



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

SCHLUSSBERICHT

Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri

Lucy Bayer-Oglesby¹, François Höpflinger², Paul Camenzind¹

¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

² Universitäres Institut Alter und Generationen (INAG)

Neuenburg, 4. Mai 2007

Abkürzungen

AH	Altersheim
AHB	Altersheimbetten
APH	Alters- und Pflegeheim
BESA	Bewohner/-innen Einstufungs- und Abrechnungssystem mit 5 Leistungsstufen (BESA 0 bis 4)
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
ESPOP, BFS	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes, BFS
HWS-Leistungen	Hauswirtschaftliche / sozialbetreuerische Leistungen
KLV-Leistungen	Leistungen aufgrund der Krankenpflegeleistungsverordnung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MedStat	Medizinische Statistik, BSF
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
PB	Pflegebetten
PH	Pflegeheim
SM-Statistik	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, BFS
Spitex	Spitalexterne Pflege
VZAE	Vollzeitäquivalent (gemäss Spitex-Statistik des BSV)

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	4
1 Einleitung	12
1.1 Ausgangslage	12
1.2 Zielsetzung	12
1.3 Arbeitsaufteilung	13
2 Methodisches Vorgehen	14
2.1 Analyse des Ist-Zustandes	14
2.1.1 Quantitative Beschreibung der (teil-)stationären Einrichtungen	14
2.1.2 Qualitative Interviews	14
2.1.3 Gesundheits- und Altersleitbild	15
2.2 Prognose der Zahl pflegebedürftiger und dementer Personen	16
2.2.1 Demografische Szenarien	16
2.2.2 Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen im Kanton Uri	19
2.2.3 Entwicklung der Zahl demenzkranker Menschen im Kanton Uri	23
2.2.4 Regionale Szenarien	25
2.3 Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen	26
2.3.1 Basisszenario	26
2.3.2 Sensitivitätsanalysen	26
2.4 Datenschutzregelungen	29
3 Aktuelle Situation in der Langzeitpflege	30
3.1 Quantitative Beschreibung der bestehenden (teil-)stationären Einrichtungen	30
3.1.1 Bettenangebot stationär	30
3.1.2 Bettenangebot teilstationär	32
3.1.3 Bewohner/-innen	32
3.1.4 Betreuung von Demenzen in Urner Alters- und Pflegeheimen	37
3.1.5 Spezielle Fragestellungen	37
3.1.6 Personal	39
3.2 Resultate der qualitativen Interviews	40
3.2.1 Beschreibung der aktuellen Situation	40
3.2.2 Einschätzung des künftigen Bedarfs	43
3.2.3 Spezifische Fragen	44
3.2.4 Weitere Resultate	47
3.2.5 Schlussfazit der qualitativen Interviews	47
3.3 Leitsätze aus dem Gesundheits- und dem Altersleitbild	48
3.3.1 Gesundheitsleitbild	48
3.3.2 Altersleitbild	48
3.3.3 Kernaussagen der Leitbilder	49
4 Demografische Entwicklungen und Perspektiven der Pflegebedürftigkeit im Kanton Uri 2000-2015/20	50

4.1	Szenarien zur Entwicklung der Zahl älterer Menschen im gesamten Kanton Uri ...	50
4.1.1	Resultate der kohortenbezogenen Szenarien.....	50
4.1.2	Vergleich des kohortenbezogenen Szenarios mit kantonalen Szenarien des BFS	52
4.2	Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen im Kanton Uri	53
4.3	Entwicklung der Zahl demenzkranker Menschen im Kanton Uri.....	54
4.4	Regionale Szenarien.....	56
4.4.1	Regionale und kommunale demografische Entwicklungen	56
4.4.2	Regionale und kommunale Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen 58	
5	Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen.....	61
5.1	Basisszenario	61
5.1.1	Abschätzung des Bedarfs für den Kanton Uri.....	62
5.1.2	Abschätzung des Bedarfs für die Regionen und Gemeinden.....	63
5.1.3	Stationäre Betreuung von Demenzen.....	64
5.2	Sensitivitätsanalysen	66
5.2.1	Potential Angehörigenpflege im Kanton Uri	66
5.2.2	Entwicklung des Spitex-Angebotes im Kanton Uri	67
5.2.3	Varianten des Basisszenario: Einfluss verschiedener Raten stationär Gepflegter 67	
6	Handlungsoptionen für die Urner Pflegeheimplanung 2008-2015	70
6.1	Voraussichtlicher Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri.....	70
6.1.1	Entwicklung auf Kantonsebene (inkl. Geriatrie KSU).....	70
6.1.2	Regionale Entwicklungen (ohne Geriatrie KSU).....	70
6.1.3	Einfluss der Rate stationär Gepflegter	71
6.1.4	Aufteilung in Altersheim- und Pflegeheimplätze.....	71
6.2	Spezifische Bedürfnisse der Demenzkranken	71
6.3	Formen der Langzeitpflege	72
6.3.1	Möglichst viele Betagte möglichst lange zu Hause	72
6.3.2	Rehabilitation/Übergangspflege und Rückkehr nach Hause.....	73
6.3.3	Rolle der Geriatrie am KSU.....	73
6.4	Koordination und Steuerung durch den Kanton.....	74
7	Referenzen.....	75
	Anhang 1	77
	Anhang 2	87
A 2.1	Gesprächsleitfaden	88
A 2.1	Liste der Interviewpartner/-innen.....	96

Executive Summary

Pflegeheimplanung 2008-2015

Gemäss Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)¹ sind die Kantone zur Führung einer Pflegeheimliste verpflichtet. Die heute geltende Pflegeheimliste des Kantons Uri basiert auf der Urner Pflegeheimplanung 2002 bis 2007 (GSUD, 2002). Das Obsan wurde vom Kanton Uri beauftragt, statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung im Kanton Uri ab 2008 zu erarbeiten.

Das vorliegende Mandat hat zum Ziel, ausgehend von einer Ist-Analyse und unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen, regional differenzierte statistische Grundlagen für die Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri für die Jahre 2008-2015 bereitzustellen. Der voraussichtlichen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Prävalenz von Demenz-Erkrankungen wird dabei Rechnung getragen. Als Ausblick werden Prognosen für das Jahr 2020 erstellt, die jedoch zu gegebener Zeit zu überprüfen sind.

Der vorliegende Bericht zeigt zudem Handlungsoptionen für die Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri auf. Diese können dem Kanton Uri als Entscheidungsgrundlage dienen und ihn beim politischen Prozess der Festlegung einer neuen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG unterstützen.

Urner Alters- und Pflegeheime in Zahlen

Bettenangebot

Per 31. 12. 2005 werden 484 Betten in Urner Alters- und Pflegeheimen ausgewiesen. Dies sind 35 Betten (8%) mehr als im Jahr 2000. Die grösste Zunahme geht dabei auf die Eröffnung der Pflegewohngruppe Höfli mit 18 Betten im Jahr 2003 zurück. Nicht mitgerechnet sind dabei die 43 Pflegeplätze der Geriatrieabteilung des Kantonsspitals Uri.

Ab 2007 nimmt das Bettenangebot in den Urner Alters- und Pflegeheimen wesentlich zu, und zwar von 484 im Jahr 2005 auf 561 (plus 77). Dies ist vor allem auf die Neueröffnung des Alters- und Pflegeheimes Rüttigarten in Schattdorf im Frühjahr 2007 zurückzuführen.

Inklusive Geriatrie KSU werden im Kanton Uri ab ca. Mitte 2007 604 Alters- und Pflegeheimbetten zur Verfügung stehen. Davon sind 9 Plätze ständige Ferienbetten. Von den 595 Dauerplätzen sind 21 aufgrund der Infrastruktur nur als Altersheimbetten nutzbar und 574 könnten aufgrund der Infrastruktur als Pflegebetten genutzt werden (der Personalbestand müsste angepasst werden).

Ab 2007 werden im Kanton Uri insgesamt 57 geschützte Plätze für Betagte mit Demenz in Betrieb sein. Die Plätze sind insbesondere für Demenzkranke mit Bewegungsdrang und Weglaufgefährdung konzipiert und sind auf 4 Institutionen verteilt.

Bewohner/-innen

Im Jahr 2005 lebten rund 500 Urner/innen in einem Alters- und Pflegeheim in der Schweiz. Davon waren rund 385 leicht bis stark pflegebedürftig. Die Urner Alters- und Pflegeheime weisen in den Jahren 2000-2005 eine Belegung von rund 99 Prozent auf. Mit einem Anteil von 70 Prozent leben deutlich mehr Frauen als Männer in Urner Alters- und Pflegeheimen.

¹ SR 832.10

Die über 80 Jährigen sind im Jahr 2005 mit 403 Bewohner/-innen (84 Prozent) die deutlich grösste Gruppe.

Einschätzungen der Urner Akteure in der Langzeitpflege

Unter den Urner Akteuren in der Langzeitpflege scheint es unbestritten zu sein, dass die Zahl der Pflegebedürftigen sowie deren Ansprüche künftig steigen werden. Die Zunahme muss indes nicht unweigerlich auch einen Anstieg von Pflegeplätzen in Heimen bedeuten. Der Ausbau der ambulanten Dienstleistungen, die Aufwertung und der koordinierte Einsatz von Freiwilligenarbeit sowie eine vielfältig gestaltete Prävention könnten eine kostengünstige Alternative zu Pflegeheimplätzen sein und die individuellen Bedürfnisse der künftigen Pflegebedürftigen besser befriedigen. Diese Anregungen von Interviewpartner/innen verdienen daher eine vertiefte Reflektion.

Bei den Gesprächen fiel auf, dass die Meinungen hinsichtlich der optimalen Betreuungsform für die Pflegebedürftigen divergieren. Es scheint eine Diskussion darüber zu geben, ob diese durch spezialisierte stationäre Angebote oder im Gegenteil mittels einer möglichst guten Durchmischung verschiedener Krankheitsbilder in einem Heim oder auf einer Abteilung sichergestellt ist.

Kernaussagen Gesundheitsleitbild 2003 und Altersleitbild 2005

Die Leitsätze des Gesundheits- und des Altersleitbildes geben die Grundzüge der strategischen Ausrichtung der neuen Pflegeheimplanung vor und können im Wesentlichen zu drei Kernaussagen zusammengefasst werden:

1. Durch die Förderung von Spitex-Leistungen und Entlastungsangeboten ist der Eintritt in ein Pflegeheim so lange wie möglich zu verhindern
2. Kann die Pflege nicht mehr ambulant gewährleistet werden, sollen genügend stationäre Langzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen
3. Die stationären und ambulanten Angebote der Langzeitpflege werden koordiniert

Demografische Szenarien für den Kanton Uri

Demografische Szenarien zur Entwicklung der betagten Bevölkerung im Kanton Uri werden für die Zeitperiode 2000 bis 2015/2020 für den Gesamtkanton, für die Regionen und die Gemeinden erstellt. Die Szenarien beziehen sich auf die Bevölkerung von 65 Jahren und älter. Ein zentraler Parameter der kohortenbezogenen Szenarien ist die Überlebenswahrscheinlichkeit ausgewählter Jahrgänge, die so genannte kohortenspezifische Überlebensordnung. Damit kann der Prozentanteil von Frauen und Männern in gegebenen Geburtsjahrgängen berechnet werden, die in den folgenden Jahren noch leben. Kohortensterbetafeln bilden den generationenbedingten Wandel der Lebenserwartung ab. Sie sind robust gegenüber Einzelereignissen (z.B. Grippeepidemie).

Da die Zielbevölkerung (Betagte in den Jahren 2005-2020) bereits geboren ist, spielt die (aktuelle) Geburtenrate für unsere kohortenbezogenen Szenarien keine Rolle. Bei den Szenarien für den Kanton Uri berücksichtigen wir kantonal und kommunal nur zwei demografische Grössen: erstens die Ausgangsbevölkerung nach Alter und zweitens die Überlebenswahrscheinlichkeit dieser Menschen bis zum Jahre 2020.

Tabelle I zeigt die Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung im gesamten Kanton Uri gemäss der geschlechts- und kohortenspezifischen Umrechnung der kohortenbedingten Überlebensordnung bis 2020. Da sich eine Migrationskorrektur kaum auf die Schätzwerte für Pfl-

gebedürftige auswirkt, wurden für die weiteren Analysen Zahlen ohne Migrationskorrektur verwendet.

Tabelle I: Demografische Szenarien zur Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung im Kanton Uri, 2000 bis 2020

Altersklassen	Wohnbevölkerung insgesamt				
	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	1'504	1'505	1'838	2'009	2'131
70-74	1'378	1'370	1'386	1'707	1'874
75-79	1'263	1'189	1'198	1'220	1'508
80-84	850	981	931	959	990
85-89	487	549	658	643	667
90-94	188	230	275	340	351
95+	26	59	85	110	148
65+	5'696	5'883	6'371	6'988	7'669
85+	701	838	1'018	1'093	1'166

Grundlage: Umrechnung der kohortenspezifischen Überlebensordnung. Basis: Kohortensterbetafeln für die Schweiz, BFS 1998, Wohnbevölkerung gemäss Volkszählung 200, BFS. Ohne Berücksichtigung von Aus- und Einwanderungsbewegungen. Analyse: F. Höpflinger.

Pflegebedürftige und Demenzkranke heute und in Zukunft

In einem nächsten Schritt wurden die (altersspezifischen) Zahlen älterer pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen für das Jahr 2000 sowie die Entwicklung gemäss Kohortenumrechnung für den gesamten Kanton Uri bis zum Jahr 2020 berechnet. Anzumerken ist, dass die Zahl pflegebedürftiger älterer und demenzkranker Menschen unabhängig vom Wohnort (zu Hause oder stationär in Alters- und Pflegeheimen) angegeben wird.

Bei den Pflegebedürftigen sind die Zahlen klar ansteigend, und ohne Veränderung der aktuellen Risiken, pflegebedürftig zu werden, kann sich die Zahl der älteren Pflegebedürftigen von 730 im Jahr 2005 bis 2015 auf 850 und bis 2020 auf gut 920 Personen erhöhen. Dies ist allerdings ein eher pessimistisches Szenario. Wird von einer moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeit ausgegangen, ergeben sich mit 790 Personen im Jahr 2015 deutlich geringere Werte. Zumindest eine moderate Reduktion des Risikos einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit ist einerseits aufgrund des Generationenwandels des Alters (besser gestellte Generationen mit weniger harten Arbeitsbiographien kommen ins Alter) und andererseits aufgrund sozio-medizinischer Fortschritte wahrscheinlich.

Die Zahl demenzkranker älterer Menschen wird zwischen 2005 und 2020 wahrscheinlich von 480 auf rund 560 Personen ansteigen (d.h. eine Zunahme von 60-80 betroffener Personen innert 15 Jahre). Ohne medizinischen Fortschritt könnten in einem pessimistischen Szenario im Jahr 2020 sogar 630 demenzkranke Personen im Kanton Uri leben. Dies ist jedoch eher unwahrscheinlich.

Zukünftiger Bedarf an Pflegeheimplätzen

Den Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri in den Jahren 2008-2015 bestimmen massgeblich zwei Faktoren: die Anzahl Pflegebedürftiger und welcher Anteil davon stationär gepflegt werden wird. Für das Basisszenario wird ein Anteil von 54 Prozent stationär gepflegter älterer Pflegebedürftigen angenommen, entsprechend der Rate stationär Gepflegter im Kanton

Uri im Jahr 2005². Zudem gehen wir von einer weiterhin hohen Bettenauslastung (100 Prozent) aus, da die Geriatrie am KSU eine Pufferfunktion ausübt.

Tabelle II schätzt den Bedarf an Pflegeheimplätzen für den Kanton Uri für die Jahre 2010, 2015 und, als Ausblick, für das Jahr 2020. Mit der aktuellen Pflegebedürftigkeitsquote ergibt sich wahrscheinlich eine Zunahme des Bedarfs auf knapp 430 Pflegeplätze bis 2010 und auf knapp 460 Plätze bis 2015. Mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote verzögert sich nach 2010 der prognostizierte Anstieg um rund 5 Jahre.

Tabelle II: Schätzung stationär betreuter, über 65 Jähriger Pflegebedürftiger, im Kanton Uri, seinen Regionen und Gemeinden, 2005 bis 2020, mit Rate stationär 0.54

	mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote				mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote	
	2005	2010	2015	2020*	2015	2020*
Kanton Uri (Kohortenumrechnung)	393	427	458	498	427	464
Regionen und Gemeinden (Summe)**	390	421	453	492	423	461
Talboden	195	212	230	253	214	237
Aldorf	113	119	121	126	113	118
Attinghausen	11	15	17	18	15	17
Flüelen	21	22	22	24	21	23
Seedorf	9	11	15	19	14	18
Schattdorf	39	45	53	65	51	61
Äussere Seegemeinden	17	19	21	22	20	22
Bauen	2	2	2	3	2	3
Isenthal	6	6	6	6	5	6
Seelisberg	8	8	9	9	8	8
Sisikon	3	3	4	4	3	4
Urserental	23	24	26	27	25	25
Andermatt	18	19	20	21	18	19
Hospental	3	3	3	3	2	2
Realp	2	2	2	3	2	3
Mittl. & ob. Reusstal	104	111	116	123	109	114
Erstfeld	55	59	61	65	57	62
Göschenen	6	7	8	9	8	8
Gurtellen	10	11	10	10	10	10
Silenen	23	26	28	30	26	28
Wassen	9	8	8	8	8	8
Schächental	51	54	60	66	56	63
Bürglen	38	41	44	48	42	45
Spirigen	8	9	9	10	9	9
Unterschächen	5	5	7	8	6	8

*Ausblick. ** Rundungsdifferenz von 3-6 Personen zu Kanton Uri. Analyse: Höpflinger/Obsan

Anmerkungen zu Tabelle II:

Je kleiner eine Gemeinde, desto stärker können ‚Zufallsschwankungen‘ und Einzelereignisse mitspielen, wodurch die tatsächlichen Zahlen deutlich von den obigen Szenarien abweichen können. Bei sehr kleinen Gemeinden können bereits kleine Abweichungen von um die 5 Personen zu einer Verdoppelung oder Halbierung der Zahl Pflegebedürftiger führen. Gemäss dem statistischen Gesetz der ‚grossen Zahl‘ sind Szenarien bei grösseren Gemeinden relativ zuverlässiger als bei kleinen Gemeinden. Bei kleinen Gemeinden können zudem Migrationseffekte relativ starke Effekte aufweisen, z.B. Bau einer Seniorenresidenz in einer kleinen Gemeinde kann die Altersverteilung der Bevölkerung rasch und deutlich verändern.

² Rate stationär Gepflegte 2005 = Anzahl Bewohner/-innen in APH mit BESA 2-4 im Jahr 2005 / Anzahl Pflegebedürftige total im Jahr 2005

Im nächsten Schritt wird die Bilanz gezogen zwischen der Anzahl Pflegebetten ab 2007 und der geschätzten Anzahl stationär zu Pflegenden in den Jahren 2010, 2015 und, als Ausblick, 2020 (Tabelle III). Auf Kantonsebene zeichnet sich gemäss Basisszenario bis 2020 kein Mangel an Pflegebetten ab. Unter Nutzung der bereits heute als Pflegeplätze vorgesehenen Betten ergibt sich bis 2015 eine praktisch ausgeglichene Bilanz. Bis 2020 zeichnet sich mit den bereits heute geplanten Pflegebetten ein Mangel von 25 Betten ab. Bei gleich bleibenden Pflegebedürftigkeitsquoten könnte dieser Bedarf durch die Umnutzung für die Pflege zusätzlich nutzbaren Altersheimbetten gedeckt werden. Bei einer leichten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten würde sich dies erübrigen.

Sensitivitätsanalysen bestätigen, dass die Verteilung stationär/ambulant einen starken Einfluss auf den Bedarf an Pflegeheimplätzen und entsprechend auf die Pflegebettenbilanz hat. Bereits eine Reduktion der stationären Pflege von heute 54 auf 50 Prozent würde sogar bei einem pessimistischen Szenario keinen Ausbau der stationären Pflegestrukturen erfordern. Auf Kantonsebene würde sogar ein Überschuss an Pflegebetten resultieren. Umgekehrt würde eine starke Verlagerung in den stationären Bereich bereits 2015 eine zusätzliche Umnutzung von Altersheim- in Pflegebetten erfordern.

Regionale Perspektiven

In der bevölkerungsreichsten Region Talboden steigt der Bedarf an Pflegebetten voraussichtlich am stärksten an, und zwar auf 212 Pflegebetten im Jahr 2010 und auf 230 im Jahr 2015 (Tabelle II). Auch im mittleren und oberen Reusstal sowie im Schächental wird eine Zunahme prognostiziert, während in den äusseren Seegemeinden und im Urserental die Zahl stationär betreuter Pflegebedürftiger eher stagnieren dürfte. Dies insbesondere bei reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten.

Die Pflegebettenbilanz in den Regionen fällt unterschiedlich aus (Tabelle III). In Bezug auf das Pflegebettenangebot können das Schächental sowie das mittlere und untere Reusstal unter der Annahme einer reduzierten Pflegebedürftigkeitsquote und mit den für die Pflege umnutzbaren Altersheimbetten voraussichtlich bis 2015 den eigenen Pflegebettenbedarf abdecken.

