbst entscheiden
  - Angehörige beziehen andere (eigene) Bedürfnisse in die Entscheidung ein
  - Findet in Obwalden schon statt
- Nein:
  - Eher nein. Bürgerinnen und Bürger möchten nach Möglichkeit in der eigenen Gemeinde bleiben oder ihre Angehörigen in der eigenen Gemeinde versorgt wissen

**Frage 11** befasst sich damit, ob Vorstellungen/Wünsche betreffend Kooperationen, Koordination oder Zusammenarbeitsformen unter den Gemeinden bestehen.

5 Gemeinden beantworten diese Frage mit ja:

- Die Obwaldner Gemeinden bieten ihr Angebot durchlässig für alle Bewohner in Obwalden an
- Zentrale Anlaufstelle gibt es bereits; IG für das Alter, Pro Senectute, Betagtenheime sind in CURAVIVA zusammengeschlossen. Altersbetreuung und damit zusammenhängende Planung ist eine kommunale Aufgabe
- Leistungsvereinbarungen mit den Kt. NW
- Vernetzung Spitex

4 Gemeinden wünschen sich eine zentrale Anlauf- und Koordinationsstelle für Altersfragen im Kanton.

- IG Alter und Frauenvereine mit einbeziehen
- In wieweit deckt Pro Senectute dieses Bedürfnis bereits ab?
- Es ist zu koordinieren, dass nicht doppelspurig gearbeitet wird, d.h. abzustimmen, was Pro Senectute, IG Alter oder weitere schon anbieten.

Allgemeine Bemerkungen:

- Es ist fraglich, ob die Menschen ein zentrales Angebot nutzen würden oder ob sie nicht eher im Wohnort selbst Auskünfte einholen wollen. Das wäre dann vielleicht eher für Angehörige und Professionelle als für die alten Menschen selbst.

**Frage 12:** „Im Projekt „Im Alter in Obwalden leben“ wird ab März 2004 das zukünftige Altersangebot für alle Gemeinden geplant. Für die Planung werden die Ergebnisse der verschiedenen Bedürfnisumfragen verwendet. Von welchen finanziellen Optionen können wir bei der Planung in Ihrer Gemeinde ausgehen?“ 6 Gemeinden sprechen sich für die kostenneutrale Planung aus. Unter kostenneutral verstehen wir gleichbleibende Kosten wie heute pro Person plus Teuerung.

Es werden folgende Bemerkungen gemacht:

- Wir wünschen eine kostenneutrale Planung:
  - Minimum
  - sollte mit dem Grundprinzip der privatrechtlich orientierten Einheiten in den Obwaldner Gemeinden in Einklang bleiben
- Bei Bedarf an einem zusätzlichen Angebot sind wir bereit zusätzliche finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen:
  - Notwendigkeit
- Andere finanzielle Optionen:
  - Legate/Spenden
  - Beteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten
- Allgemeine Bemerkungen
  - Zusätzlich Angebote müssen von den Benützern finanziert werden
  - Diese Frage kann so nicht beantwortet werden, weil:
    - Das künftige Angebot im Altersbereich nur zum Teil kantonal geplant werden kann und nicht allein ausschlaggebend ist für die Kostenentwicklung
    - Die Zahl der (sehr) alten pflegebedürftigen Menschen weiter zunehmen wird
    - Die Kostentragung für die Betreuung unter den Partnern (Kr-Kassen, Klient, öffentl. Hand) verhandelt werden kann/muss.
  - IG Alter und Frauenvereine mit einbeziehen

**Frage 18** lautet: „Hätten Sie im Bereich Berufsausbildung Interesse an einem **kantonalen Ausbildungsverbund** für die Institutionen und Organisationen des Altersbereichs?“

Die Antworten fallen sehr verschieden aus. Hier die Übersicht:

- 1 Mal Ja, bei den gemeindeeigenen Institutionen und Organisationen
- 2 Mal Ja, bei den privatrechtlich geführten Institutionen und Organisationen
- 1 Mal Nein, bei den gemeindeeigenen Institutionen und Organisationen
- 1 Mal Nein, bei den privatrechtlich geführten Institutionen und Organisationen
- 2 Mal Ja, in welchen Berufsbereichen
  - Gesundheitswesen, Hausdienst
  - Pflegeberufe, Personal allgemein
  - Gesundheits-, Gastronomiebereich und Betriebsführung
- 2 Mal Nein, wir sind mit dem bestehenden Angebot zufrieden
  - Die Leiter/innen der Institutionen bestimmen die Berufsausbildung ihrer Pfleger/innen. Je nach Bedarf werden Entscheide gefällt.
- 1 Mal Nein, andere Gründe

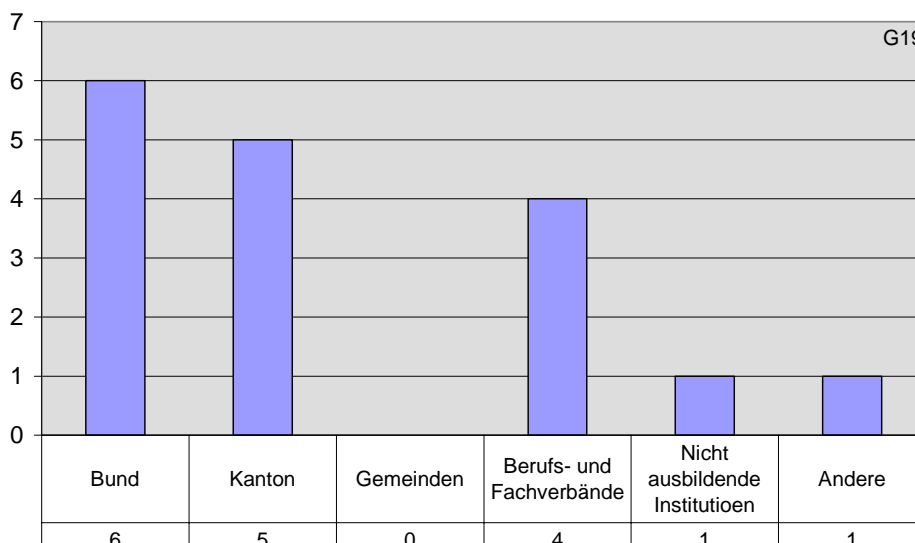
Folgende Bemerkungen werden gemacht:

- Regionaler Ausbildungsverbund ist anzustreben
- Im Raum Zentralschweiz besteht seit Herbst 2003 bereits ein Ausbildungsverbund (ZIGG Zentralschweizer Interessengemeinschaft Gesundheitsberufe), geschaffen von den Organisationen der Arbeitswelt (OdA) der sechs Zentralschweizer Kantone, umfassend Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Spitexorganisationen. (Präsident des ZIGG ist Thomas Aeschmann, Direktor des Spitals Schwyz). Ein kant. Ausbildungsverbund ist auf Grund des kleinen Kantonsgebietes wahrscheinlich nicht sinnvoll. Eventuell regional mit angrenzenden Kantonen absprechen und koordinieren.
- Regionaler oder deutschschweizerischer Ausbildungsverbund ist einem kantonalen Ausbildungsverbund vorzuziehen
- Ein kantonaler Verbund für Weiterbildung würde Sinn machen. Die Ausbildung muss regional erfolgen.

**Frage 19** möchte die Meinung der Gemeinden erfassen, wer sich an den Kosten der beruflichen Ausbildung beteiligen soll.

Grafik

**Kosten der beruflichen Ausbildung**



In den Bemerkungen ist zu lesen:

- Für die Ausbildung ist die Regelung der Kostentragung klar. Etwas anders ist es bei der Weiterbildung. Hier sind in erster Linie die Berufsleute und die Arbeitgeber und teils auch die Berufs- und Fachverbände gefordert, d.h. bei öffentlich-rechtlichen Institutionen in gewissem Rahmen allenfalls auch die Gemeinden
- Andere: zum Beispiel Stiftungen

**Frage 20** lautet: „Würden Sie eine gegenseitige Öffnung der Weiterbildungsangebote für Personen anderer Institutionen und Gemeinden begrüssen?“ Diese Frage wird von allen Gemeinden mit ja beantwortet.