Die Region Talboden und die äusseren Seegemeinden sollten gemeinsam betrachtet werden, da Betagte aus den Seegemeinden in der Realität Plätze im Talboden (vor allem im Urner Pflegeheim, Flüelen) beanspruchen. Durch Nutzung eines Teils der zu Pflegebetten umnutzbaren Altersheimbetten könnte in diesen zwei Regionen dem sich ab 2015 abzeichnende Mangel an Pflegebetten begegnet werden. In der Enklave Seelisberg werden voraussichtlich in den Jahren 2010 bis 2020 jeweils etwas weniger als 10 Betagte stationäre Pflege benötigen.

Im Urserental zeichnet sich für den gesamten Prognosezeitraum ein Mangel von 2-5 Pflegebetten ab. Dieser kann regional nicht durch die Umnutzung von Altersheimbetten ausgeglichen werden. Er würde auch durch reduzierte Pflegebedürftigkeitsquoten nicht beseitigt. Hingegen könnte eine allfällige Abwanderung vom Oberland ins Unterland von Personen bei Erreichen des Pensionsalters die Situation eventuell entschärfen.

Tabelle III: Pflegebettenangebot BESA 2-4 (PB geplant/ als PB nutzbar), Pflegebettenbedarf BESA 2-4 und Bilanz, 2010-2020, Kanton Uri, mit Rate stationär 0.54

	Angebot		Bedarf					Differenz Positive Zahl: Bettenüberschuss; Negative Zahl: Bettenmangel									
	PB per 2007 geplant (BESA 2-4)	Max. als PB nutzbar (BESA 2-4)	mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote			mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote		mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote				mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote					
			2010	2015	2020*	2015	2020*	2010		2015		2020*		2015		2020*	
								PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar
Total Kanton Uri	473	574	427	458	498	427	464	46	147	15	116	-25	76	46	147	9	110
Geriatric, KSU	43	43															
Total Regionen**	430	531	421	453	492	423	461	9	110	-23	78	-62	39	7	108	-31	70
Talboden	249	326	212	230	253	214	237	37	114	19	96	-4	73	35	112	12	89
Pflegewohngr. Höfli, Altdorf	20	20															
APH Rosenberg, Altdorf	86	144															
Urner AH, Flüelen	36	55															
Seerose, Flüelen	25	25															
APH Rüttigarten, Schattdorf	82	82															
Aeuss. Seegemeinden	0	0	19	21	22	20	22	-19	-19	-21	-21	-22	-22	-20	-20	-22	-22
AH, Seelisberg	0	0															
Urserental	22	22	24	26	27	25	25	-2	-2	-4	-4	-5	-5	-3	-3	-3	-3
BPH Ursern, Andermatt	22	22															
Mittl. und ob. Reusstal	99	119	111	116	123	109	114	-12	8	-17	3	-24	-4	-10	10	-15	5
BPH Ob. Reusstal, Wassen	22	42															
BPH Spannort, Erstfeld	77	77															
Schächental	60	64	54	60	66	56	63	6	10	0	4	-6	-2	4	8	-3	1
APH Gosmergartä, Bürglen	60	64															

*Ausblick, **Rundungsdifferenz von 3-6 Personen zu Kanton Uri (vgl. Tabelle II), wenn 43 Betten am KSU berücksichtigt werden.

Quelle: BFS 1998, Menthonnex 2006, Volkszählung BFS 2000, BFS 2007, Alters- und Pflegeheime Kanton Uri, Befragung 2006, Petrucci, 2007.

Analyse: Obsan/Höpflinger

Handlungsoptionen für die Urner Pflegeheimplanung 2008-2015

Voraussichtlicher Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri

- Der Bedarf an stationären Pflegeplätzen ist auf Kantonsebene *gemäss Basisszenario* mit den per Ende 2007 zur Verfügung stehenden Pflegebetten und einer weiterhin sehr hohen Bettenauslastung bis 2015 voraussichtlich gedeckt.
- Ab 2020 könnte sich ein Mangel abzeichnen, der jedoch unter Nutzung von als Pflegeplätze nutzbaren Altersheimbetten aufgefangen werden könnte. Da zudem längerfristig eher von einem moderaten Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquote ausgegangen werden kann, kann wahrscheinlich auch längerfristig mit einem ausreichenden Bettenangebot gerechnet werden.
- Somit zeichnet sich zumindest für die nächsten 10 Jahre kein Bedarf an baulichen Neuprojekten ab. Für 2020 muss die Situation zu gegebener Zeit mit neuen Zahlen (Volkszählung 2010) überprüft werden.
- Die Pufferfunktion der Geriatrie am KSU sollte erhalten werden, da die APH in den Regionen voraussichtlich den Bedarf an Pflegebetten nicht autonom decken können. Dies mit den heute geplanten Pflegebetten und selbst bei reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten.

Einfluss der Rate stationär Gepflegter

- Die Rate der stationär Gepflegten hat wahrscheinlich den grössten Einfluss auf die Pflegebettenbilanz. Die Sensitivitätsanalysen weisen auf ein Potential von Angehörigenpflege im Kanton Uri hin, das durch entsprechenden Ausbau von Spitex- und Entlastungsangeboten noch besser genutzt werden könnte. Damit könnte vermutlich ein Verhältnis stationär/ambulant von 50/50 erreicht werden. Möglichkeiten zur Förderung ambulanter Angebote sollten deshalb berücksichtigt werden.

Aufteilung in Altersheim- und Pflegeheimplätze sowie geschützte Plätze

- Eine Umwandlung sämtlicher Betten in den Urner APH in Pflegebetten scheint uns nicht sinnvoll. Es gibt auch soziale Indikationen für einen Eintritt in ein APH, z.B. bei Vereinsamung oder Abgeschiedenheit. Durch eine Regelung strikt nach BESA-Stufe wären keine individuellen Lösungen mehr möglich. Die Szenarien zum Bedarf an Pflegebetten im Kanton Uri lassen genügend Spielraum, Altersheimbetten weiterhin zuzulassen.
- Es ist sehr schwierig, den Bedarf an stationären Plätzen für demente Betagte im Kanton Uri abzuschätzen. Der Bedarf an spezifischen, geschützten Plätzen für Demenzkranke kann aufgrund der Literatur und des uns vorliegenden Materials nicht beziffert werden. Hingegen können die Akteure in der Langzeitpflege im Kanton Uri zur Zeit keinen zusätzlichen Bedarf an einer oder mehreren Wohngruppen für demente Betagte ausmachen.

Formen der Langzeitpflege

- Möglichst viele Betagte sollen möglichst lange zu Hause wohnen können. Dieser Leitsatz entspricht sowohl den Grundsätzen des Urner Altersleitbildes als auch der überwiegenden Meinung der Urner Akteure in der Langzeitpflege.
- Durch professionelle Präventionsangebote und gesundheitsfördernde Massnahmen für die (noch) gesunde ältere Bevölkerung könnte auf kosteneffiziente Weise die Selbständigkeit im Alter länger erhalten bleiben und Pflegeheimeintritte verhindert oder zumindest verzögert werden (Blozik, E., Meyer, K. et al.):

- Damit vermehrt auch pflegebedürftige Betagte zu Hause leben können – realistisch erscheint ein Anteil von 50 Prozent zu Hause Gepflegten - sind eine vermehrte Koordination und der Ausbau verschiedener Unterstützungsangebote, insbesondere für Angehörige, notwendig.
- Der Kanton Uri weist zu wenig und zu unterschiedliche Fälle auf für ein umfassendes, eigenes Angebot an Übergangspflege. Damit ein Aufenthalt im Akutspital für möglichst viele Urner Betagte nicht einen Heimeintritt nach sich zieht, wäre eine optimale Nutzung und Koordination von vorhandenen und evtl. zu ergänzenden Ressourcen nötig. Dies könnte ein Übergangsassessments nach der Akutphase oder ein Alltags- und Wohntraining im Anschluss an die medizinische Rehabilitation sein.

Zukünftige Rolle der Geriatrie am KSU

- Die Geriatrie am KSU hat heute vor allem eine Pufferfunktion für Patient/-innen, die nach einem Aufenthalt im Akutspital auf einen Pflegeheimplatz warten. Die Weiterführung dieser Funktion erscheint sinnvoll. Sie ermöglicht den Alters- und Pflegeheimen eine hohe Auslastung, da sie Pflegebetten nicht für dringende Fälle freihalten müssen.
- Eine ergänzende Aufgabe für die Geriatrie am KSU könnte das Angebot eines systematischen Übergangsassessments am Ende der Akutphase von Betagte Patient/-innen sein. Es wäre auch denkbar, dass ein Alltags- und Wohntraining an der Geriatrie am KSU angesiedelt werden könnte.

Koordinations- und Steuerungsfunktion des Kantons

- Die von einigen Akteuren angeregte, verstärkte Rolle des Kantons Uri auf der Steuerungsebene könnte geprüft werden. Eine kantonale „Stelle für das Alter Uri“ könnte folgende Funktionen übernehmen:
 - Primär Koordination und Steuerung der Pflegeheimplätze und der geschützten Plätze für Demenzkranke
 - Anlaufstelle für die Bevölkerung bei sozialen und gesundheitlichen Fragen des Alters
 - Koordination und Vermittlung der Freiwilligenarbeit für die betagte Bevölkerung

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Das Obsan hat am 20. April 2006 vom Kanton Uri die Anfrage erhalten, statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung im Kanton Uri ab 2008 zu erarbeiten. Die heute geltende Pflegeheimliste des Kantons Uri basiert auf der Urner Pflegeheimplanung 2002 bis 2007 (GSUD, 2002). Gemäss Art. 39 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG)³ sind die Kantone zur Führung einer Pflegeheimliste verpflichtet.

In der geltenden Pflegeheimliste werden die Einrichtungen genannt, welche zugelassen werden, Leistungen gemäss KVG zu erbringen (Art.1). Die Pflegeheimliste legt zudem fest, welcher Anteil des Bettenbestandes als Pflegeplätze anerkannt wird (Art.2). Des Weiteren werden die Qualitätssicherung und die Bedarfsdeckung im stationären Bereich geregelt (Art.3). Die neue Pflegeheimplanung 2008-2015 des Kantons Uri soll neben der Revision der Pflegeheimliste als Planungsgrundlage für die Gemeinden zur Festlegung des Angebotes an Pflegeplätzen dienen.

Demografische Prognosen sind eine wesentliche Komponente der Schätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegeheimplätzen. Die kantonalen demografischen Szenarien des BFS (BFS, 2004, 2007) dienen als Referenz und werden mit dem kohortenspezifischen Ansatz verglichen. Dies analog zur Studie „Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Zug 2000-2015“ (Höpflinger, F., 2005). Unterschiede zwischen den demografischen Prognosen im Fachbericht zum Altersleitbild Uri 2005 (GSUD, 2005) und jenen der Urner Pflegeheimplanung 2002-2007 (GSUD, 2002) werden diskutiert.

Die Gesundheits-, Sozial und Umweltdirektion des Kantons Uri hat im Jahr 2003 ein Gesundheits- (GSUD, 2003) und im Jahr 2005 ein Altersleitbild (GSUD, 2005a, 2005b) für den Kanton Uri erarbeitet. Im Dezember 2005 hat der Urner Regierungsrat eine Alterskommission eingesetzt, mit dem Auftrag, Massnahmen zur Umsetzung des Altersleitbildes vorzuschlagen. Die Gesundheits- und Altersleitbilder basieren auf einer umfassenden Ist-Analyse und beschreiben die strategischen Ziele des Kantons im Bereich Gesundheit resp. Alter. Diese sollen in die neue Pflegeheimplanung angemessen einfließen. Mit Bezug auf das Altersleitbild 2005 wurde im September 2006 im Landrat Uri eine Motion betreffend Kantonsbeiträge für betreute Alterswohnungen und neue Wohnformen für das Wohnen im Alter eingereicht. Der Regierungsrat hat am 21. November 2006 die Motion als nicht erheblich erklärt.

1.2 Zielsetzung

Das Mandat hat zum Ziel, ausgehend von einer Ist-Analyse und unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie von Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Alters- und Pflegeheimen, regional differenzierte statistische Grundlagen für die Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri für die Jahre 2008-2015/2020 zu erarbeiten. Der voraussichtlichen Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der Prävalenz von Demenz-Erkrankungen wird dabei Rechnung getragen. Die Prognosen für das Jahr 2020 sind als Ausblick zu verstehen und sind zu gegebener Zeit mit aktuelleren Zahlen (Volkszählung 2010, neue Erhebung bei den Alters- und Pflegeheimen) zu überprüfen.

Neben der Erarbeitung der statistischen Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri zeigt der vorliegende Bericht Handlungsoptionen für die Pflegeheimplanung auf.

³ SR 832.10

Diese können dem Kanton Uri als Entscheidungsgrundlage dienen und ihn beim politischen Prozess der Festlegung einer neuen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG unterstützen.

1.3 Arbeitsaufteilung

Der vorliegende Bericht wurde im Auftrag des Kantons Uri gemeinsam vom Obsan und dem INAG, unter Beizug der Expertise von Interface für die qualitativen Interviews, erarbeitet. Das Obsan hat dabei die Gesamtkoordination übernommen und war für die Kapitel 1 und 3 hauptverantwortlich. Das INAG zeichnet hauptverantwortlich für Kapitel 4. Die Kapitel 2, 5 und 6 wurden gemeinsam vom Obsan und vom INAG bearbeitet.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Analyse des Ist-Zustandes

In der Ist-Analyse wird das bestehende Angebot der kantonalen Institutionen der Langzeitpflege quantitativ und qualitativ dargestellt. Für die quantitative Beschreibung werden primär Indikatoren aus der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen des BFS (SM-Statistik) herangezogen. Für die qualitative Analyse werden die Meinungen der kantonalen Akteure im Bereich der Langzeitpflege älterer Personen mittels Leitfadeninterviews eingeholt.

2.1.1 Quantitative Beschreibung der (teil-)stationären Einrichtungen

Zur quantitativen Beschreibung des Angebots und der Inanspruchnahme der stationären Langzeitpflege im Kanton Uri werden Indikatoren zum Bettenbestand, zu den Bewohner/-innen, zum Personalbestand und zur Infrastruktur berücksichtigt. Primär werden die Indikatoren der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SM-Statistik, BFS 2000-2006) und der medizinischen Statistik (MedStat, BFS, 2000-2006) entnommen oder vom Amt für Gesundheit des Kantons Uri bezogen (Petruzzi, 1999-2006). Fehlende relevante Daten zum Bettenangebot sowie der Umfang teilstationärer Angebote (Tagesklinik Pro Senectute) wurden im Rahmen der qualitativen Interviews ergänzt.

Die Definitionen der ausgewählten Indikatoren zur quantitativen Beschreibung des bestehenden Angebotes, die Datenquellen, -produzenten, -lieferanten- und -benutzer sowie die Datenschutzregelungen sind im Detail im Anhang 1 (Tabelle A1.1) beschrieben.

2.1.2 Qualitative Interviews

Es wurden vor Ort semidirektive, persönliche Interviews mit den Urner Akteuren in der Langzeitpflege durchgeführt. Mit den Interviews wurden drei Ziele verfolgt:

- Einbezug der kantonalen und kommunalen Akteure der Langzeitpflege in den Prozess der Pflegeheimplanung, um diese bei den wichtigen Akteuren möglichst breit abzustützen.
- Sammeln von Meinungen, Einschätzungen, Prognosen, Stimmungen, Befürchtungen der Dienstleistungsanbieter.
- Ergänzung der quantitativen Indikatoren der Ist-Analyse durch qualitative Daten.
- Erhebung von Informationen zu spezifischen, offenen Fragen in der Pflegeheimplanung im Kanton Uri:
 - Was soll/kann die Rolle der Geriatrieabteilung am KSU heute und in Zukunft sein?
 - Bedarf/Möglichkeiten/Formen der Übergangspflege.
 - Betreuungsformen für demente Betagte.

Bereits im Jahr 2001 wurden im Rahmen der Pflegeheimplanung 2002-2007 die im Bereich Langzeitpflege relevanten Akteure befragt. Die neue Befragung soll den aktuellen Stand (2006) sowie die Einschätzung der Entwicklung in den nächsten 5 Jahren erfassen.

Gesprächsleitfaden

Das Obsan hat in Absprache mit dem Amt für Gesundheit des Kantons Uri und aufgrund der Urner Pflegeheimplanung 2002-2007 (GSUD, 2002), des Altersleitbildes für den Kanton Uri 2005 (GSUD, 2005a, 2005b), des Gesundheitsleitbildes für den Kanton Uri 2003 (GSUD,

2003) sowie der Pflegeheimplanung des Kantons Luzern 2004 (GSD, 2004) einen Themenkatalog zusammengestellt. Auf der Basis dieses Themenkataloges erarbeitete Interface einen Gesprächsleitfaden (Anhang 2, A2.1). Der Themenkatalog wurde auch den Interviewpartner/innen im Vorfeld der Gespräche zugeschickt.

Interviewpartner/-innen

Die Auswahl der zu befragenden Personen wurde von den Verantwortlichen für die Pflegeheimplanung des Kantons Uri getroffen. Insgesamt wurden 14 Interviews durchgeführt mit Vertreter/-innen sämtlicher stationärer Einrichtungen gemäss Pflegeheimliste 2002 des Kantons Uri sowie des Altersheims Seelisberg (9 Alters- und Pflegeheime; Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf; Kantonsspital Uri, Altdorf, Geriatrieabteilung). Zudem wurden die Dienstleistungserbringer ambulanter Angebote befragt Dies sind Spitex Uri, Pro Senectute Uri (Tagesheim, Mahlzeitendienst) sowie SRK-Uri, Altdorf (Entlastungsdienst, Fahrdienst, Notruftelefon). In Bezug auf die Anbieter von stationären Pflegeplätzen handelt es sich um eine Vollerhebung, was repräsentative Resultate ermöglichte. Mit zwei Ausnahmen nahmen mindestens zwei Personen je Institution am Interview teil. Die Gesprächspartner/-innen sind im Anhang 2 (A2.2) aufgeführt.

Verlauf

Alle geplanten Gespräche wurden im Zeitraum von Mitte Dezember 2006 bis Mitte Januar 2007 von C. Furrer (Interface), L. Bayer-Oglesby (Obsan) und P. Camenzind (Obsan) durchgeführt. In mehreren Fällen nahmen mehr als zwei Personen am Interview teil, es mussten somit eigentliche Gruppengespräche geführt werden. Diese haben den Vorteil, dass vertiefte Informationen gesammelt werden können. Der Nachteil besteht jedoch darin, dass sich meist nicht alle Gesprächspartner/innen gleich aktiv ins Gespräch einbringen. Zumindest bei einem Gespräch konnte dies beobachtet werden.

Die Befragten zeigten sich in den Gesprächen sehr engagiert. Sie schätzten es, dass sie durch die Interviews in die Pflegeheimplanung miteinbezogen wurden, auch wenn die Terminierung der Gespräche kurzfristig ausfiel.

Auswertung

Die Gespräche wurden auf der Basis der Protokolle und mit Unterstützung von Tonbandaufnahmen durch das Obsan transkribiert. Die Antworten wurden dabei nicht nach den befragten Personen aufgeschlüsselt, sondern pro Dienstleister. Interface wertete darauf die Protokolle systematisch, in Anlehnung an Mayring (2000), aus und erstellte einen Kurzbericht. Zwischen den Antworten der stationären und der ambulanten Dienstleistern wurde dabei nur unterschieden, wenn sie divergierten. Eine Zusammenfassung der Resultate wird im Abschnitt 3.2 präsentiert.

2.1.3 Gesundheits- und Altersleitbild

Das Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri (GSUD, 2003) geht von der Beschreibung des Ist-Zustandes aus und formuliert Leitsätze für die verschiedenen Bereiche des Gesundheitswesens, darunter die Langzeitpflege. Für die Pflegeheimplanung relevante Punkte werden aufgezeigt und in die vorliegende Arbeit einbezogen.

Das Altersleitbild Uri (GSUD, 2005) definiert die strategische Ausrichtung der Urner Alterspolitik für die Jahre 2005-2015. Ausgangspunkt für die Leitbildentwicklung war die Beschreibung und Beurteilung des Ist-Zustandes anhand von Ideen, Bedürfnissen und Wünschen der älteren Urner Bevölkerung zum Leben im Alter. Die für die Pflegeheimplanung relevanten Leitsätze des Altersleitbildes werden rekapituliert und in die vorliegende Ist-Analyse einbezogen.

2.2 Prognose der Zahl pflegebedürftiger und dementer Personen

Demografische Szenarien zur Entwicklung der betagten Bevölkerung im Kanton Uri werden für die Zeitperiode 2000 bis 2015/2020 für den Gesamtkanton, für die Regionen und die Gemeinden erstellt. Die Prognosen für das Jahr 2020 sind als Ausblick gedacht und sollten zu gegebener Zeit mit aktuellen Zahlen (Volkszählung 2010) neu berechnet werden. Die Szenarien beziehen sich auf die Bevölkerung von 65 Jahren und älter. Dasselbe gilt für die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen und der Zahl demenzkranker Menschen. Demenzerkrankungen stellen im Alter eine bedeutsame und pflegerisch besonders anspruchsvolle Alterskrankheit dar.

Datengrundlagen für die demografischen Prognosen sind die kantonalen demografischen Szenarien (BFS, 2004; 2007), die Volkszählung 2000 (BFS) und Kohortensterbetafeln (BFS, 1998 und Menthonnex, J. 2006). Quoten der Pflegebedürftigkeit sowie Prävalenzen von Demenzerkrankungen beruhen auf epidemiologische Schätzungen (Höpflinger, F. and Hugentobler, V., 2003). Die Definitionen der ausgewählten Parameter zu Demografie und Pflegebedürftigkeit, die Datenquellen, -produzenten, -lieferanten- und -benutzer sowie die Datenschutzregelungen sind im Detail in im Anhang 1 (Tabelle A1.2) beschrieben.

2.2.1 Demografische Szenarien

Die Entwicklung der Wohnbevölkerung und die Altersstruktur eines Kantons oder einer Gemeinde werden durch drei demografische Faktoren bestimmt (vgl. Höpflinger 1997):

- a) Geburtenentwicklung: Zahl der Geburten pro 100 Frauen sowie Alter der Frauen bei der Erstgeburt und Geburtenabstände.
- b) Altersspezifische Aus- und Einwanderung bzw. Netto-Wanderungsbilanz (Einwanderungen minus Abwanderungen in den jeweiligen Altersgruppen).
- c) Lebenserwartung und Veränderungen der altersspezifischen Überlebensordnung.

Gesamtschweizerisch wird die demografische Alterung der Bevölkerung am stärksten durch sinkende Geburtenraten bestimmt. Daneben ist auch die Zunahme der Lebenserwartung im Alter bedeutsam, da damit die demografische Alterung von 'oben her' verstärkt wird. Dank Einwanderung jüngerer Menschen wurde die demografische Alterung der gesamtschweizerischen Wohnbevölkerung hingegen abgeschwächt.

Während die Überlebensordnung statistisch-mathematisch klaren Regeln folgt und damit einigermassen sichere Prognosen möglich sind, unterliegen Geburtenentwicklung und vor allem Aus- und Einwanderungsbewegungen stärkeren Schwankungen, die schwer voraussagbar sind. So ändern sich Wanderungsquoten je nach wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen relativ rasch. Insgesamt sind demografische Szenarien gemäss internationalen Erfahrungen bis zu einem Zeitraum von 20-25 Jahren relativ zuverlässig, auch aufgrund der Trägheit bedeutsamer demografischer Grössen.

In den Szenarien beschränken wir uns einerseits auf den Zeitraum 2000-2015/2020, da die Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit und Demenz längerfristig medizinisch-technologischen Veränderungen unterworfen ist. Da Pflegebedürftigkeit in jüngeren Altersgruppen eher selten ist, beschränken sich die nachfolgenden Szenarien für den Kanton Uri und seine Gemeinden andererseits auf die Bevölkerung von 65 Jahren und älter. Dies hat den Vorteil, dass für die demografischen Szenarien zur Zahl älterer Menschen die Geburtenentwicklung - die im allgemeinen schwer voraussagbar ist - weggelassen werden kann, da die im Jahr 2015 bzw. 2020 lebenden älteren Menschen schon geboren sind. Zudem sind Wanderungsbewegungen im höheren Lebensalter geringer als in jüngeren Lebensjahren.

Auf Kantonsebene liegen demografische Szenarien des BFS (BFS, 2004; 2007) vor. Die Entwicklungen in den Regionen und grösseren Gemeinden werden im Rahmen des vorliegenden Projektes untersucht. Dafür werden kohortenbezogene Szenarien erstellt. Diese werden auch für den Gesamtkanton berechnet und mit den kantonalen Referenzszenarien des BFS für den Kanton Uri verglichen (BFS, 2004, 2007). Die bestehenden demografischen Prognosen für den Kanton Uri der Urner Pflegeheimplanung 2002-2007 (GSUD, 2002) und des Altersleitbildes Uri 2005 (Züsli, R., 2003) werden kritisch diskutiert.

Komponentenmethode (BFS-Szenarien)

Die BFS-Referenzszenarien beruhen auf der klassischen Komponentenmethode bzw. der Bevölkerungsfortschreibung (BFS, 2002; 2004; 2007). Diese arbeitet mit den „klassischen“ Periodensterbetafeln“. Die berechnete Lebenserwartung beruht auf Querschnittsdaten (erhoben über 3-6 Jahre) und somit auf einem Mix aus Jahrgängen. Es ist eine Momentaufnahme, die von zeitlich begrenzten Ereignissen stark beeinflusst werden kann (z. B. Spanische Grippe 1918). Die Lebenserwartung von Geburtsjahrgängen wird unterschätzt. In den BFS-Referenzszenarien wird angenommen, dass sich die zu einem bestimmten Zeitpunkt ermittelten demografischen Parameter (Geburtenrate, Lebenserwartung, Wanderungssaldo) in Zukunft fortsetzen resp. abschwächen oder verstärken. Ausgangspunkt für die Szenarien 2002-2040 (BFS, 2004) ist die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz im Jahr 2001, für die BFS-Szenarien 2005-2050 (BFS, 2007) die des Jahres 2005.

Bei den BFS-Szenarien «Trend» (2004) und AR-00-2005 «Mittel» (2007) wurden die im Laufe der letzten Jahre beobachteten Entwicklungen der Fruchtbarkeit, der Sterblichkeit und der Wanderungen weitergeführt: Ab 2030 kommen beim Szenario Trend demnach 150 Geburten auf 100 Schweizerinnen (190 Geburten auf 100 Ausländerinnen), beim Szenario A-00-2005 ab 2050 135 Geburten auf 100 Schweizerinnen (175 Geburten auf 100 Ausländerinnen). Die Lebenserwartung der Männer bei der Geburt wächst beim Szenario Trend bis 2030 auf 80.3, jene der Frauen auf 85.6, beim Szenario A-00-2005 steigt die Lebenserwartung der Männer bis 2050 auf 85 Jahre, die der Frauen auf 89.5 Jahre. Im Szenario A-00-2005 wird zudem der Anstieg der verbleibende Lebenserwartung im Alter 65 bis 2050 berücksichtigt: bei Frauen auf 22.5 Jahre und bei Männern auf 25.5 Jahre. Die Zahl der internationalen Wanderungen ausländischer Personen bleibt beim Szenario Trend stabil (ab 2015 83'000 Einwanderungen und rund 70'000 Auswanderungen pro Jahr), und der negative internationale Wanderungssaldo der Bevölkerung schweizerischer Nationalität erreicht 2015 mit -9000 einen noch höheren Wert (rund 20'000 Einwanderungen und etwa 30'000 Auswanderungen pro Jahr); die interkantonalen Wanderungen variieren gemäss der Tendenz der vergangenen zwanzig Jahre bis ins Jahr 2010 und stabilisieren sich anschliessend. Beim Szenario A-00-2005 wird ein Wanderungssaldo der EWR- und der Nicht-EWR Staatsangehörigen von je +10'000 Personen angenommen während bei den Schweizer/-innen ein Verlust von um die 5'000 angenommen wird.

Beim Szenario «Positive Dynamik» (BFS, 2004) wird von Hypothesen ausgegangen, die sich in einem stärkeren Bevölkerungswachstum äussern: hohe Geburtenhäufigkeit (1,8 Kinder pro Schweizerin und 2,4 pro Ausländerin ab 2030); grössere Zunahme der Lebenserwartung bei der Geburt (um fast 6,5 Jahre für Männer und etwa 5,5 Jahre für Frauen); Anstieg der Anzahl internationaler Wanderungen ausländischer Staatsangehöriger (ab 2015 rund 97'000 Einwanderungen pro Jahr und etwa 80'000 Auswanderungen); ab 2015 Stabilisierung des internationalen Wanderungssaldos bei -9000 für die schweizerischen Staatsangehörigen; langsame Stabilisierung der interkantonalen Wanderungen bei Hochkonjunktur.

Bei den kantonalen BFS-Szenarien wird angenommen, dass sich die in den vergangenen Jahren beobachteten Unterschiede zwischen den Kantonen hinsichtlich verschiedener Indikatoren über die nächsten Jahrzehnte fortsetzen.

Es ist anzuführen, dass das Szenario «Trend» gesamtschweizerisch schon bisher (2005) zu einer Unterschätzung der Bevölkerung geführt hat, auch weil die Einwanderung in die Schweiz stärker war als angenommen. Zudem sind die Annahmen zur Erhöhung der Lebenserwartung sehr konservativ, auch weil es sich um eine Fortschreibung von querschnittsbezogenen Sterberaten handelt. Und – wie Versicherungen und Pensionskassen realisiert haben – führen Fortschreibungen aktueller Sterberaten zu einer systematischen Unterschätzung namentlich der Überlebenswahrscheinlichkeit der älteren Frauen und Männer (auch einfach deshalb, weil ein Teil der gesundheitlich risikobehafteten Personen schon vorher verstorben sind und die ins höhere Alter überlebenden Personen eine ‚positive Selektion‘ darstellen).

Das neue BFS-Szenario AR-00-2005 «Mittel» (2007) berücksichtigt die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren und schätzt deshalb die Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Uri wahrscheinlich realistischer ein als die älteren BFS-Szenarien (BFS, 2004).

Kohortenbezogene Szenarien

Ein zentraler Parameter der kohortenbezogenen Szenarien ist die Überlebenswahrscheinlichkeit ausgewählter Jahrgänge, die so genannte kohortenspezifische Überlebensordnung. Damit kann der Prozentanteil von Frauen und Männern in gegebenen Geburtsjahrgängen berechnet werden, die in den folgenden Jahren noch leben. Kohortensterbetafeln bilden den generationenbedingten Wandel der Lebenserwartung ab. Sie sind robust gegenüber Einzelereignissen.

Die im Rahmen dieses Projektes erstellten kohortenbezogenen Szenarien zur Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Uri und seinen Regionen arbeiten mit den vom BFS publizierten Kohortensterbetafeln für die Schweiz (BFS, 1998). Für diese wurde pro Geburtsjahrgang und für Männer und Frauen getrennt die Überlebenswahrscheinlichkeit ermittelt und die Lebenserwartung geschätzt. Ausgangspunkt der Szenarien sind die Bevölkerungsdaten der Volkszählung 2000 (nach Geschlecht und nach Altersklassen ab 45 Jahren). Spätere altersspezifische Bevölkerungszahlen liegen nicht für alle Urner Gemeinden gleichermassen vor. Die demografischen Szenarien werden in 5-Jahresschritten erstellt, das heisst für die Jahre 2005, 2010, 2015 und, als Ausblick, für das Jahr 2020. Ein separates Szenario mit Migrationskorrektur berücksichtigt die erwartete Rückwanderung der ausländischen älteren Bevölkerung.

Da die Zielbevölkerung (Betagte in den Jahren 2005-2020) bereits geboren ist, spielt die (aktuelle) Geburtenrate für unsere kohortenbezogenen Szenarien keine Rolle. Bei den folgenden Szenarien für den Kanton Uri berücksichtigen wir kantonal und kommunal nur zwei demografische Grösse: erstens die Ausgangsbevölkerung nach Alter und zweitens die Überlebenswahrscheinlichkeit dieser Menschen bis zum Jahre 2020.

- A) Die Ausgangsbevölkerung ist die Zahl von Menschen, die im Jahre 2000 im Kanton Uri und seinen Gemeinden wohnhaft waren. Der Ausgangspunkt sind die altersspezifischen Bevölkerungszahlen aus der Volkszählung 2000 (Wohnbevölkerung zum Stichtag), da spätere altersspezifische Angaben nicht für alle Gemeinden gleichermassen vorhanden sind.
- B) Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Frauen und Männer: Wie viele der im Jahre 2000 x-jährigen Frauen und Männer werden voraussichtlich in den folgenden Jahren (2005, 2010, 2015 und 2020) noch am Leben sein? Dies ist der wichtigste und zentralste Faktor für die zahlenmässige Entwicklung älterer und speziell hochaltriger Menschen, und damit für die Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen. Dabei sind diesbezüglich vier Aspekte zu beachten:
 - 1) In allen Altersgruppen leben Frauen länger als Männer, und entsprechende Szenarien müssen die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Überlebenswahrscheinlichkeit

berücksichtigen. Entsprechend werden die Szenarien für Männer und Frauen getrennt berechnet, auch wenn in der Darstellung beide Gruppen zusammen gezählt sind.

- 2) Mit steigendem Lebensalter erhöht sich die Restlebenserwartung. Menschen, die 80 Jahre alt sind, leben - weil sie schon 80 Jahre überlebt haben - oft noch relativ lange, und entsprechend sind globale Angaben zur durchschnittlichen Lebenserwartung für Prognosen sinnlos.
- 3) Wie bereits erwähnt, basieren die bei traditionellen Projektionen benützten Sterbetafeln auf Querschnittsdaten, und sie führen zu einer Unterschätzung der Lebenserwartung von zwei bis drei Jahren, wie zunehmend mehr Pensionskassen zu realisieren beginnen. Gültige Szenarien müssen auf einer kohortenspezifischen Betrachtung basieren, d.h. auf der Überlebensordnung konkreter Geburtsjahrgänge von Frauen und Männer (vgl. Menthonnex 2006).
- 4) Die restliche Lebenserwartung von Hochbetagten (85+) kann durch externe Störungen (so genannte Periodeneffekte) beeinflusst werden, wie etwa eine Grippeepidemie oder bei schlechter Gesundheitsversorgung durch eine Hitzewelle. Zwischen der Entwicklung der Zahl an hochaltrigen Menschen (95+) und der kantonalen Pflegeversorgung besteht zudem ein kausaler Zusammenhang: Je besser die Pflegeversorgung, desto länger leben hochaltrige Menschen.

Kohortenbezogenes Szenario mit Migrationskorrektur

Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Teil der heute erwerbstätigen Personen nach der Pensionierung aus dem Kanton Uri wegwandert. Dies betrifft vor allem ausländische Arbeitskräfte, die im Alter in ihr Heimatland zurückkehren. Migrationsfaktoren sind vor allem längerfristig (für die Szenarien 2020) nicht ohne Bedeutung. Für den Kanton Uri fällt bei der Betrachtung der altersspezifischen Wohnbevölkerung 2000 auf, dass – entgegen normalen demografischen Bevölkerungsstrukturen – in den Altersgruppen 45-49, 50-54, 55-59 und 60-64 – die Männer gegenüber Frauen übervertreten sind . Dies widerspiegelt primär den Effekt der Einwanderung männlicher Arbeitskräfte, die nach Ende ihrer Erwerbsarbeit zum grossen Teil wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren. Die Rückkehrquote ausländischer Arbeitskräfte ist allerdings nicht bekannt, so dass man von Annahmen ausgehen muss. Für das Szenario mit Migrationskorrektur (und zwar für die Altersgruppen 65-79) wurde der 2000 in den oben angeführten Altersgruppen beobachtete Männerüberschuss abgezogen, und die entsprechenden Szenarien für die Renterbevölkerung 2015 und 2020 daraus berechnet.

2.2.2 Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen im Kanton Uri

Ausgehend von den demografischen Projektionen wird die Entwicklung der Zahl von pflegebedürftigen Menschen (gemäss ADL-Kriterien) im Kanton Uri, den Regionen und Gemeinden für die gewählte Zeitperiode gemäss 2 verschiedenen Szenarien berechnet. In einem 1. Szenario wird von einer linearen Fortschreibung der bisherigen Pflegebedürftigkeitsquoten ausgegangen (Höpflinger, F. and Hugentobler, V., 2003). In einem 2.Szenario wird eine moderate Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten bis 2015 angenommen.

Zur Messung und Häufigkeit von 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 spezifi-

schen 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. Die häufigsten chronischen Krankheiten, die im höheren Lebensalter zu Behinderungen und Pflegebedürftigkeit führen, sind (vgl. Stuck 2000):

- a) Demenzielle Erkrankungen (hirnorganische Störungen wie etwa Alzheimer Krankheit),
- b) Zerebrovaskuläre Krankheiten (z.B. Hirnschlag),
- c) Frakturen und Unfälle (namentlich Stürze),
- d) Sehbehinderungen,
- e) Osteoporose (Knochenbrüchigkeit),
- f) Artherosklerose (arterielle Durchblutungsstörungen u.a.),
- g) Diabetes,
- h) Herzkrankheiten,
- i) Rheumatische Erkrankungen,
- j) Krebserkrankungen
- k) andere vaskuläre Erkrankungen.

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 (vgl. auch: Höpflinger 2004).

Um angesichts der Unterschiede der Haushaltssituation und Lebensinteressen von Menschen zu einer vergleichbaren Konzeptualisierung zu gelangen, wird im allgemeinen das Konzept der Pflegebedürftigkeit an der Unfähigkeit verknüpft, elementare tägliche Verrichtungen zu verrichten. Häufig werden zur Messung der Pflegebedürftigkeit ADL-Kriterien („activity-of-daily-living“/ Aktivitäten des täglichen Lebens) 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 (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003). Bezogen auf die BESA-Pflegestufen werden mit der so definierten Pflegebedürftigkeit in erster Linie die BESA-Stufen 2-4 berücksichtigt.

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 (EhepartnerIn, Kinder u.a.) vorliegt. Ebenso können wirtschaftliche und soziale Probleme (langjährige Armut, Vereinsamung u.a.) die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen (Spitex-Dienste u.a.) 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 (vgl. Adam 1998, Maercker 2002)

Auch der Wechsel in ein Pflegeheim wird von sozialen Faktoren (familiäre Situation, wirtschaftliche Lage u.a.) mitbestimmt. Damit ist die Nachfrage nach Alters- und Pflegeheimplätzen nicht allein vom gesundheitlichen Befinden älterer Menschen abhängig, sondern sie wird auch von sozioökonomischen Faktoren (sozialer Status, Familienstand) beeinflusst (vgl. Cavalli 2002). Einen Einfluss haben 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.

Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit im Alter – heute und morgen

Ein Hauptproblem heutiger Daten und Statistiken zur Pflegebedürftigkeit liegt darin, dass Pflegebedürftigkeit je nach Studie bzw. Kanton unterschiedlich erfasst wird. Zudem beschränken sich viele Angaben nur auf Personen in Spitälern bzw. Heimen, wogegen die Angaben über die zuhause lebende ältere Bevölkerung oft fehlen. Unter Berücksichtigung aller vorhandenen epidemiologischen Studien zur älteren Bevölkerung kann gegenwärtig gesamtschweizerisch von den folgenden Pflegebedürftigkeitsquoten ausgegangen werden (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003: 42):

- Altersgruppe 65-69: Ein Schätzwert von 2.5% Pflegebedürftigen ist realistisch. Zukünftig ist in dieser Altersgruppe eher mit leicht ansteigenden Werten zu rechnen, weil vermehrt IV-Pflegebedürftige das AHV-Alter erreichen werden.
- Altersgruppe 70-74: In dieser Altersgruppe dürfte die Pflegebedürftigkeitsquote zwischen 5%-6% betragen, eher mit Tendenz zu sinkenden Quoten.
- Altersgruppe 75-79: Die Pflegebedürftigkeitsquote kann in dieser Altersgruppe auf zwischen 8%-10% geschätzt werden, wobei zukünftig in dieser Altersgruppe eher mit sinkenden Werten zu rechnen.
- Altersgruppe 80-84: Unter Berücksichtigung von Wandlungen im Gesundheitszustand älterer Menschen scheint ein für 1986/90 geschätzter Wert von 21% inzwischen zu hoch zu sein, sondern realistisch ist eine Pflegebedürftigkeitsquote von zwischen 18% und 20%.
- Altersgruppe 85+: Hier ergeben sich die grössten Unterschiede und Unsicherheiten zwischen unterschiedlichen Studien. 44% - gemäss einer Schätzung für 1986/90 - sind gegenwärtig klar zu hoch. Eine Pflegebedürftigkeitsquote von 25% gemäss einer in Genf und Zürich durchgeführten epidemiologischen Studie erscheint hingegen zu tief. Realistisch erscheint deshalb eine Quote zwischen 30%-35% zu sein. Eine durchgeführte externe Kontrolle der Quoten mit Daten aus der SM-Statistik lässt erkennen, dass ein Wert von 30% höchstwahrscheinlich zu tief ist. Ein Wert von 33%-35% erscheint deshalb realistischer.

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. Da allerdings keine kantonalen Daten vorliegen, wird auch für den Kanton Uri von den gesamtschweizerischen festgestellten Quoten der Pflegebedürftigkeit ausgegangen, und für die Schätzung der Zahl Pflegebedürftiger werden die in Tabelle 1 aufgeführten altersspezifischen Quoten der Pflegebedürftigkeit verwendet.

Eine Fortschreibung der aktuellen altersspezifischen Pflegebedürftigkeitsquoten ist allerdings vor allem längerfristig problematisch. Schon in den letzten Jahrzehnten hat sich die behinderungsfreie Lebenserwartung erhöht (vgl. Höpflinger 2003). Generationenwandel - mehr Menschen mit lebenslanger Gesundheitsvorsorge, weniger Menschen mit beruflich bedingten körperlichen Abbauerscheinungen, aber auch der verstärkte Einsatz technologischer Kompensationsstrategien (Gelenkoperationen u.a.m.) sowie bessere Rehabilitationsmöglichkeiten auch im höheren Lebensalter dürften zukünftig zu einer gewissen Verhinderung von Behinderungen im Alter oder zumindest zu Verzögerungen im Krankheitsverlauf führen.

Tabelle 1: Pflegebedürftigkeit älterer Menschen: Verwendete Ausgangswerte für die kantonalen und kommunalen Szenarien zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeitsquoten in %	Altersgruppen				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
- Aktuelle Quoten	2.5	6	10	20	35
- moderate Reduktion der Quoten ab 2015 bzw. ab 2020*	2.7	5.5	9	18	33

*leicht reduziertes Risiko der Pflegebedürftigkeit (mit Ausnahme der 65-69-Jährigen).

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 u.a.) sowie ungeeignete Medikation in die geriatrische Evaluation einbezogen werden (vgl. Stuck 2000). Die entsprechenden Pilotstudien haben die gesundheitsfördernde Wirkung solcher Interventionen - bei geeigneter Professionalisierung präventiver Hausbesuche - klar nachgewiesen (vgl. Schmocker, Oggier, Stuck 2000). Eine kürzlich durchgeführte metaanalytische Regressionsanalyse präventiver geriatrischer Hausbesuche liess dabei folgendes erkennen (vgl. Stuck, Egger et al. 2002):

- Professionell durchgeführte geriatrische Hausbesuche (mit multidimensionaler Erfassung und 'follow-up'-Strategien) sind in der Lage, das Risiko funktionaler Einschränkungen bei über 70- bzw. über 75-jährigen Menschen um durchschnittlich 24% zu reduzieren.
- Professionell geführte geriatrische Hausbesuche mit über 9 Besuchen reduzieren das Risiko eines Pflegeheimübertritts um durchschnittlich 34%, wogegen sich Hausbesuche mit weniger 'follow-up'-Besuche nicht signifikant auswirken.
- Präventive geriatrische Hausbesuche wirken sich nur bei der Altersgruppe bis 75 Jahre signifikant negativ auf die Gesamtmortalität aus. Hochaltrige Menschen leben dank präventiver Programme hingegen nicht unbedingt länger, sondern sie bleiben länger selbständig.

Soziale Veränderungen (weniger RentnerInnen aus Industriebereufen 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. Aber da flächendeckende präventive Programme grosse Investitionen benötigen und auch gut organisierte gesundheitliche Präventionsprogramme aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme nicht alle Bevölkerungsgruppen erreichen, gehen wir in einem zusätzlichen Szenarium von einer moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten aus. Der Zweck eines solchen alternativen Szenario 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 kommen. Für das Szenario „moderate Reduktion des Pflegebedürftigkeitsrisikos“ werden folgende gerontologisch abgestützte Annahmen getroffen:

- 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.
- 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.
- 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 industriell-gewerblichen Geschichte des Kantons Uri geprägt sind.
- Die Hochaltrigen umfassen erstens ebenfalls 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 bis 2020 höchstens mit geringfügigeren Veränderungen zu rechnen.

Szenarien zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen

Zur Schätzung der Zahl pflegebedürftiger Menschen im Kanton Uri und seinen Regionen werden folgende Szenarien berechnet:

- a) Szenarium basierend auf aktuellen Pflegebedürftigkeitsquoten
- b) Szenarium basierend auf reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten ab 2015 bzw. ab 2020

2.2.3 Entwicklung der Zahl demenzkranker Menschen im Kanton Uri

In diesem Teil wird spezifisch auf die Entwicklung der Zahl demenzkranker Menschen eingegangen, da Demenzerkrankungen im Alter eine bedeutsame und pflegerisch besonders anspruchsvolle Alterskrankheit darstellen. Basierend auf altersspezifischen Prävalenzraten (Höpflinger, F. and Hugentobler, V., 2003) und wiederum ausgehend von den demografischen Projektionen, wird die Zahl demenzkranker älterer Menschen bis 2015/2020 aufgezeigt. Auch hier werden zwei verschiedene Szenarien benutzt. In einem 1. Szenario wird von einer linearen Fortschreibung aktueller Prävalenzraten ausgegangen, in einem 2. Szenario wird ein verzögertes Eintreten von Demenz angenommen.

Krankheitsbild und Häufigkeit demenzieller Störungen

Die hirnanorganischen Störungen alter Menschen in ihren verschiedenen Formen (Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Parkinson u.a.m.) werden seit längerem als eines der zentralen Probleme des Gesundheitswesens anerkannt: Zwei Demenzformen sind besonders häufig (Bickel 1999; Martin, Schelling 2005):

- a) die Demenz vom Alzheimer Typ. Sie stellt mit gut 50% aller Fälle die weitaus häufigste Demenzerkrankung dar. Die Entwicklung der Alzheimer-Krankheit ist progressiv und irreversibel. Die Ursachen der Alzheimer-Krankheit werden erst allmählich geklärt. Sie ist deshalb bis heute einer vorbeugenden Behandlung noch weitgehend unzugänglich, wogegen sich in der Diagnose, Behandlung und Betreuung von Alzheimer-Patienten klare Fortschritte erkennen lassen. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Alzheimer-Patienten ohne kardiovaskuläre Probleme ist mit 7 bis 8 Jahren relativ hoch.
- b) die vaskuläre Demenz (auch als Multiinfarkt-Demenz bezeichnet). Es handelt sich um eine hirnorganische Veränderung, bedingt durch zahlreiche Gefässerweichungen resp. Störungen der Gefässversorgung des Gehirns (deshalb auch vaskuläres psychoorganisches Syndrom genannt). Diese Form der Demenz tritt in etwa 20% der Fälle auf. Sie kann relativ plötzlich auftreten und führt teilweise zu lokalisierten Gedächtnisdefiziten und Bewusstseinsstörungen. Die Betroffenen leiden häufig an anderen Gefässkrankheiten (Herz-Kreislaufstörungen usw.). Die Lebenserwartung von Patienten mit vaskulärer Demenz ist deshalb im Allgemeinen geringer als diejenige von Alzheimer-Patienten.

In gut 25% der Fälle von Demenz kommen Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenz kombiniert vor. Diese Form wird als gemischtes psychoorganisches Syndrom bezeichnet. In 5% der Fälle handelt es sich um andere Demenzformen, wie Schädel-Hirn-Trauma, Parkinson, Down-Syndrom usw.

Tabelle 2: Altersspezifische Entwicklung von demenziellen Störungen gemäss epidemiologischen Studien

Demenzielle Störungen pro 100 Personen	Altersgruppen					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
1) Jorm: Meta-Analyse von 21 Studien	1.4	2.8	5.6	10.5	20.8	38.6
2) EU-Länder 1980-1990: Meta-Analyse	1.4	4.1	5.7	13.0	21.6	32.2
3) Genf/Zürich 1995/96:	2.2	5.3	6.4	13.6	21.2	24.8
4) Deutschland 1990er Jahre	1.2	2.8	6.0	13.3	23.9	34.6
Nachfolgend verwendete Raten	1.4	4.1	5.7	13.0	21.6	32.2

Quelle: Höpflinger, Hugentobler 2003: 67.

Die Häufigkeit demenzieller Störungen steigt mit dem Lebensalter an, und epidemiologische Studien weisen zumindest in hoch entwickelten Ländern analoge altersbezogene Entwicklungen demenzieller Störungen nach (vgl. Tabelle 2). Altersstandardisierte Studien lassen weder klare Kontextunterschiede noch klare Kohorten- und Periodeneffekte nachweisen (zumindest in den letzten Jahrzehnten), was auf eine enge Beziehung des Auftretens hirnorganischer Störungen mit dem chronologischen Alter deutet. Oder in anderen Worten: Es gibt heute nicht deshalb mehr ältere Menschen mit Demenzerkrankung, weil das Krankheitsrisiko angestiegen ist, sondern primär, weil heute mehr Menschen ein Alter erreichen, wo demenzielle Störungen häufiger auftreten.

Neben dem Alter spielen allerdings auch (familien)genetische Faktoren eine Rolle. So ist beispielsweise das Vorhandensein von ein oder zwei ApoE4-Markern mit einer 3.9fachen Risikoerhöhung von Demenz assoziiert. Dabei handelt es sich um das Gen für das Apolipoprotein E (ApoE); also um ein Protein, das im Lipidstoffwechsel eine wichtige Rolle spielt. Genetische Studien deuten darauf hin, dass namentlich die Vererbung des Allels ApoE4 sowohl mit einem höheren Erkrankungsrisiko als auch mit einem früheren Einsetzen der Krankheit verbunden ist.

Soziale und regionale Unterschiede der Demenzprävalenz ergeben sich primär bei den Symptomen sowie dem Zeitpunkt des Auftretens gesellschaftlich bedeutsamer Verhaltensfolgen von Demenz. Gut gebildete ältere Menschen sind von demenziellen Störungen ebenso häufig betroffen wie weniger gebildete ältere Menschen, aber aufgrund ihrer Bildungsbiographie sind sie länger in der Lage, kognitive Einbussen zu kompensieren, so dass Hilfsbedürftigkeit später eintreten kann. In ländlichen Gegenden können Menschen mit kognitiven Einschränkungen ihr gewohntes Alltagsleben oft weiter führen, was in hektischen städtischen Gebieten weitaus schwieriger ist.

Tabelle 3: Häufigkeit demenzieller Erkrankungen: Benützte Werte für die Szenarien

Demenzielle Störungen pro 100 Personen	Altersgruppen					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Verwendete Raten für						
- lineare Projektion	1.4	4.1	5.7	13.0	21.6	32.2
- bis 2015 bzw. 2020 Verzögerung um 2 Jahre*	1.1	3.0	5.1	10.1	18.2	36.6

*linearer Tempoeffekt (Eintreten der Demenz in allen Altersgruppen um 2 Jahre später)

Tabelle 3 führt die nachfolgend benützten altersspezifischen Prävalenzraten (Häufigkeit pro 100 Personen) demenzieller Störungen auf. Dabei wird neben einer linearen Projektion - die von aktuellen Prävalenzraten ausgeht - ein zusätzliches Szenarium berücksichtigt: In diesem Szenarium wird davon ausgegangen, dass das Eintreten demenzieller Störungen bis 2015 bzw. bis 2020 um zwei Jahre verzögert werden kann, beispielsweise durch Medikamente, die den kognitiven Abbau verzögern oder auch durch Gedächtnistrainingsprogramme, welche mithilfe, kognitive Verluste zu kompensieren.⁴

2.2.4 Regionale Szenarien

Je kleiner eine Region bzw. Gemeinde ist, 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 demografische Alterung der Wohnbevölkerung beschleunigen. Umgekehrt kann die Erschliessung eines neuen familienfreundlichen Wohnquartiers zur Verjüngung der Bevölkerung führen (Zuzug von jungen Familien und anschliessend viele Geburten). Im höheren Lebensalter kann die Eröffnung einer Seniorenresidenz oder von Alterswohnungen zu interkommunalen Wohnortswechsel älterer Menschen beitragen. In abgelegenen Tälern können familiengenetische Besonderheiten sich auf die Lebenserwartung der älteren Bevölkerung auswirken usw.

Definition der Urner Regionen für die PHP

Da die Bevölkerung der meisten Urner Gemeinden für die Prognose der Zahl pflegebedürftiger Menschen zu klein ist, und die meisten APH regional ausgerichtet sind, wurden regionale Prognosen primär gemäss der Aufteilung in der Urner Pflegeheimplanung 2002-2007 (GSUD, 2002) erstellt. Die regionalen Szenarien (Kapitel 4.4.) vermitteln eher Richtzahlen als exakte 'Zukunftsprognosen': Aufgeführt wird, was zu erwarten ist, wenn die jetzt vorhandene Bevöl-

⁴ Es handelt sich hier um ein Szenarium, das allein Tempo-Effekte (verzögertes Eintreten der Krankheit) berücksichtigt, jedoch keine endgültige Prävention vorsieht. Statistisch bedeutet dies, dass tiefere Werte in jüngeren Altersgruppen durch höhere Werte in der höchsten Altersgruppe kompensiert werden.

kerung dieser Regionen älter wird (wobei die restliche Lebenserwartung gemäss der Methode der Kohortenumrechnung einbezogen wurde).

Der Kanton Uri kennt keine Bezirke, sondern die Verwaltungseinheiten sind die Gemeinden. Bei der folgenden Aufteilung handelt es sich demnach nicht um Regionen/Bezirke mit politisch rechtlichem Status.

- Talboden: Attinghausen, Schattdorf, Altdorf, Flüelen, Seedorf
- Aeussere Seegemeinden: Sisikon, Isenthal, Bauen, Seelisberg
- Urserental: Realp, Hospental, Andermatt
- Mittleres & oberes Reusstal: Göschenen, Wassen, Gurnellen, Silenen, Erstfeld
- Schächental: Bürglen, Spiringen, Unterschächen

Zusätzlich zu den regionalen Szenarien wurden auch entsprechende Szenarien für die Gemeinden des Kantons ausgerechnet. Für die Gemeinden gilt noch in stärkerem Masse als für die Regionen, dass die Szenarien nur als Richtzahlen und nicht als exakte Prognosen zu interpretieren sind.

2.3 Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen

Unter Berücksichtigung des Ist-Zustandes und der Szenarien zur Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen werden in einem Synthesekapitel Prognosen des voraussichtlichen Bedarfs an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri für die Jahre 2008-2015/2020 erstellt. Abbildung 1 zeigt Faktoren auf, welche die Entwicklung der Anzahl Betagter und Pflegebedürftiger beeinflussen und den zukünftigen Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri und seinen Regionen bestimmen. In Sensitivitätsanalysen wird der Einfluss von Umgebungs- und kohortenbezogenen Faktoren auf den in einem Basisszenario ermittelten Bedarf an Pflegeheimplätzen untersucht.

2.3.1 Basisszenario

Im Basisszenario wird der voraussichtliche Bedarf an stationären Pflegeheimplätzen im Kanton Uri bis zum Jahr 2015, mit Ausblick auf das Jahr 2020, beschrieben. Ausschlaggebend für den Bedarf an stationären Langzeitpflegeplätzen ist dabei die Verteilung der Pflegebedürftigen auf Formen der stationären und der ambulanten Pflege. Ein bedeutsamer Teil der älteren pflegebedürftigen Menschen wird ambulant, zu Hause gepflegt, durch Ehepartner/-partnerin und/oder andere Angehörige, allein oder in Zusammenarbeit mit der Spitex.

Der Anteil Pflegebedürftiger, die im Kanton Uri in einem Pflegeheim betreut werden, kann für die Jahre 2000 und 2005 aufgrund der Anzahl Bewohner/-innen in den Pflegeheimen (Kapitel 2.1) und der geschätzten Anzahl Pflegebedürftiger (Kapitel 3.2) für dieselben Jahre abgeschätzt werden. Dabei wird berücksichtigt, dass nicht alle Bewohner stationärer Einrichtungen – etwa gemäss SM-Statistik – im eigentlichen Sinne pflegebedürftig sind. Dies gilt vor allem für Altersheimbewohner. Pflegebedürftige weisen gemäss ADL-Kriterien mindestens BESA-Stufe 2 und vor allem BESA-Stufen 3 und 4 auf.

Im Basisszenario wird für die Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen von einem in den folgenden Jahren (2010, 2015, 2020) unveränderten Anteil von stationär betreuten Pflegebedürftigen ausgegangen.

2.3.2 Sensitivitätsanalysen

Die Entwicklung der älteren Bevölkerung, der Pflegebedürftigkeitsquote sowie der Inanspruchnahme von Pflegeheimplätzen in einem Kanton oder einer Region können durch Um-

gebungs- und kohortenbezogene Faktoren beeinflusst werden. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen können ebenfalls die Inanspruchnahme der stationären Pflege beeinflussen.

Ein wichtiger Umgebungsfaktor ist das Angebot an verschiedenen Wohnformen für Pflegebedürftige im Kanton. Neben der stationären Langzeitpflege (Pflegeheime und geriatrische Abteilung Kantonsspital Uri) können dies Pflegewohngruppen sein (evtl. angegliedert an ein Pflegeheim, Wohngruppen für Demenzkranke) oder Tagesheime, Pflegefamilien sowie Wohnen zu Hause (mit Betreuung durch Spitex oder Angehörige). Weitere mögliche Umgebungsfaktoren sind Veränderungen der Quartierstrukturen (z.B. Sanierungen grösserer Siedlungen, Ausländeranteil), räumliche Strukturen (z.B. steile oder stark befahrene Strassen, welche die Erreichbarkeit von Läden für gehbehinderte Personen erschweren), frühere Arbeitsplatzbelastungen (z.B. Asbest) oder Umweltbelastungen. Auch die Pflegequalität hat einen Einfluss auf die Zahl Pflegebedürftiger: je besser die Pflege ist, desto länger überleben Pflegebedürftige.

Ein kohortenbezogener Faktor ist beispielsweise die Möglichkeit der Pflege durch Angehörige, welche vom Anteil der Personen, die in einer Partnerschaft leben und vom Anteil der Kinderlosen abhängt. Weitere kohortenbezogene Faktoren sind die Wohneigentumsquote, der Gesundheitszustand (z.B. Krebsprävalenz), das Gesundheitsverhalten (z.B. Anteil Raucher/-innen), Suizidalität im Alter, Präferenzen und Ansprüche der Pflegebedürftigen oder die Migration älterer Personen innerhalb des Kantons Uri (z.B. Richtung Talboden).

Bei den rechtlichen Rahmenbedingungen ist die laufende Revision der Pflegefinanzierung im Rahmen des KVG zu nennen, welche zu Verschiebungen zwischen der ambulanten und stationären Langzeitpflege führen könnte.

Für die vorgesehenen Sensitivitätsanalysen werden quantifizierbare Faktoren, welche zumindest für den Kanton Uri (Umgebungsfaktoren) oder zumindest nach Altersklassen für die Schweiz (kohortenbezogene Faktoren) verfügbar sind, berücksichtigt. Folgende Indikatoren entsprechen diesen Kriterien:

- Versorgungsdichte Spitex: Uri vs. Schweiz (Spitex-Statistik 2001-2005, BSV)
- Haushaltstyp und Zivilstand nach Alter: Uri vs. Schweiz (Volkszählung 2000, BFS)
- Suizidrate über 65 Jähriger nach Alter: Uri vs. Schweiz (Todesursachenstatistik, BFS)

Weitere Faktoren sind zwar quantifizierbar, aber nicht in der nötigen Auflösung vorhanden:

- Die Wohneigentumsquote (Volkszählung 2000) bezieht sich auf den *Anteil der Wohnungen*, welche vom Eigentümer bewohnt wird (und *nicht auf den Anteil Personen*, die im Eigenheim wohnen). Somit ist eine Stratifizierung nach Alter nicht möglich.
- Indikatoren des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Schweizer Bevölkerung (z.B. Raucherquote nach Alter) werden in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erhoben. Der Kanton Uri hat die Stichprobe der SGB 2002 nicht aufgestockt, so dass eine Auswertung für den Kanton Uri mit der vorhandenen Stichprobe (n=262) nicht aussagekräftig ist.

Die möglichen Entwicklungen der ausgewählten Indikatoren sowie deren möglicher Einfluss auf den Bedarf von Pflegeheimplätzen im Kanton Uri wird untersucht. Es werden die Größenordnungen möglicher Zu- oder Abnahmen des Bedarfs abgeschätzt. Beispielsweise wird diskutiert, ob aufgrund der Entwicklung der Versorgungsdichte Spitex eine Verschiebung der Verteilung der Pflegebedürftigen auf Formen der stationären und der ambulanten Pflege erwartet werden kann.

Die Definitionen der für die Sensitivitätsanalyse ausgewählten Indikatoren, die Datenquellen, -produzenten, -lieferanten- und -benutzer sowie die Datenschutzregelungen sind in im Anhang 1 (Tabelle 1.3) dargestellt.

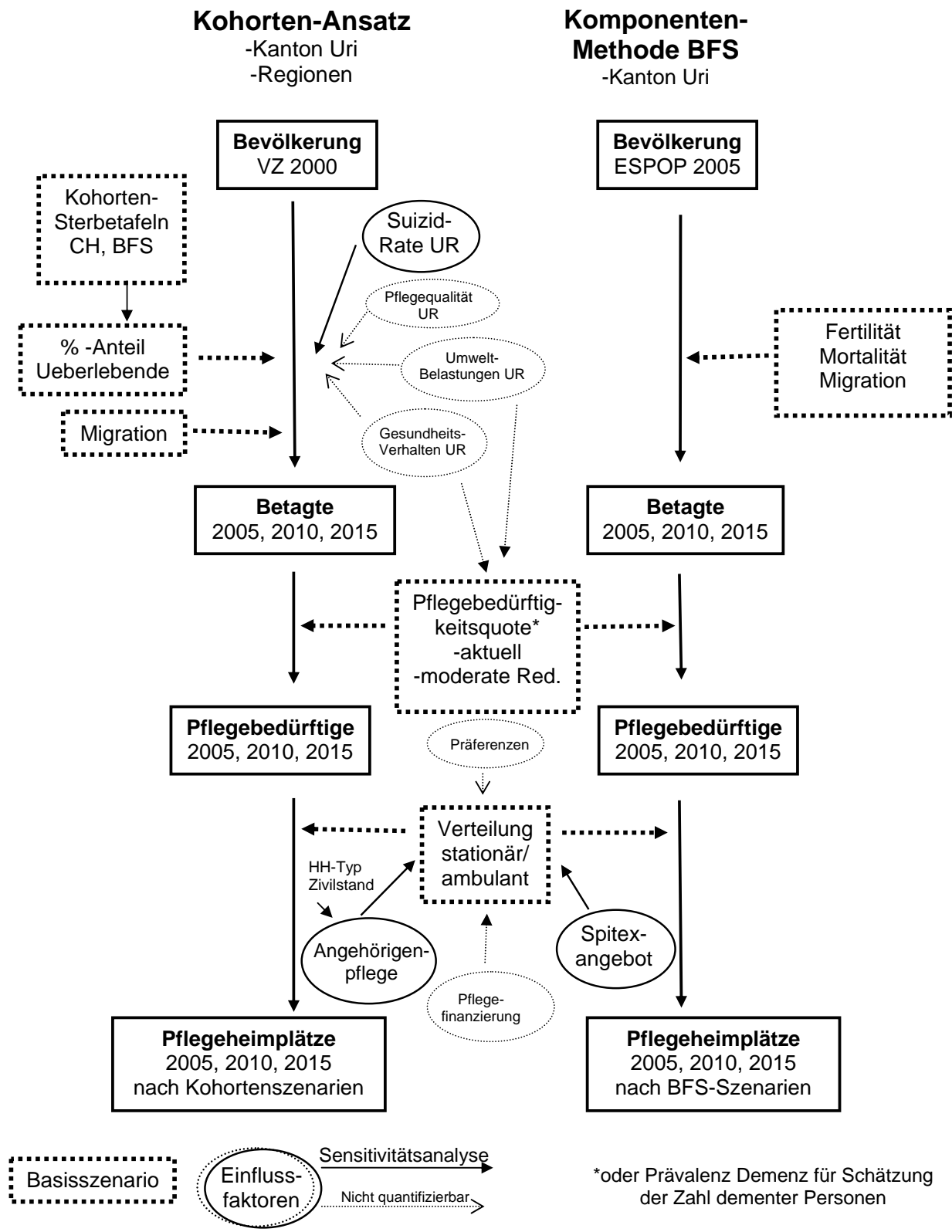


Abbildung 1: Schema „Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2008-2015 im Kanton Uri“

2.4 Datenschutzregelungen

Die Datengrundlagen und -regelungen für das vorliegende Projekt werden im Anhang in den Tabellen A1.1-A1.3 im Detail beschrieben. Im Folgenden werden die wesentlichen Punkte betreffend die Datenschutzregelungen für die benutzten Daten kurz zusammengefasst.

Im Kapitel 4.1 (Quantitative Beschreibung des bestehenden Angebotes) werden Einzeldaten aus der SM-Statistik mit Identifikation der juristischen Personen (Pflegeheime) des Kantons in Tabellenform dargestellt. Der Zugang des Kantons Uri zu diesen nominativen Einzeldaten des Kantons ist im „Vertrag über die periodische Lieferung anonymisierter Einzeldaten (mit Identifikation der juristischen Personen) im Inland“ zwischen dem BFS und dem Kanton Uri geregelt.

Die ergänzenden Angaben zum Bettenangebot in den Pflegeheimen werden ausschliesslich zur Evaluation innerhalb dieses Projektes direkt bei den Pflegeheimen anlässlich der Interviews vor Ort erfragt. Der Datenschutz für diese Daten wird im Leistungsvertrag zwischen dem Kanton Uri und dem BFS/Obsan im Abschnitt 8 geregelt.

Die Daten aus der Volkszählung, die zu Analysezwecken an einen BFS-externen Partner (INAG) geliefert werden sind bereits auf Gemeindeebene aggregiert, so dass dafür kein Datenschutzvertrag notwendig ist.

Für alle übrigen Daten, mit denen im Rahmen des Projektes gearbeitet wird, sind ebenfalls keine Datenschutzverträge notwendig. Entweder werden sie BFS-intern aggregiert (auf Kantonsebene oder nach Altersklassen) oder sie sind bereits publiziert.

3 Aktuelle Situation in der Langzeitpflege

3.1 Quantitative Beschreibung der bestehenden (teil-)stationären Einrichtungen

In der SM-Statistik sind zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung die definitiven Daten bis zum Jahr 2004 verfügbar. Für das Jahr 2005 liegen provisorische Resultate vor und werden - mit entsprechendem Vorbehalt – ebenfalls aufgeführt. Angaben zum Grad der Pflegebedürftigkeit für die Jahre 2000-2005 wurden der vom APH Rosenberg zusammengestellten „Übersicht Institutionen im Kanton Uri. Alters- und Pflegeheim 1999-2006“ entnommen (Petruzzi, 1999-2006).

3.1.1 Bettenangebot stationär

Per 31. 12. 2005 werden 484 Betten in Urner Alters- und Pflegeheimen ausgewiesen (Tabelle 4). Dies sind 35 Betten (8%) mehr als im Jahr 2000. Die grösste Zunahme geht dabei auf die Eröffnung der Pflegewohngruppe Höfli mit 18 Betten im Jahr 2003 zurück. Nicht ausgewiesen werden in der SM-Statistik die 43 Pflegeplätze der Geriatrieabteilung des Kantonsspitals Uri.

Tabelle 4: Anzahl Betten in Urner Alters- und Pflegeheimen per 31.12. nach Institutionen, 2000-2005* (ohne Geriatrie des KSU).

Institution	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kanton Uri	450	461	463	462	485	484
Talboden	255	262	264	263	281	282
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf					18	20
APH Rosenberg, Altdorf	146	146	146	146	146	145
Urner Altersheim, Flüelen	56	58	58	57	57	57
Seerose, Flüelen	27	32	33	33	33	33
APH, Schattdorf	26	26	27	27	27	27
Aeussere Seegemeinden	10	10	10	10	10	10
Altersheim, Seelisberg	10	10	10	10	10	10
Urserental	21	22	22	21	21	21
BPH Ursern, Andermatt	21	22	22	21	21	21
Mittleres und oberes Reusstal	110	112	112	113	119	119
BPH Oberes Reusstal, Wassen	41	42	42	44	44	44
BPH Spannort, Erstfeld	69	70	70	69	75	75
Schächental	54	55	55	55	54	52
APH Gosmergarta, Bürglen	54	55	55	55	54	52

* Daten 2006 zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung noch nicht publiziert
Quelle SM-Statistik 2000-2005, BFS. Analyse: Obsan

Für die Urner Pflegeheimplanung 2008 -2015 sind die ab 2007 zur Verfügung stehenden Betten relevant. Im Rahmen der qualitativen Interviews wurde deshalb der Bettenbestand per Ende 2006 resp. bereits geplante Erweiterungen für das Jahr 2007 und später erhoben. Aus Tabelle 5 wird ersichtlich, dass das Bettenangebot in den Urner Alters- und Pflegeheimen (ohne Geriatrie KSU) ab 2007 wesentlich zunimmt, und zwar von 484 im Jahr 2005 auf 561 (plus 77). Dies ist vor allem auf die Neueröffnung des Alters- und Pflegeheimes Rüttigarten in Schattdorf im Frühjahr 2007 zurückzuführen.

Tabelle 5: Dauer- und Ferienplätze sowie Betten nach Pflegestufe (Altersheimbetten AHB und Pflegebetten PB) sowie Zimmerkategorie, nach Institutionen, ab 2007

Institution	Total Betten	Dauer- und Ferienplätze		Aufteilung Dauerplätze in AHB und PB				Alle Betten nach Zimmerkategorie		
		Dauerplätze	Ferienplätze	Planung aktuell		Mit max. Anteil PB		Betten in 1er	Betten in 2er	Betten in Mehrbett
				AHB (BESA 0/1)	PB (BESA 2-4)	AHB* (BESA 0/1)	PB** (BESA 2-4)			
Kanton Uri, mit Geriatrie KSU	604	595	9	122	473	21	574	372	222	10
Geriatrie, KSU	43	43	0	0	43	0	43	15	28	0
Kanton Uri, ohne Geriatrie KSU	561	552	9	122	430	21	531	357	194	10
Talboden	340	334	6	85	249	8	326	248	82	10
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	20	20	0	0	20	0	20	16	4	0
APH Rosenberg, Altdorf	147	144	3	58	86	0	144	87	50	10
Urner Altersheim, Flüelen	56	55	1	19	36	0	55	50	6	0
Seerose, Flüelen	33	33	0	8	25	8	25	23	10	0
APH Rüttigarten, Schattdorf***	84	82	2	0	82	0	82	72	12	0
Aeussere Seegemeinden	10	10	0	10	0	10	0	10	0	0
Altersheim, Seelisberg****	10	10	0	10	0	10	0	10	0	0
Urserental	22	22	0	0	22	0	22	10	12	0
BPH Ursern, Andermatt	22	22	0	0	22	0	22	10	12	0
Mittleres und oberes Reusstal	124	122	2	23	99	3	119	64	60	0
BPH Oberes Reusstal, Wassen	45	45	0	23	22	3	42	25	20	0
BPH Spannort, Erstfeld	79	77	2	0	77	0	77	39	40	0
Schächental	65	64	1	4	60	0	64	25	40	0
APH Gosmergärtä, Bürglen	65	64	1	4	60	0	64	25	40	0

*Aufgrund Infrastruktur nur als AHB nutzbar **Infrastruktur vorhanden; ***Zahlen für Neueröffnung APH Rüttigarten im Frühjahr 2007; ****Pflegebedürftige Bewohner/-innen werden im Altersheim mit Spitex betreut, Um/- Ausbau ist offen. Quelle Alters- und Pflegeheime Kanton Uri, Befragung 2006, Petruzzi, 2007. Analyse: Obsan

Inklusive Geriatrie KSU werden im Kanton Uri ab ca. Mitte 2007 604 Alters- und Pflegeheimbetten zur Verfügung stehen. Davon sind 9 Plätze ständige Ferienbetten. Von den 595 Dauerplätzen sind 21 aufgrund der Infrastruktur nur als Altersheimbetten nutzbar und 574 könnten aufgrund der Infrastruktur als Pflegebetten genutzt werden (der Personalbestand müsste angepasst werden). Knapp zwei Drittel der Betten werden in 1er Zimmern angeboten, gut ein Drittel in 2er Zimmern und 10 Betten stehen in Mehrbett-Zimmern (Tabelle 5)

3.1.2 Bettenangebot teilstationär

Vom Tagesheim der Pro Senectute werden in Altdorf 10 Plätze teilstationär angeboten, die auf rund 20 Personen verteilt werden. Die Betagten werden bis zur Gemeinde Silenen von zu Hause abgeholt und wieder gebracht. Die oberen Talgemeinden werden vom Tagesheim der Pro Senectute nicht abgedeckt. Dort besteht kein Angebot an Tagesheimplätzen für Betagte.

3.1.3 Bewohner/-innen

Mit 481 Bewohner/-innen weisen die Alters- und Pflegeheime im Kanton Uri im Jahr 2004 insgesamt eine Belegung von rund 99 Prozent auf, wie bereits in den Jahren 2000-2003 (Tabellen 6 und 7). Auch die einzelnen Alters- und Pflegeheime weisen durchwegs eine Belegung von über 90 Prozent aus, mit Ausnahme des AH Seelisberg mit rund 70 Prozent. Die Zahl der Bewohner/-innen hat seit dem Jahr 2000 parallel zum Bettenangebot zugenommen.

Verteilung nach Geschlecht und Alter. Mit einem Anteil von 70 Prozent leben deutlich mehr Frauen als Männer in Urner Alters- und Pflegeheimen (Tabelle 6). In den einzelnen Heimen schwankt der Frauenanteil zwischen 60 und 80 Prozent. Die über 80 Jährigen sind im Jahr 2005 mit 403 Bewohner/-innen (84 Prozent) die deutlich grösste Gruppe (Tabelle 8). Ihr Anteil hat seit dem Jahr 2000 in den Regionen Talboden, Urserental, Reusstal und Schächental zugenommen.

Ausserkantonale Bewohner/-innen. In den Urner APH gibt es nur vereinzelt ausserkantonale Bewohner/-innen (Tabelle 7). Da beim Heimeintritt der Wohnsitz in der Regel in der Herkunftsgemeinde bleibt, kann davon ausgegangen werden, dass tatsächlich praktisch alle Bewohner/-innen der Urner APH auch vor dem Heimeintritt im Kanton Uri gelebt haben. Andererseits lebten in den Jahren 2000-2005 um die 25 Urner/-innen in ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen (Tabelle 7). **Somit lebten im Jahr 2005 insgesamt rund 500 Urner/innen in einem Alters- und Pflegeheim in der Schweiz.**

Zum Grad der Pflegebedürftigkeit werden in der SM-Statistik keine aussagekräftigen Daten erhoben. In der „Übersicht Institutionen im Kanton Uri“ (Petruzzi, M., 1999-2006) werden die Anzahl Bewohner/-innen nach Besa-Stufen seit dem 1.1.1999 ausgewiesen. Die Gesamtzahl der Bewohner/-innen stimmt jedoch erst ab dem Jahr 2003 gut mit der SM-Statistik überein (Anhang 1, Tabelle A1.4).

Im Jahr 2005 lebten in den Urner Alters- und Pflegeheimen (inkl. Geriatrie KSU) 147 Bewohner/innen mit den BESA-Stufen 0/1 (29%), 112 mit der BESA-Stufe 2 (22%) und 259 mit den BESA-Stufen 3/4 (50%) (Tabelle 9). Seit 2003 gab es eine Zunahme stark pflegebedürftiger Bewohner/-innen von 203 (41%) auf **259** (50%). Ein Teil dieser Zunahme geht auf die Eröffnung der Pflegewohngruppe Höfli im Jahr 2003 (erstmalig erfasst 2004) zurück. Zudem weisen das APH Rosenberg in Altdorf, das Urner Altersheim in Flüelen und das BPH Spannort in Erstfeld seit 2003 eine Zunahme von BESA 3/4 Bewohner/innen auf (Tabelle 9).

Tabelle 6: Bewohner/-innen nach Geschlecht und Institutionen, 2000-2005*

Institution	Bewohner/ -innen	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kanton Uri	Total	447	455	456	457	481	479
	Männer	132	138	137	135	147	127
	Frauen	315	317	319	322	334	352
Talboden	Total	255	261	264	262	280	279
	Männer	73	78	79	78	89	74
	Frauen	182	183	185	184	191	205
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	Total					18	20
	Männer					10	10
	Frauen					8	10
APH Rosenberg, Altdorf	Total	146	146	146	146	146	145
	Männer	42	42	42	43	43	33
	Frauen	104	104	104	103	103	112
Urner Altersheim, Flüelen	Total	56	58	58	56	56	54
	Männer	10	17	17	14	15	16
	Frauen	46	41	41	42	41	38
Seerose, Flüelen	Total	27	32	33	33	33	33
	Männer	14	14	13	14	14	10
	Frauen	13	18	20	19	19	23
APH, Schattdorf	Total	26	25	27	27	27	27
	Männer	7	5	7	7	7	5
	Frauen	19	20	20	20	20	22
Aeusserer Seegemeinden	Total	9	9	6	6	8	8
	Männer	3	3	3	3	3	3
	Frauen	6	6	3	3	5	5
Altersheim, Seelisberg	Total	9	9	6	6	8	8
	Männer	3	3	3	3	3	3
	Frauen	6	6	3	3	5	5
Urserental BPH Ursern, Andermatt	Total	20	20	20	21	20	21
	Männer	6	5	5	3	4	4
	Frauen	14	15	15	18	16	17
Mittleres und oberes Reusstal	Total	109	110	111	113	119	119
	Männer	29	29	29	31	33	32
	Frauen	80	81	82	82	86	87
BPH Oberes Reusstal, Wassen	Total	40	40	41	44	44	44
	Männer	12	12	14	14	14	13
	Frauen	28	28	27	30	30	31
BPH Spannort, Erstfeld	Total	69	70	70	69	75	75
	Männer	17	17	15	17	19	19
	Frauen	52	53	55	52	56	56
Schächental APH Gosmergartä, Bürglen	Total	54	55	55	55	54	52
	Männer	21	23	21	20	18	14
	Frauen	33	32	34	35	36	38

* Daten 2006 zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung noch nicht publiziert
Quelle SM-Statistik 2000-2005, BFS. Analyse: Obsan

Tabelle 7: Bewohner/-innen nach Herkunft, 2000-2005*

Institution	Herkunft	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Schweiz	Urner/-innen in Urner APH	446	453	453	455	479	477
	Urner/-innen Ausserkant.	27	26	25	21	24	22
	Total Urner/-innen in APH	473	479	478	476	503	499
Kanton Uri	Urner Bewohner/-innen	446	453	453	455	479	477
	Ausserkantonale Bew.	1	2	3	2	2	2
	Total Bewohner/-innen	447	455	456	457	481	479
Talboden	Urner Bewohner/-innen	255	261	263	261	279	278
	Ausserkantonale Bew.	0	0	1	1	1	1
	Bewohner/-innen total	255	261	264	262	280	279
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	Urner Bewohner/-innen					18	20
	Ausserkantonale Bew.					0	0
	Bewohner/-innen total					18	20
APH Rosenberg, Altdorf	Urner Bewohner/-innen	146	146	146	146	146	145
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	146	146	146	146	146	145
Urner Altersheim, Flüelen	Urner Bewohner/-innen	56	58	58	56	56	54
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	56	58	58	56	56	54
Seerose, Flüelen	Urner Bewohner/-innen	27	32	32	32	32	32
	Ausserkantonale Bew.	0	0	1	1	1	1
	Bewohner/-innen total	27	32	33	33	33	33
APH, Schattdorf	Urner Bewohner/-innen	26	25	27	27	27	27
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	26	25	27	27	27	27
Aeusserere Seegemeinden	Urner Bewohner/-innen	9	9	6	6	8	8
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	9	9	6	6	8	8
Altersheim, Seelisberg	Urner Bewohner/-innen	9	9	6	6	8	8
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	9	9	6	6	8	8
Urserental BPH Ursern, Andermatt	Urner Bewohner/-innen	20	20	20	21	20	21
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	20	20	20	21	20	21
Mittleres und oberes Reusstal	Urner Bewohner/-innen	108	108	109	112	118	118
	Ausserkantonale Bew.	1	2	2	1	1	1
	Bewohner/-innen total	109	110	111	113	119	119
BPH Oberes Reusstal, Wassen	Urner Bewohner/-innen	40	39	39	43	43	43
	Ausserkantonale Bew.	0	1	2	1	1	1
	Bewohner/-innen total	40	40	41	44	44	44
BPH Spannort, Erstfeld	Urner Bewohner/-innen	68	69	70	69	75	75
	Ausserkantonale Bew.	1	1	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	69	70	70	69	75	75
Schächental APH Gosmergartä, Bürglen	Urner Bewohner/-innen	54	55	55	55	54	52
	Ausserkantonale Bew.	0	0	0	0	0	0
	Bewohner/-innen total	54	55	55	55	54	52

* Daten 2006 zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung noch nicht publiziert

Quelle SM-Statistik 2000-2005, BFS. Analyse: Obsan

Tabelle 8: Bewohner/-innen nach Altersklassen und Institutionen, 2000-2005*

Institution	Altersklasse	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kanton Uri	< 65 Jahre	6	6	10	13	14	15
	65-79 Jahre	81	82	79	77	74	61
	80+ Jahre	360	367	367	367	393	403
Talboden	< 65 Jahre	2	2	5	7	7	8
	65-79 Jahre	41	43	57	48	50	33
	80+ Jahre	212	216	202	207	223	238
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	< 65 Jahre					1	1
	65-79 Jahre					5	2
	80+ Jahre					12	17
APH Rosenberg, Altdorf	< 65 Jahre	1	1	2	3	3	2
	65-79 Jahre	28	26	25	16	16	16
	80+ Jahre	117	119	119	127	127	127
Urner Altersheim, Flüelen	< 65 Jahre	0	0	0	1	0	0
	65-79 Jahre	7	11	11	14	12	7
	80+ Jahre	49	47	47	41	44	47
Seerose, Flüelen	< 65 Jahre	0	0	1	1	1	3
	65-79 Jahre	0	0	14	13	13	6
	80+ Jahre	27	32	18	19	19	24
APH, Schattdorf	< 65 Jahre	1	1	2	2	2	2
	65-79 Jahre	6	6	7	5	4	2
	80+ Jahre	19	18	18	20	21	23
Aeussere Seegemeinden	< 65 Jahre	0	0	0	0	0	0
	65-79 Jahre	3	2	2	3	3	2
	80+ Jahre	6	7	4	3	5	6
Altersheim, Seelisberg	< 65 Jahre	0	0	0	0	0	0
	65-79 Jahre	3	2	2	3	3	2
	80+ Jahre	6	7	4	3	5	6
Urserental BPH Ursern, Andermatt	< 65 Jahre	0	0	0	1	1	1
	65-79 Jahre	8	5	1	3	3	4
	80+ Jahre	12	15	19	17	16	16
Mittleres und oberes Reusstal	< 65 Jahre	4	4	3	3	6	6
	65-79 Jahre	15	18	9	10	10	12
	80+ Jahre	90	88	99	100	103	101
BPH Oberes Reusstal, Wassen	< 65 Jahre	3	3	2	2	3	3
	65-79 Jahre	5	9	4	3	5	7
	80+ Jahre	32	28	35	39	36	34
BPH Spannort, Erstfeld	< 65 Jahre	1	1	1	1	3	3
	65-79 Jahre	10	9	5	7	5	5
	80+ Jahre	58	60	64	61	67	67
Schächental APH Gosmergartä, Bürglen	< 65 Jahre	0	0	2	2	0	0
	65-79 Jahre	14	14	10	13	8	10
	80+ Jahre	40	41	43	40	46	42

* Daten 2006 zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung noch nicht publiziert
Quelle SM-Statistik 2000-2005, BFS. Analyse: Obsan

Tabelle 9: Bewohner/-innen nach BESA-Stufen und Institutionen, 2000-2005

Institution	BESA-Stufe	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kanton Uri, mit Geriatrie KSU	BESA 0/1	184	203	195	172	157	149
	BESA 2	89	85	93	115	113	112
	BESA 3/4	179	187	190	203	244	259
Geriatrie, KSU	BESA 0/1	2	1	0	1	1	2
	BESA 2	4	6	5	6	4	9
	BESA 3/4	26	27	29	34	38	34
Kanton Uri, ohne Geriatrie KSU	BESA 0/1	182	202	195	171	156	147
	BESA 2	85	79	88	109	109	103
	BESA 3/4	153	160	161	169	206	225
Talboden	BESA 0/1	109	122	131	114	103	93
	BESA 2	45	49	51	59	62	57
	BESA 3/4	85	88	79	90	115	131
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	BESA 0/1					0	1
	BESA 2					1	0
	BESA 3/4					17	19
APH Rosenberg, Altdorf	BESA 0/1	47	54	65	66	64	57
	BESA 2	25	20	23	25	26	23
	BESA 3/4	69	71	58	55	55	65
Urner Altersheim, Flüelen	BESA 0/1	41	40	41	24	22	21
	BESA 2	12	12	9	20	16	11
	BESA 3/4	4	4	5	13	19	23
Seerose, Flüelen	BESA 0/1	19	18	14	16	10	6
	BESA 2	2	7	8	6	13	15
	BESA 3/4	6	8	11	11	10	13
APH, Schattdorf	BESA 0/1	2	10	11	8	7	8
	BESA 2	6	10	11	8	6	8
	BESA 3/4	6	5	5	11	14	11
Aeussere Seegemeinden	BESA 0/1	0	0	0	0	0	0
	BESA 2	0	0	0	0	0	0
	BESA 3/4	0	0	0	0	0	0
Altersheim, Seelisberg	BESA 0/1	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
	BESA 2	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
	BESA 3/4	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Urserental BPH Ursern, Andermatt	BESA 0/1	3	3	1	2	1	2
	BESA 2	5	3	3	2	3	1
	BESA 3/4	12	14	16	17	16	19
Mittleres und oberes Reusstal	BESA 0/1	52	58	48	46	46	45
	BESA 2	20	15	21	31	28	30
	BESA 3/4	35	34	39	35	45	44
BPH Oberes Reusstal, Wassen	BESA 0/1	18	22	19	20	24	23
	BESA 2	9	9	9	13	10	12
	BESA 3/4	13	9	13	11	10	9
BPH Spannort, Erstfeld	BESA 0/1	34	36	29	26	22	22
	BESA 2	11	6	12	18	18	18
	BESA 3/4	22	25	26	24	35	35
Schächental APH Gosmergartä, Bürglen	BESA 0/1	18	19	15	9	6	7
	BESA 2	15	12	13	17	16	15
	BESA 3/4	21	24	27	27	30	31

k.A. keine Angaben

Quelle „Übersicht Institutionen im Kanton Uri. Alters- und Pflegeheime“, Stand per 1.1 1999-2006, erstellt von APH Rosenberg, M. Petruzzi. Analyse: Obsan

Die Gesamtzahl stationär gepflegter Urner/-innen muss geschätzt werden, da für die in ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen platzierten Urner/-innen keine Daten zu den BESA-Stufen vorliegen. Wir nehmen an, dass bei den Urner Bewohner/innen in ausserkantonalen Heimen ebenfalls 72% pflegebedürftig sind (BESA 2-4). Bei einem Saldo von 20 ausserkantonal Platzierten resultieren für das Jahr 2005 zusätzlich 14 Bewohner/-innen mit BESA Stufe 2-4 ausserhalb des Kantons Uri (Tabelle 10). **Insgesamt lebten demzufolge im Jahr 2005 rund 385 leicht bis stark pflegebedürftige Urner/-innen in einem Alters- und Pflegeheim der Schweiz**

Tabelle 10: Stationär gepflegte Urner Pflegebedürftige 65+, 2000-2005

Aufenthalt	BESA	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Im Kanton Uri stationär	Besa 0-4	452	475	478	490	514	520
	Besa 2-4	268	272	283	318	357	371
	Anteil Besa 2-4 (%)	59	57	59	65	69	71
Saldo ausserkantonal	Besa 0-4 (Tabelle 7)	26	24	22	19	22	20
	Besa 2-4, geschätzt	15	14	13	12	15	14
Urner Pflegebedürftige, stationär gepflegt	BESA 2-4	283	286	296	330	372	385

Quelle: SM-Statistik 2000-2005 und Uebersicht Institutionen im Kanton Uri. Alters- und Pflegeheime, Stand per 1.1 1999-2006, erstellt von APH Rosenberg, M. Petruzzi. Analyse: Obsan

3.1.4 Betreuung von Demenzen in Urner Alters- und Pflegeheimen

Ab 2007 werden im Kanton Uri insgesamt 57 geschützte Plätze für Betagte mit Demenz in Betrieb sein (Tabelle 11). Die Plätze sind insbesondere für Demente mit Bewegungsdrang und Weglaufgefährdung konzipiert und sind auf 4 Institutionen verteilt: Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf, APH Rüttigarten, Schattdorf, BPH Spannort, Erstfeld und APH Gosmergartä, Bürglen. Zudem besteht im Urner Altersheim, Flüelen, das bauliche Potential für 2 geschützte Wohngruppen.

In den meisten Alters- und Pflegeheimen werden demente Betagte in den normalen Abteilungen integriert. Dies wird jedoch von einigen Verantwortlichen als unbefriedigend beschrieben (siehe qualitative Interviews) und ist nur möglich, solange die Betroffenen keinen ausgeprägten Bewegungsdrang haben und nicht Weglaufgefährdet sind.

3.1.5 Spezielle Fragestellungen

Gibt es weiterhin Pflegenotfälle im Kanton Uri?

Als Indikator für die prompte Verfügbarkeit eines Pflegebettes im „Pflegenotfall“ wurde die Anzahl von Langzeitaufenthalten von Betagten Urner/-innen in einem Akutspital in der Schweiz berechnet⁵. Datengrundlage ist die Medizinische Statistik (MedStat 2000-2004).

Zwischen 2000 und 2004 hat die Rate von Aufenthalten mit einer Dauer von über 30 Tagen bei über 65 Jährigen Urner/innen um 38 Prozent abgenommen (von 21 auf 13 Aufenthalte pro 1'000 über 65 Jährige). Absolut entspricht dies einer Abnahme von 113 auf 74 Aufenthalte. Die stärkste Abnahme ist dabei bei den über 74 Jährigen zu verzeichnen (von 34 auf 16 Aufenthalte pro 1000 Einwohner/-innen), während die Zahlen für die 65-74 Jährigen bei rund 10 Aufenthalten pro 1000 Einwohner/-innen stabil blieb. Der Rückgang ist vor allem bei Aufenthalten zwischen 30 und 90 Tagen zu beobachten. Langzeitaufenthalte über 90 Tage waren über den ganzen Zeitraum hinweg sehr selten (1-12 Aufenthalte von über 65 Jährigen Urner/-Innen pro Jahr).

⁵ Darin enthalten sind auch medizinisch indizierte Aufenthalte. Ausgeschlossen wurden Aufenthalte in der Geriatrie, in einer Rehabilitationsklinik oder in einer Psychiatrischen Klinik.

Bedarf an Plätzen für Rehabilitationen/Übergangspflege?

Um das Potential für eine Institutionalisierung der Rehabilitation und der Übergangspflege im Kanton Uri abschätzen zu können, wurden einerseits die Anzahl Spitalaufenthalte von über 65-Jährigen Urner/-innen mit der Hauptdiagnose Schenkelhalsfraktur (ICD10 Code S72) und die Anzahl Aufenthalte von über 65-Jährigen Urner/-innen in Rehabilitationskliniken (Typologie K22) der Schweiz (alle Diagnosen) berechnet (MedStat 2000-2004).

Zwischen 2000 und 2004 wurden pro Jahr um die 40 Fälle von über 65 Jährigen Urner/-innen mit der Hauptdiagnose Schenkelhalsfraktur in einem Krankenhaus der Schweiz behandelt. Dies entspricht einer Rate von rund 8 Fällen pro 1000 Einwohner/-innen und damit der durchschnittlichen Rate in der Deutschschweiz. Erfahrungsgemäss werden rund ein Drittel der Betroffenen nicht mehr mobil und ein Drittel kann ohne Rehabilitation wieder nach Hause. Für das letzte Drittel ist eine Rückkehr nach Hause nur nach einer Rehabilitation, möglich. Im Kanton Uri ist dies demzufolge bei rund 10 Personen pro Jahr der Fall.

Im Jahre 2004 gab es in Schweizer Rehabilitationskliniken 99 Aufenthalte von über 65 Jährigen Urner/-innen. Der grösste Teil fällt dabei auf Rehabilitationen nach chirurgischen Eingriffen (62). Die restlichen Fälle verteilen sich auf verschiedene Diagnosen, darunter 7 Fälle „Krankheiten des Kreislaufsystems“ und 4 Fälle „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“. Den weitaus grössten Teil von Rehabilitationsaufenthalten von Betagten Urner/-innen verzeichnete die Klinik Adelheid in Unterägeri (2004: 75 Fälle).

Tabelle 11: Geschützte Plätze zur Betreuung von demenzkranken Betagten, Kanton Uri, ab 2007

Institution	Geschützte Plätze für Demente	Bemerkungen
Kanton Uri, mit Geriatrie KSU	57	
Geriatrie, KSU	0	Demente ohne Bewegungsdrang integriert
Kanton Uri, ohne Geriatrie KSU	57	
Talboden	34	
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	20	Geschützte Wohngruppe nur für Demente
APH Rosenberg, Altdorf	0	Demente ohne Bewegungsdrang integriert
Urner Altersheim, Flüelen	0	Potential für 2 geschützte Wohngruppen
Seerose, Flüelen	0	5 Demente ohne Bewegungsdrang integriert
APH Rüttigarten, Schattdorf	14	Schutz vor Weglaufen und Laufgarten
Aeussere Seegemeinden	0	
Altersheim, Seelisberg	0	2 Demente sind integriert
Urserental	0	
BPH Ursern, Andermatt	0	2-3 Demente integriert, aber ungeeignet
Mittleres und oberes Reusstal	13	
BPH Oberes Reusstal, Wassen	0	6-8 Demente sind integriert
BPH Spannort, Erstfeld	13	Geschützte Wohngruppe
Schächental	10	
APH Gosmergartä, Bürglen	10	Geschützte Wohngruppe plus 10 Demente integriert

Quelle: Befragung Alters- und Pflegeheime 2006, Analyse: Obsan.

3.1.6 Personal

In fast allen Urner APH hat die Anzahl Vollzeitäquivalente (VZAE) zwischen 2000 und 2005 zugenommen (Tabelle 12), und zwar in den meisten Fällen überproportional zur Zunahme der Bewohner/-innen. Dies zeigt sich darin, dass die Anzahl Bewohner/-innen pro VZAE in den meisten APH abgenommen hat (Tabelle 10). Eine Ausnahme ist das APH Seerose in Flüelen. Dort ging eine Abnahme der VZAE mit einer Zunahme der Bewohner/-innen pro VZAE einher.

Tabelle 12: Beschäftigte, Vollzeitaquivalente (VZAE) und Bewohner/-innen pro VZAE, 2000-2005*

Institution	Herkunft	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kanton Uri	Beschäftigte	333	335	347	413	432	441
	Vollzeitäquivalente (VZA)	224	220	226	279	300	312
	Bewohner/-innen / VZAE	2.0	2.1	2.0	1.6	1.6	1.5
Talboden	Beschäftigte	138	135	148	196	212	212
	Vollzeitäquivalente (VZA)	121	110	114	153	169	174.2
	Bewohner/-innen / VZAE	2.1	2.4	2.3	1.7	1.7	1.6
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	Beschäftigte					15	18
	Vollzeitäquivalente (VZA)					15	18
	Bewohner/-innen / VZAE					1.2	1.1
APH Rosenberg, Altdorf	Beschäftigte	63	63	63	93	93	95
	Vollzeitäquivalente (VZA)	63	63	63	93	93	95
	Bewohner/-innen / VZAE	2.3	2.3	2.3	1.6	1.6	1.5
Urner Altersheim, Flüelen	Beschäftigte	35	34	34	45	45	34
	Vollzeitäquivalente (VZA)	25	24	24	28	28	24
	Bewohner/-innen / VZAE	2.3	2.4	2.4	2.0	2.0	2.3
Seerose, Flüelen	Beschäftigte	21	16	24	27	27	33
	Vollzeitäquivalente (VZA)	21	11	15	16	16	19
	Bewohner/-innen / VZAE	1.3	3.0	2.3	2.1	2.1	1.7
APH, Schattdorf	Beschäftigte	19	22	27	31	32	32
	Vollzeitäquivalente (VZA)	12	13	13	16	18	18
	Bewohner/-innen / VZAE	2.2	2.0	2.1	1.6	1.5	1.5
Aeusserer Seegemeinden	Beschäftigte	2	6	4	4	2	6
	Vollzeitäquivalente (VZA)	1.5	1.5	1.5	1.5	1	1.2
	Bewohner/-innen / VZAE	6.0	6.0	4.0	4.0	8.0	6.7
Altersheim, Seelisberg	Beschäftigte	2	6	4	4	2	6
	Vollzeitäquivalente (VZA)	2	2	2	2	1	1
	Bewohner/-innen / VZAE	6	6	4	4	8	6.7
Urserental BPH Ursern, Andermatt	Beschäftigte	25	27	27	27	27	28
	Vollzeitäquivalente (VZA)	15	16	16	15	15	17
	Bewohner/-innen / VZAE	1.4	1.3	1.3	1.4	1.3	1.3
Mittleres und oberes Reusstal	Beschäftigte	112	111	112	127	129	130
	Vollzeitäquivalente (VZA)	55	59	59	71	73	76
	Bewohner/-innen / VZAE	2.0	1.9	1.9	1.6	1.6	1.6
BPH Oberes Reusstal, Wassen	Beschäftigte	42	42	43	41	42	43
	Vollzeitäquivalente (VZA)	18	20	20	21	22	23
	Bewohner/-innen / VZAE	2.2	2.0	2.0	2.1	2.0	1.9
BPH Spannort, Erstfeld	Beschäftigte	70	69	69	86	87	87
	Vollzeitäquivalente (VZA)	36	39	39	51	51	53
	Bewohner/-innen / VZAE	1.9	1.8	1.8	1.4	1.5	1.4
Schächental APH Gosmergartä, Bürglen	Beschäftigte	56	56	56	59	62	65
	Vollzeitäquivalente (VZA)	33	33	35	38	41	44
	Bewohner/-innen / VZAE	1.6	1.7	1.6	1.4	1.3	1.2

* Daten 2006 zum Zeitpunkt der Berichtsverfassung nicht publiziert. Quelle SM-Statistik 2000-2005, BFS. Analyse: Obsan

3.2 Resultate der qualitativen Interviews

3.2.1 Beschreibung der aktuellen Situation

Die Situation der Leistungsanbieter

Grundhaltung bei der Betreuung der Bewohner/innen

Die befragten Leiter/innen und Mitglieder der Trägerschaften machten ohne Ausnahme einen engagierten Eindruck und stellten das Wohl der Betagten ins Zentrum ihrer Aufgabe. Den Anbietern ist es wichtig, dass bei der Pflege und Betreuung die/der Betagte im Zentrum steht und auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen soweit wie möglich eingegangen wird. Den Bewohner/innen von Heimen soll im Sinne der Förderung der Selbstständigkeit vor allem Hilfe zur Selbsthilfe geboten werden.

Personalrekrutierung

Diplomiertes Personal ist schwierig zu finden. Die Situation dürfte sich zudem in Zukunft noch verschärfen. Keine Probleme bestehen hingegen bei der Rekrutierung von Hilfspflegepersonal. Das heisst, je höher die Qualifikation des gesuchten Personals ist, desto schwieriger wird die Rekrutierung. Bietet ein Heim keine Ausbildungsplätze an, ist die Suche nach qualifiziertem Personal zusätzlich erschwert. In Zukunft könnte sich die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt negativ auf die Pflegequalität auswirken, falls die Zahl Pflegebedürftiger in den Heimen weiter zunehmen sollte.

Aufteilung in Alters- und Pflegeheimplätze

Die meisten Heime wurden entweder als Altersheime konzipiert oder als Alters- und Pflegeheime mit einer klaren Trennung zwischen den beiden Platzangeboten. Da die Pflegebedürftigkeit der Bewohner/innen in den letzten Jahren zugenommen hat, fand in den Heimen eine Verschiebung von Altersheimplätzen (ca. BESA-Stufen 1 und 2) in Richtung Pflegeplätze (ca. BESA-Stufen 3 und 4) statt. Die Umwandlung von Altersheimplätzen in Pflegeplätze stellt einige Heime vor Infrastrukturprobleme (beispielsweise fehlender Bettenlift).

Gemäss den Interviewaussagen können nebst Verlust der Selbständigkeit aus körperlichen oder geistigen Gründen auch soziale Ursachen der Anlass für einen Alters- oder Pflegeheim-eintritt sein. Dazu gehören Vereinsamung, Verlust der Tagesstruktur und Vernachlässigung der Körperpflege.

Fazit. Insgesamt gibt es einen zunehmenden Druck, Altersheimplätze in Pflegeheimplätze umzuwandeln. Dieser Druck dürfte zunehmen. Gleichzeitig scheint es von Seiten der Betagten nach wie vor einen gewissen Bedarf an Altersheimplätzen zu geben, auch wenn die Tendenz unbestritten ist, erst bei Pflegebedürftigkeit in ein Heim einzutreten. Die Bedeutung von sozialen Gründen für einen Heimeintritt weist darauf hin, dass mit entsprechenden (ambulanten) Angeboten der Heimeintritt teilweise hinausgeschoben werden könnte.

Einrichtungen für speziellen Pflegebedarf

Die Heime stossen an Grenzen bei medizinischen Akut- und schwereren psychogeriatrischen Fällen. Weiter ist die Betreuung von weglaufgefährdeten Demenzkranken für die nicht speziell ausgerüsteten Heime schwierig.

Einige versuchen bewusst, eine Durchmischung der Abteilungen in Bezug auf Pflegeschweregrad und Krankheitsbilder zu erreichen. Gründe dafür sind der Schutz des Pflegepersonals vor einer Häufung von schwer pflegebedürftigen Patienten/innen. Es wurden aber auch soziale Gründe genannt: Auf diese Weise könnten gesündere Bewohner/innen Hilfeleistungen verrichten, was ihr Selbstwertgefühl steigere.

Ausländische Pflegebedürftige mit speziellen Bedürfnissen sind noch kein Thema bei den stationären und ambulanten Anbietern. Auch in den nächsten Jahren sind gemäss ihren Aussagen höchstens vereinzelt Pflegebedürftige zu erwarten, welche aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds spezielle Bedürfnisse haben.

Fazit. Die Heime zeigen sich insgesamt sehr flexibel in der Aufnahme von Bewohner/innen mit den verschiedensten Krankheitsbildern.

Wartelisten

Mit Ausnahme der Geriatrie/KSU Uri und dem Altersheim Seelisberg führen alle stationären Anbieter eine Warteliste. Wichtigstes Kriterium für die Vergabe eines frei gewordenen Platzes ist die Dringlichkeit. Es kommt immer wieder vor, dass freie Betten an Personen vergeben werden, welche nie auf einer Warteliste waren, weil ihre Situation die grösste Dringlichkeit aufweist. Gründe können eine Überweisung aus dem Akutspital oder der plötzlich verschlechterte Gesundheitszustand einer betagten Person sein.

Häufig ist die Warteliste zweigeteilt: Einerseits sind Personen aufgeführt, welche sofort eintreten möchten, andererseits sind aber auch Personen auf der Warteliste vermerkt, welche sich vorsorglich angemeldet haben.

Fazit. Die Wartelisten können kaum als einen Indikator für die Notwendigkeit von Pflegeheimplätzen betrachtet werden. Dafür ist ihre Aussagekraft zu beschränkt. Ihr Vorhandensein weist aber darauf hin, dass momentan kein Überangebot an Plätzen besteht.

Pflegebedürftige und Angehörige

Veränderungen der Krankheitsbilder

Die Befragten stellen fest, dass bekannte Krankheitsbilder, insbesondere Demenz, vermehrt auftreten. Zugenommen hat weiter die Kombination von verschiedenen Krankheitsbildern wie beispielsweise eine Demenz gekoppelt mit körperlichen Beeinträchtigungen. Einige Pflegeheimplätze sind durch geistig, psychisch oder körperlich Behinderte jüngeren sowie mittleren Alters belegt. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass in Zukunft zunehmend Pflegeheimplätze durch Aids- und MS-Patienten/innen, Para- und Tetraplegiker/innen sowie geistig Behinderte belegt werden dürften, weil deren Alterserwartung steigt. Es wird erwartet, dass diese bei ihrem Eintritt wesentlich jünger sein werden als die heutigen Bewohner/innen. Für diese Personen fehle im Kanton Uri ein adäquates Betreuungsangebot, wenn die Angehörigen nicht oder nicht mehr für sie sorgen könnten.

Fazit. Unabhängig von der Anzahl der benötigten stationären Pflegeplätze im Kanton Uri dürfte der Pflegebedarf in den nächsten Jahren zunehmen. Gründe sind die Zunahme von Dementen, deren Betreuung aufwendig ist, dass die Bewohner/innen älter werden und komplexere, pflegeintensivere Krankheitsbilder aufweisen sowie das Fehlen von adäquaten Angeboten für jüngere Kranke oder Behinderte.

Erwartungen der Pflegebedürftigen

Die meisten Interviewpartner/innen machen eine klare Tendenz aus, dass die Ansprüche der Pflegebedürftigen höher geworden sind im Vergleich zu vor einigen Jahren. Einige Befragte betonen gleichzeitig, dass die Erwartungen im Allgemeinen nach wie vor bescheiden und erfüllbar seien, es sei ein Stadt-Land-Gefälle auszumachen. Auch die ambulanten Dienstleistungsanbieter stellen fest, dass die Ansprüche gestiegen sind. Insbesondere von der Spitex wird erwünscht, dass möglichst alle Dienstleistungen von der gleichen Betreuungsperson erbracht und die Einsatzzeiten flexibler werden. Alle Befragten sind sich einig, dass die Ansprüche in Zukunft noch stark zunehmen werden, weil der Lebensstandard in der Schweiz im Vergleich zu früher viel höher geworden sei und individuelle Bedürfnisse vermehrt ausgelebt

werden könnten. Die künftigen Generationen würden als Pflegebedürftige kaum bereit sein, diesen Standard zu senken.

Fazit. Durch die steigenden Ansprüche der Pflegebedürftigen stellt sich zunehmend die Frage, wer die dabei anfallenden Kosten übernehmen soll. Die Diskussion darüber, welches Angebot in welcher Qualität und zu welchem Preis Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen soll, muss noch vermehrt auf gesellschaftlicher und auf politischer Ebene diskutiert werden.

Erwartungen und Engagement der Angehörige

Die Hälfte der Befragten äusserte spontan, dass die *Erwartungen* der Angehörigen stärker zugenommen hätten als diejenigen der Pflegebedürftigen. Das *Engagement* der Angehörigen, wie beispielsweise Unterstützung der Pflegebedürftigen zu Hause oder Besuche im Heim, wird von den Gesprächspartner/innen unterschiedlich eingeschätzt: Rund ein Drittel der Befragten schätzen es nach wie vor hoch ein, ein weiteres Drittel stellt eine deutliche Abnahme des Engagements fest und einige der Interviewten stellen keine Veränderung fest. Ambulante Anbieter stellen teilweise auch fest, dass von Seiten der Angehörigen sanfter Druck auf die Betagten ausgeübt wird, einem Heimeintritt zuzustimmen.

Fazit. Auch die Erwartungen der Angehörigen steigen zunehmend während ihr Engagement gleich bleibt oder gar abnimmt. Interessant ist, dass die Bereitschaft für ein Engagement durchaus vorhanden zu sein scheint, wenn das Gespräch mit den Angehörigen gesucht wird. Eventuell besteht in diesem Bereich Aufklärungsbedarf indem den Angehörigen die Notwendigkeit und die Möglichkeiten für ein Engagement aufgezeigt werden.

Lücken im aktuellen Angebot

Gemäss den Aussagen der Befragten fehlen im Kanton Uri zahlreiche stationäre und teilstationäre Angebote:

- Angebote zur Entlastung von Angehörigen, insbesondere jener von Demenzkranken:
 - mehr Tagesheimplätze, insbesondere eine Tagesstätte für das Urner Oberland
 - ambulante Entlastungsangebote für Angehörige
 - Ausbau, Koordination und Finanzierung von Ferienbetten
- Stationäre Angebote für jüngere Behinderte wie MS-Kranke, geistig Behinderte, Para- und Tetraplegiker/innen
- Übergangspflege im Sinne von Rehabilitation nach einem Aufenthalt im Akutspital mit dem Ziel, dass die Betagten wieder nach Hause zurückkehren
- Spezifische stationäre Betreuung von psychogeriatrischen Betagten (inkl. Übergangspflege)
- Präventionsmassnahmen wie beispielsweise Sturzprophylaxe oder frühe Diagnostik von Defiziten, mit dem Ziel, dank geeigneter Massnahmen einen Heimeintritt zumindest hinauszuzögern
- Betreutes Wohnen in Alterswohnungen und Alters-Wohngemeinschaften
- Behandlungsmöglichkeit von Augenkrankheiten am KSU
- Die Bevölkerung und das Altersheim von Seelisberg haben durch ihre geografische Lage Schwierigkeiten beim Zugang zu diversen Angeboten des Kantons Uri.

Vereinzelt wurde auch darauf aufmerksam gemacht, dass eventuell weniger in die Suche und die Befriedigung von Bedürfnissen hinsichtlich neuer Wohnformen investiert werden sollte,

sondern das Hauptaugenmerk auf die Anpassung der bestehenden Wohnsituation mit Hilfe von kleinen baulichen Massnahmen (Handgriffe etc.) gelegt werden soll.

Im Zusammenhang mit den Lücken wurde von einigen Befragten spontan der grosse Stellenwert der Freiwilligenarbeit hervorgehoben, welche wichtige Aufgaben erfülle und Lücken schliesse. Dazu gehören nebst den Angehörigen, welche Pflegebedürftige zu Hause pflegten insbesondere Frauen-, Bäuerinnen- und Singvereine. Mehrfach wurde bemängelt, dass keine Koordination der verschiedenen Tätigkeiten stattfinde und die Angebote an Freiwilligenarbeit teilweise zu wenig bekannt seien.

In Bezug auf die Lücken im stationären Angebot (Plätze für jüngere Behinderte und Rehabilitation/ Übergangspflege) können die Befragten nicht abschätzen, wie viele Plätze pro Kategorie nötig wären. Man ist sich aber einig, dass die Nachfrage in keiner Kategorie genügend gross sein dürfte, um eine eigene Institution zu rechtfertigen (vgl. auch Abschnitt 1.1.3 Spezifische Frage - Übergangspflege).

Fazit. Ausser der Entlastungsangebote für Angehörige wurde keine der Lücken von einer Mehrheit der Befragten genannt. Die von den eruierten Lücken im stationären Angebot Betroffenen werden momentan in den bestehenden Institutionen aufgenommen. Es stellt sich jedoch die Frage nach der adäquaten Betreuung (von jüngeren Behinderten, von dementen Betagten) und damit der Qualität, aber auch der Effizienz (vorzeitiger Heimeintritt wegen ungenügender Übergangspflege respektive fehlender Präventionsmassnahmen) bei diesem Vorgehen.

Interessant ist, dass zweimal beklagt wurde, dass ambulante Entlastungsangebote für Angehörige von Demenzkranken fehlten. Das SRK bietet jedoch diese Möglichkeit an. Das Angebot scheint jedoch selbst in Fachkreisen noch nicht genügend bekannt zu sein.

3.2.2 Einschätzung des künftigen Bedarfs

Pflegeheimplätze

Die *aktuelle* Nachfrage nach Pflegeheimplätzen wird grossmehrheitlich als hoch eingeschätzt. Sie werde aber ab Frühling 2007 durch die Neueröffnung des APH Schattdorf aufgefangen. *In den folgenden Jahren* wird nach Ansicht der meisten Interviewpartner/innen der Nachfragedruck für Pflegeplätze trotzdem wieder zunehmen. Folgende Gründe wurden genannt:

- Durch den Ausbau der Spitex werden zurzeit mehr Leute zu Hause gepflegt als noch vor einigen Jahren. Es entstehe ein Vakuum, das plötzlich zu einer sprunghaft ansteigenden Nachfrage führen könnte.
- Rückgang der Pflege von Angehörigen zu Hause wegen der Zunahme – *erstens* – der Berufstätigkeit von Frauen, *zweitens* von Pendler/innen, welche ganztags abwesend sind sowie *drittens* von Kleinfamilien, so dass die Betreuung der betagten Angehörigen nicht mehr familienintern aufgeteilt werden kann.
- Rückkehr in den Kanton von Urner/innen nach ihrer Pensionierung. Dies könnte zu einer weiteren Zunahme von Betagten führen.

Für drei Befragte ist die Entwicklung des Nachfragedrucks in den nächsten Jahren unsicher: Auf der einen Seite spreche die demografische Entwicklung für einen steigenden Nachfragedruck, andererseits sei noch nicht absehbar, welches Potential der Ausbau von ambulanten Dienstleistungen noch habe und dadurch den Nachfragedruck abfangen würde. Sie schlagen daher ein Moratorium für den Ausbau von Pflegeheimplätzen von 3 bis 5 Jahren vor, welches von einem Monitoring begleitet wird.

Mittel- bis langfristig können sich vier Personen auch eine Abnahme der Nachfrage an Pflegeheimplätzen aus folgenden Gründen vorstellen:

- Zunahme des Angebotes und der Nutzung von privaten Anbietern: Die künftigen Pflegebedürftigen werden eine höhere Finanzkraft aufweisen als die heutigen Pflegebedürftigen, unter anderem weil immer mehr Personen auch über Pensionskassengelder verfügen.
- Die Abneigung, in ein Pflegeheim einzutreten wird noch zunehmen.
- Einige der Gesprächspartner/innen sehen künftig vermehrt kleinräumige, individuellere Wohnformen wie beispielsweise Wohngemeinschaften, Betreuung im Quartier oder kleine Pflegewohngruppen aufkommen.

Fazit. Der Nachfragedruck nach Pflegeplätzen wird wahrscheinlich in den nächsten Jahren zunehmen. Um die Nachfrage zu befriedigen, sehen einige Befragte jedoch Alternativen, welche eher den Bedürfnissen der künftigen Pflegebedürftigen und dem Altersleitbild des Kantons Uri entsprechen dürften und die eventuell auch aus finanzieller Sicht interessant sein könnten.

Stationäre Angebote allgemein

Es gibt nach wie vor eine Nachfrage nach *Altersheimplätzen*. So stellt Wassen einen Nachfragedruck für Altersheimplätzen der BESA-Stufen 1 und 2 fest und das APH Rosenberg in Altdorf führt eine Warteliste mit 300 bis 400 Namen für ihre Altersheimabteilung.

Der aktuelle Bedarf an *betreuten Alterswohnungen* wird im unteren Kantonsteil mehrheitlich negativ beurteilt: Sieben von elf Antwortenden, darunter zwei ambulante Anbieter, sind gegen einen Aufbau von betreuten Alterswohnungen. Im Urner Oberland wird jedoch ein Bedarf an betreuten Alterswohnungen ausgemacht. In Bezug auf betreute Alterswohnungen scheint der Preis eine wichtige Rolle zu spielen. Da viele Betagte in günstigen Wohnungen leben, sind sie nicht motiviert, für eine häufig kleinere Wohnung wesentlich mehr Mietzins zu bezahlen.

Für spezielle *Wohngruppen für demente Betagte* sieht man aktuell keinen zusätzlichen Bedarf. Eventuell sei dieser Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt wieder gegeben.

Ambulante Dienstleistungen

Von den Befragten wird vor allem die Spitex angesprochen: Der aktuelle Bedarf an Spitexleistungen schätzt die Mehrheit der Befragten als gedeckt ein. Künftig wird aber damit gerechnet, dass ein Ausbau nötig sein wird. Vereinzelt wird gewünscht, dass die Dienste der Spitex auch in Rand- und Nachtzeiten regulär verfügbar werden (nicht als Notfalldienst). Grundsätzlich bestätigten die Befragten der Spitex, dass ihre Dienste beliebig ausgebaut werden könnten.

Fazit. Vor dem Hintergrund, dass die Leute immer länger zu Hause bleiben (wollen) und dies entsprechend dem Altersleitbild auch gefördert werden soll, wird die Spitex wohl künftig weiter ausgebaut werden. Inwiefern die Dienstleistungen der Spitex zeitlich ausgedehnt werden, dürfte in erster Linie eine Kostenfrage sein.

3.2.3 Spezifische Fragen

Pflegenotfälle

Für die Mehrheit der Befragten existieren aktuell keine Pflegenotfälle. Innerhalb von einer bis zwei Wochen finde sich für eine pflegebedürftige Person immer einen Platz in einem Heim. Die Länge dieser Wartezeit sei breit akzeptiert. Die Wartezeiten seien in den letzten Jahren

zudem deutlich kürzer geworden. Einzig die Befragten in Andermatt bejahten klar das Vorhandensein von Pflegenotfällen.

Fazit. In Bezug auf Pflegenotfälle besteht im Allgemeinen kein Handlungsbedarf. Die Situation in Andermatt sollte jedoch überprüft werden.

Übergangspflege

Eine unbekannt Grösse stellt der Bedarf an Übergangspflege im Kanton Uri dar. Der Begriff kann unterschiedlich definiert werden. Von den Befragten wurde damit mehrheitlich die Zeit zwischen dem Austritt aus dem Akutspital und der optimalen Genesung, möglichst verbunden mit der Rückkehr nach Hause, bezeichnet.

Der Bedarf an Übergangspflege wird von den Befragten sehr vorsichtig quantifiziert. Am ehesten wird ein Bedarf für die Zeit nach einer Akutphase ausgemacht. Im Vordergrund stehen dabei Spitalaufenthalte wegen Frakturen oder Operationen. Einer der Gründe liegt nach Ansicht einiger Interviewpartner/-innen darin, dass die Aufenthaltsdauer im Akutspital heute wesentlich kürzer ist als noch vor einigen Jahren. Die Übergangspflege sollte die Rehabilitation beinhalten. Einige Befragte fassen den Begriff auch weiter, für sie gehört auch ein Training für die Bewältigung des Alltags sowie die Sturzprophylaxe dazu. Ziel muss sein, dass sich die Betagten wieder zutrauen, zu Hause zu leben.

Viele Gesprächspartner/innen sehen in Bezug auf die Übergangspflege trotzdem keinen Handlungsbedarf. Für sie stellt die ausserkantonale Rehabilitation von körperlich oder psychisch kranken Betagten kein Problem dar. Die Befragten, welche ein Angebot an Übergangspflege im Kanton Uri begrüssen würden, finden es mehrheitlich sinnvoll, diese beim KSU anzusiedeln. Eine Minderheit kann sich auch einen Leistungsvertrag mit einem APH vorstellen.

Das KSU selber sieht sich nicht in der Rolle als Anbieter für Übergangspflege, ist aber, sollte ein entsprechender Auftrag vorliegen, offen für das Anliegen. Selber ist es der Meinung, dass im Kanton Uri nicht genügend Fälle vorhanden sind um ein eigenes Angebot zu rechtfertigen. Das ausserkantonale Angebot sei hinreichend für den Kanton Uri.

Vereinzelt wird auch Übergangspflege vorgeschlagen für Personen, welche wegen schlechter Ernährung zu Akutfällen werden und danach - unnötigerweise - in ein Heim eingewiesen werden. Diese Personen müssten instruiert und eine Zeit lang begleitet werden hinsichtlich ihres Ernährungsbedarfs. Danach wären sie wieder fähig, selbständig zu leben.

Fazit. Die Grösse des Bedarfs wird von den Befragten sehr vorsichtig eingeschätzt. Es stellt sich daher die Frage, ob der Kanton Uri ein eigenes Angebot aufbauen soll. Gleichzeitig dürfte ein Potential in einer länger dauernden Übergangspflege (mehrere Wochen bis einzelne Monate) liegen, weil dadurch mehr Betagte wieder genügend selbständig werden, um nach Hause zurückkehren zu können.

Rolle der Geriatrieabteilung des KSU

Die Geriatrieabteilung des KSU wird von praktisch allen Befragten, inklusive des KSU selber, in erster Linie als „Puffer“ für die Pflegeheime betrachtet und für diese Funktion auch sehr geschätzt. Diese Rolle soll das KSU auch weiterhin einnehmen. Zusätzlich könnte die Geriatrieabteilung des KSU nach Ansicht einiger Befragten auch vermehrt Übergangspflege anbieten. Das KSU ist diesem Anliegen gegenüber offen eingestellt, sucht die Aufgabe aber nicht aktiv.

Fazit. Die Leistungserbringer sind sich über die wichtige Rolle der geriatrischen Abteilung des KSU als „Puffer“ weitgehend einig. Das KSU selber sucht momentan keine weiteren Aufgaben in der Langzeitpflege.

Information und Koordination

Bedarf an Information und Austausch

Der Bedarf an Information *zwischen den stationären Dienstleistungsanbietern*, aber auch an interkantonalem Austausch ist dank dem Branchenverband Curaviva gedeckt. Die stationären Anbieter beurteilen ihr Verhältnis untereinander als gut, einige können sich aber vorstellen, dass in den nächsten Jahren ein Konkurrenzdenken aufkommen könnte. Befragte, welche nicht direkt in eine Heimleitung eingebunden sind, machen zwischen den stationären Anbietern teilweise bereits heute ein Konkurrenzverhältnis aus, insbesondere im Bereich der Plätze für Demente.

Der Austausch *zwischen den ambulanten Anbietern* ist unterschiedlich gross: Die Spitex und die Pro Senectute arbeiten eng zusammen und haben ihr Domizil an der gleichen Adresse. Pro Senectute und das Schweizerische Rote Kreuz haben kaum Berührungspunkte. Der Kontakt zwischen der Spitex und dem SRK ist seit kurzem wegen Kompetenzabgrenzungen im Zusammenhang mit dem vom SRK aufgebauten Entlastungsdienst etwas belastet.

Das Verhältnis *zwischen den stationären und den ambulanten Anbietern* sowie zu den *Behörden* (GSUD, Gemeinde) wird als unkompliziert und konstruktiv gelobt. Für die Leitung des Altersheims Seelisberg ist der Austausch mit den anderen Dienstleistungsanbietern durch die geografische Lage erschwert.

Fazit. Der Informationsfluss und der Austausch sind, soweit sie die Pflegeheimplanung betreffen, gewährleistet und spielen sich weitgehend in einem positiven Klima ab.

Beurteilung der Koordination

Die Koordination zwischen den verschiedenen Anbietern und den Behörden wird unterschiedlich beurteilt: Für einige Befragte ist sie sichergestellt und problemlos. Mehrere Gesprächsteilnehmer/innen wünschten sich aber vermehrt Koordination respektive Zusammenarbeit in folgenden Bereichen:

- Zwischen den stationären Anbietern in administrativen Belangen wie beispielsweise der Buchhaltung
- Vereinzelt wird beanstandet, dass die Vergabe der Pflegeheimplätze noch zu sehr den Interessen der Träger, vor allem der Gemeinden, folge. Sie würden eine kantonal koordinierte Verteilung der Plätze bevorzugen.
- Generell würde von mehreren Befragten eine verstärkte steuernde Rolle des Kantons begrüsst, beispielsweise in Bezug auf die Umsetzung des Altersleitbildes oder was das Angebot an Plätzen für Demente betrifft. Dies könnte ihrer Ansicht nach mittels des Baureglementes oder die Subventionsvergabe geschehen.

Fazit. Die Koordination dürfte insgesamt genügend sein, in einigen Bereichen ist jedoch Verbesserungspotential auszumachen. Eine verstärkte Rolle des Kantons auf der Steuerungsebene ist zu prüfen, wobei die betroffenen Akteure in die Diskussion miteinbezogen werden sollten.

Bedarf für eine Informations- und Koordinationsplattform

Der Bedarf an einer Informationsplattform wird je nach Verständnis unterschiedlich beurteilt. *Für die Bevölkerung* wird die Notwendigkeit einer Plattform in einem kleinen Kanton wie Uri in Frage gestellt, da Informationssuchende von allen Anbietern und Behörden an die richtige zuständige Stelle verwiesen werden könnten. Es seien höchstens zwei Anrufe nötig, was zumutbar sei. Einige Befragten würden eine „Stelle für das Alter“ oder ähnlich begrüssen, welche in erster Linie von kantonomer Seite für die *Koordination und Steuerung der Pflegeheimplätze* zuständig wäre. Sie könnte jedoch gleichzeitig die Funktion einer Anlaufstelle für die Bevölkerung übernehmen. Vereinzelt wird ein grosser Bedarf an *Koordination und Struktural-*

rierung der Freiwilligenarbeit ausgemacht. Diese Aufgabe sollte nach Meinung dieser Personen von einer zentralen Stelle übernommen werden (vgl. Abschnitt 1.1.1 Lücken im Angebot).

Eine allenfalls neu geschaffene Stelle müsste auf jeden Fall bei einer bestehenden Institution angesiedelt werden. Je nachdem, welche Aufgabe dieser Stelle zugewiesen würde, sähen mehrere Befragte die Pro Senectute oder aber eine kantonale Behörde dafür geeignet.

Fazit. Knapp der Hälfte der Befragten ist eine koordinierende kantonale Stelle ein wichtiges Anliegen. Die Datenlage ist jedoch zu wenig eindeutig als dass die Notwendigkeit beurteilt werden könnte.

Finanzierung

Für die Befragten stehen weniger die Bedenken gegenüber der Finanzierung ihrer eigenen Institution im Vordergrund. Vielmehr sorgt man sich um die generelle Entwicklung der Finanzierung der Langzeitpflege.

3.2.4 Weitere Resultate

Abschliessend sollen verschiedene Aspekte erwähnt werden, welche die Befragten im Verlaufe des Interviews genannt haben, denen bisher jedoch noch kein oder nicht genügend Platz eingeräumt werden konnte. Es handelt sich um besonders betonte Aussagen, teilweise ohne direkten Bezug auf die zentralen Fragestellungen.

- Häufig wurde die Umsetzung des Altersleitbildes verlangt. Es seien bisher kaum konkrete Schritte auszumachen.
- Für einige Interviewte sollte die verstärkte koordinative Funktion des Kantons ein zentraler Punkt der Pflegeheimplanung sein.
- Immer wieder wurde betont, dass im Rahmen der Pflegeheimplanung auch diskutiert werden müsse, welche Qualität sich der Kanton Uri leisten wolle bei der Betreuung von Pflegebedürftigen: hinsichtlich krankheitsadäquater Betreuung, Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, aber auch in Bezug auf die Infrastruktur (Art der Zimmer). Der Kanton Uri sei hier gefordert, weil die Kosten für eine qualitativ gute Betreuung und Pflege nicht einfach auf die Pflegebedürftigen überwälzt werden könnten. Eine Interviewpartnerin drückte sich zusammenfassend so aus: „Es geht hier um die Kosten versus die Würde der Betagten.“
- Die Prävention ist für einige Interviewpartner/innen ein brachliegender Bereich im Kanton Uri, welche viel Potential beherberge, um auf kostengünstige Weise Pflegeheimeintritte zu vermeiden oder zu verzögern.
- Die interviewten Personen der Heime des Urner Oberlandes beklagen, dass die Probleme und die spezielle Situation der Urner Randregionen nicht genügend berücksichtigt würden in der Diskussion um die Pflegeheimplanung.
- Die Vertreterinnen des SRK Uri freuten sich, dass ihre Institution für die Pflegeheimplanung als Interviewpartner berücksichtigt wurde und somit als Akteur wahrgenommen wird. Im Sinne einer Wertschätzung seiner Dienstleistungen wünschten sie sich jedoch eine jährliche finanzielle Unterstützung durch den Kanton.

3.2.5 Schlussfazit der qualitativen Interviews

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ziele der qualitativen Interviews erreicht wurden. Die Einschätzungen und Prognosen, aber auch Bedenken der Akteure der

Langzeitpflege konnten aufgenommen und Informationslücken geschlossen werden. Die Ergebnisse sind dank der Vollerhebung bei den stationären Anbietern in Bezug auf diese Gruppe repräsentativ.

Bei den Gesprächen fiel auf, dass die Meinungen hinsichtlich der optimalen Betreuungsform für die Pflegebedürftigen divergieren. Es scheint eine Diskussion darüber zu geben, ob diese durch spezialisierte stationäre Angebote oder im Gegenteil mittels einer möglichst guten Durchmischung verschiedener Krankheitsbilder in einem Heim oder auf einer Abteilung sichergestellt ist.

Es scheint dagegen unbestritten zu sein, dass die Zahl der Pflegebedürftigen sowie deren Ansprüche künftig steigen werden. Die Zunahme muss indes nicht unweigerlich auch einen Anstieg von Pflegeplätzen in Heimen bedeuten. Der Ausbau der ambulanten Dienstleistungen, die Aufwertung und der koordinierte Einsatz von Freiwilligenarbeit sowie eine vielfältig gestaltete Prävention könnten eine kostengünstige Alternative zu Pflegeheimplätzen sein und die individuellen Bedürfnisse der künftigen Pflegebedürftigen besser befriedigen. Diese Anregungen von Interviewpartner/innen verdienen daher eine vertiefte Reflektion.

3.3 Leitsätze aus dem Gesundheits- und dem Altersleitbild

Das Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri (GSUD, 2003) und das Altersleitbild Uri (GSUD, 2005) beschreiben die strategische Ausrichtung des Urner Gesundheitswesens und der Urner Alterspolitik für einen Zeithorizont von 10 Jahren. In den qualitativen Interviews wurde häufig die Umsetzung des Altersleitbildes verlangt (vgl. Abschnitt 3.3.4). Es werden deshalb an dieser Stelle die Kernaussagen der beiden Leitbilder in Erinnerung gerufen.

3.3.1 Gesundheitsleitbild

Im Gesundheitsleitbild (GSUD, 2003) wurden 16 Leitsätze zu den Bereichen stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, Aus- und Weiterbildung des Personals sowie zu Organisation, Planung und Koordination formuliert. Für die Langzeitpflege und die Pflegeheimplanung sind folgende Leitsätze besonders relevant:

- **Leitsatz 2:** „Für pflegebedürftige Menschen werden genügend Pflegeheimplätze zur Verfügung gestellt. Massnahmen zur Prävention und Rehabilitation sowie zur Koordination und interdisziplinären Zusammenarbeit werden - insbesondere für die speziellen Angebote für demenzkranke Menschen - gefördert.“
- **Leitsatz 4** „Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen sollen solange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung betreut und gepflegt werden. Dazu werden Spitex-Leistungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gefördert.“
- **Leitsatz 16:** „Planerische Arbeiten berücksichtigen stets die Auswirkungen auf andere Bereiche des Gesundheits-, Sozial- und Umweltwesens. Sie tragen ausserdem den Wechselwirkungen zwischen stationären und ambulanten Behandlungen, zwischen akuten und postakuten sowie zwischen somatischen und psychiatrischen Angeboten Rechnung.“

3.3.2 Altersleitbild

Ein Hauptziel zum Leitsatz 2 war die Erarbeitung eines Altersleitbildes Uri. Von den neun Leitsätzen des *Altersleitbildes* (GSUD, 2005) sind für die Langzeitpflege und die Pflegeheimplanung die folgenden Leitsätze besonders relevant:

- **Selbstständige Lebensführung:** „Eine selbständige Lebensgestaltung ist von zentraler Bedeutung. Ein bedarfs- und bedürfnisorientiertes Dienstleistungsangebot unterstützt die Autonomie der älteren Personen und vermittelt Sicherheit.“
- **Wohnformen:** „Der Verbleib zu Hause ist die wichtigste Wohnform im Alter. Je nach Bedürfnis entstehen andere Wohnmöglichkeiten.“
- **Hilfe und Pflege:** „Ein angemessenes und aufeinander abgestimmtes Hilfe und Pflegeangebot ergänzt und ersetzt die Eigenkräfte. Neuen Krankheitsbildern wird bei der Altersversorgung vermehrt Rechnung getragen.“
- **Organisation/Koordination:** „Geeignete Strukturen sichern Steuerung und Koordination der Altersarbeit.“

3.3.3 Kernaussagen der Leitbilder

Die Leitsätze des Gesundheits- und des Altersleitbildes geben die Grundzüge der strategische Ausrichtung der neuen Pflegeheimplanung vor und können im Wesentlichen zu drei Kernaussagen zusammengefasst werden:

- 4. Durch die Förderung von Spitex-Leistungen und Entlastungsangeboten ist der Eintritt in ein Pflegeheim so lange wie möglich zu verhindern**
- 5. Kann die Pflege nicht mehr ambulant gewährleistet werden, sollen genügend stationäre Langzeitpflegeplätze zur Verfügung stehen**
- 6. Die stationären und ambulanten Angebote der Langzeitpflege werden koordiniert**

4 Demografische Entwicklungen und Perspektiven der Pflegebedürftigkeit im Kanton Uri 2000-2015/20

4.1 Szenarien zur Entwicklung der Zahl älterer Menschen im gesamten Kanton Uri

4.1.1 Resultate der kohortenbezogenen Szenarien

Zentraler Ausgangspunkt der Bevölkerungsszenarien für den Kanton Uri, seine Regionen und Gemeinden ist die Überlebenswahrscheinlichkeit ausgewählter Jahrgänge (= kohortenspezifische Überlebensordnung). Die entsprechenden Grunddaten sind in Tabelle 13 angeführt. Aufgeführt ist der Prozentanteil von Frauen und Männer in gegebenen Geburtsjahrgängen, die in den folgenden Jahren (2005, 2010, 2015 und 2020) noch leben. Beispiel: Im Jahre 2000 waren die 1926-30 geborenen Frauen 70-74 Jahre alt. Im Jahre 2005 haben noch 90% dieser Frauen überlebt bzw. das Alter von 75-79 Jahre erreicht. Gemäss Kohortensterbetafeln werden im Jahre 2010 gut 75% der im Jahre 2000 lebenden Frauen dieser Geburtsjahrgänge das Alter von 80-84 Jahren erreichen. Im Jahre 2015, wenn diese Geburtsjahrgänge 85-89 Jahre alt sind, dürften 56% der im Jahre 2000 lebenden Frauen weiterhin am Leben sein, usw..

Die Umrechnung der kohortenspezifischen Überlebensordnung von Frauen und Männern erlaubt demografische Szenarien, die den generationenbedingten Wandel der Lebenserwartung genauer abbilden als andere Methoden demografischer Projektionen. Alle nachfolgenden demografischen Szenarien basieren auf dieser Grundlage.

Tabelle 13: Kohortenspezifische Überlebensordnung - als Ausgangspunkt für die Szenarien 2000-2020

Geburtsjahrgänge	Alter im J. 2000	Überlebende von ursprünglich 100 P. im Jahre 2000							
		Frauen				Männer			
		2005	2010	2015	2020	2005	2010	2015	2020
1951-54	45-49 J.	99	98	97	94	98	96	92	87
1946-50	50-54 J.	99	97	95	91	97	93	87	79
1941-45	55-59 J.	98	95	91	83	96	89	80	68
1936-40	60-64 J.	97	92	84	72	93	83	70	53
1931-35	65-69 J.	94	86	72	54	88	73	55	34
1926-30	70-74 J.	90	75	56	33	82	59	36	17
1921-25	75-79 J.	83	60	34	13	71	42	18	5
1916-20	80-84 J.	70	38	14	5	57	24	6	1
1911-15	85-89 J.	52	18	5	-	39	9	2	-
1906-10	90-94 J.	31	8	-	-	22	4	-	-
1901-05	95-99 J.	25	-	-	-	13	-	-	-

Ausgangspunkt: Kohortenspezifische Sterbetafeln für die Schweiz,
Quelle: Bundesamt für Statistik 1998; Menthonnex 2006. Eigene Umrechnungen.

Die weitere Lebenserwartung der älteren Bevölkerung im Kanton Uri - als einem lange Zeit weniger wohlhabenden Kantone der Schweiz - kann möglicherweise allerdings leicht tiefer sein als im gesamtschweizerischen Durchschnitt. So ist etwa zu berücksichtigen, dass die älteren Urner und Urnerinnen zu einer Zeit aufgewachsen sind als der Kanton wirtschaftlich weniger wohlhabend war als heute. Der Wohlstandseffekt (reichere Menschen leben länger als ärmere Menschen) kann vor allem längerfristig - wenn die heute 50-Jährigen ein hohes Alter

erreichen - bedeutsam werden. Da das Erreichen einer sehr hohen, überdurchschnittlichen Lebenserwartung auch familiengenetisch mitbestimmt ist, können auch konstitutive Stärken und Schwächen lokaler Bevölkerungen bedeutsam sein, wodurch einige Gemeinden mehr Hochbetagte feiern können als gleich gelagerte andere Gemeinden.

Insgesamt gesehen dürften die in Tabelle 13 angeführten Werte der kohortenspezifischen Überlebensordnung für den Kanton Uri einigermaßen zuverlässige Aussagen zur Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung erlauben. Allerdings gilt dies immer nur unter der Voraussetzung, dass es nicht zu unerwarteten Störungen (unbehandelbare Grippenepidemie, Zusammenbruch des Sozial- und Gesundheitssystems oder Selbsttötungswelle bei älteren Menschen) kommt. Für die höheren Altersgruppen - namentlich für die über 80-Jährigen - ergibt die Kohortenmethode in jedem Fall zuverlässigere Werte als eine lineare Projektion (Trendfortschreibung), und in vielen bisherigen Bevölkerungsszenarien wurde die Zunahme der Lebenserwartung - namentlich auch der älteren Bevölkerung - systematisch unterschätzt (vgl. Höpflinger, Hugentobler 2003).

Tabelle 14: Demografische Szenarien zur Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung 2000-2020: Kanton Uri

Projektierte Zahl älterer Menschen gemäss kohortenspezifischer Überlebensordnung										
Alter:	Frauen					Männer				
	2000	2005	2010	2015	2020	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	777	769	945	998	1037	727	736	893	1011	1094
70-74	734	730	730	905	956	644	640	656	802	918
75-79	706	661	668	666	826	557	528	530	554	682
80-84	504	586	551	559	571	346	395	380	400	419
85-89	309	352	424	411	420	178	197	234	232	247
90-94	134	161	192	240	242	54	69	83	100	109
95-99	16	42	56	71	92	6	12	16	31	28
100+	4	4	11	15	25	0	1	2	3	3
Wohnbevölkerung insgesamt										
Alter:	2000 2005 2010 2015 2020					Mit Migrationskorrektur*				
						2015	2020			
65-69	1504	1505	1838	2009	2131	1897	1977			
70-74	1378	1370	1386	1707	1874	1699	1762			
75-79	1263	1189	1198	1220	1508	1220	1500			
80-84	850	981	931	959	990	959	990			
85-89	487	549	658	643	667	642	667			
90-94	188	230	275	340	351	340	351			
95-+	26	59	85	110	148	110	148			
85+	701	838	1018	1093	1166					

Grundlage: Umrechnung der kohortenspezifischen Überlebensordnung (aus Tabelle 1). Basis: Wohnbevölkerung gemäss Volkszählung 2000

Hinweis: Ohne Berücksichtigung von Aus- und Einwanderungsbewegungen.

Migrationskorrektur (vgl. 2.2.1): Abzug des migrationsbedingten Männerüberschusses bei der erwerbstätigen Bevölkerung 2000 (Annahme einer teilweisen Rückkehr ausländischer männl. Arbeitskräfte), zum genauen Vorgehen

Tabelle 14 zeigt die Entwicklung der älteren Wohnbevölkerung im gesamten Kanton Uri gemäss einer geschlechts- und kohortenspezifischen Umrechnung der kohortenbedingten Überlebensordnung bis 2020.

Die Migrationskorrektur wirkt sich kaum auf die Schätzwerte für Pflegebedürftige aus, da davon primär über 80-Jährige betroffen sind. Die Migrationskorrektur wird deshalb für die späteren Berechnungen nicht weiter verwendet.

4.1.2 Vergleich des kohortenbezogenen Szenarios mit kantonalen Szenarien des BFS

Das Bundesamt für Statistik (2004; 2007) hat für die Kantone Szenarien 2002-2040 und 2005-2050 errechnet, und zwar gemäss der klassischen Komponentenmethode (Fortschreibung bzw. Annahmen zur Geburtenentwicklung, Wanderungsbilanzen und Lebenserwartung der schweizerischen Bevölkerung, ausländische Wohnbevölkerung aus EWR-Staaten, ausländische Wohnbevölkerung aus Nicht-EWR-Staaten).

In Tabelle 15 werden die Ergebnisse der verschiedenen Szenarien – A) kantonale BFS-Szenarien 2004 und 2007 gemäss Komponentenmethode und B) Szenario gemäss kohortenbezogener Überlebensordnung - verglichen.

Tabelle 15: Vergleich des kohortenbezogenen Szenario mit kantonalen Szenarien des BFS, 2005-2020

	Altersgruppe 65-79 J.				80+ Jahre			
	2005	2010	2015	2020	2005	2010	2015	2020
A) Kohortenumrechnung	4064	4422	4936	5513	1819	1949	2052	2156
B) Szenarien BFS								
B.1) Trend	-	4370	4877	5383	-	1682	1726	1769
B.2) Positive Dynamik	-	4419	4945	5471	-	1705	1793	1880
B.3) Szenario AR-00-2005	4029	4417	4941	5540	1765	1944	2076	2182
Differenz Szenarien A-B.1	-	+ 52	+ 59	+ 130	-	+ 267	+ 326	+ 387
Differenz Szenarien A-B.2	-	+ 3	- 9	+ 42	-	+ 244	+ 259	+ 276
Differenz Szenarien A-B.3	+ 35	+ 5	- 5	- 27	+ 54	- 5	- 24	- 26

Szenarien BFS: Quelle: BFS (2004) Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040 (Szenarien B.1 und B.2) sowie BFS (2007) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050. Kantonale Szenarien unter <http://www.statistik.admin.ch> » Themen » 01 - Bevölkerung » Zukünftige Bevölkerungsentwicklung » Daten, Indikatoren (Szenario B.3)

Das neueste BFS-Szenario AR-00-2005 für den Kanton Uri gibt für die Prognosen 2010-2020 sowohl für die 65-79-Jährigen als auch für die über 80 Jährigen nur geringe Abweichungen vom Kohortenszenario.

Die Schätzungen des älteren BFS-Szenarios Trend zeigen im Vergleich zum neuen BFS-Szenario und zum Kohortenszenario bei beiden Altersklassen durchwegs tiefere Zahlen auf. Das BFS-Szenario Positive Dynamik zeigt hingegen bei der Altersklasse der 65-79 Jährigen eine recht gute Übereinstimmung, während die Bevölkerung 80+ wie beim Szenario Trend tiefer geschätzt wird. Dies unterstützt die Vermutung, dass die alten BFS-Szenarien (BFS, 2004) die Entwicklung der Hochbetagten allgemein unterschätzt haben, da sie die (Rest-)Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nicht berücksichtigt hatten.

Die BFS-Szenarien und die Kohortenumrechnung arbeiten mit unterschiedlichen Konzepten von Wohnbevölkerung. Wenn die Ausgangsbevölkerung unterschiedlich ist, können sich auch nachfolgend Differenzen ergeben.

Die kohortenbezogenen Szenarien basieren auf der Wohnbevölkerung gemäss Volkszählung 2000, wogegen das Bundesamt für Statistik von der ‚ständigen Wohnbevölkerung‘ ausgeht. Zur ständigen Wohnbevölkerung gehören alle Personen, deren zivilrechtlicher Wohnsitz ganzjährig in der Schweiz liegt. Der Begriff der Wohnbevölkerung gemäss Volkszählung ist breiter, und er umfasst die Bevölkerung nach wirtschaftlichem Wohnsitz. Unter wirtschaftlichem Wohnsitz versteht man die Gemeinde, in der sich eine Person die meiste Zeit aufhält. In der Mehrheit der Fälle stimmen zivilrechtlicher und wirtschaftlicher Wohnsitz überein. Personen für die dies nicht zutrifft sind beispielsweise Wochenendaufenthalter, Internatsschüler sowie – für Pflegeszenarien zentral – Alters- und Pflegeheimbewohner.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass ein Heimeintritt rechtlich keinen formellen Wohnortswechsel einschliesst, und beim Umzug einer alten Person in ein regionales Pflegeheim bleibt die bisherige Wohnortsgemeinde zuständig (faktischer und zivilrechtlicher Wohnort fallen auseinander). Dies ist auch bei den späteren Szenarien zur Pflegebedürftigkeit in den Gemeinden zu beachten: Gemessen wird streng genommen die Zahl Pflegebedürftiger, die wohnrechtlich in den Zuständigkeitsbereich einer Gemeinde fallen, und nicht die Zahl tatsächlich in einer Gemeinde sich aufhaltenden Pflegebedürftige.

Die Daten gemäss Volkszählung sind vollständiger, und entsprechend liegt für den Kanton Uri die Zahl der 65-79-Jährigen im Jahr 2005 um 35 Personen und die Zahl der 80+-Jährigen um 54 Personen höher als beim Konzept der ‚ständigen Wohnbevölkerung‘ (Tabelle 15). Für die Benützung der Volkszählung als Ausgangspunkt des Szenarios spricht auch die Tatsache, dass die Volkszählungsdaten auf Gemeindeebene vorliegen (was für die ‚ständige Wohnbevölkerung‘ nicht gilt).

Für die weiteren Analysen werden deshalb primär die Daten der Kohortenumrechnung benutzt und auf Kantonsebene mit den Zahlen des neuen BFS-Szenario AR-00-2005 (BFS, 2007) verglichen.

4.2 Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen im Kanton Uri

In Tabelle 16 sind die (altersspezifischen) Zahlen älterer pflegebedürftiger Menschen für 2000 sowie die Entwicklung gemäss Kohortenumrechnung für den gesamten Kanton Uri bis 2020 aufgeführt. Anzumerken ist, dass die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen unabhängig vom Wohnort (zu Hause oder stationär in Alters- und Pflegeheimen) aufgeführt ist.

Die Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftiger ist ziemlich deckungsgleich, ob gemäss Kohortenumrechnung oder neuem kantonalen Szenarium des Bundesamts für Statistik gerechnet wird. Dies zeigt im Grunde auch die Qualität der Methode der Kohortenumrechnung auf. Im Hinblick auf regionale und kommunale Entwicklungen ist dies wichtig, da dort nur Zahlen basierend auf der Kohortenmethode vorliegen.

Wird von der Wohnbevölkerung gemäss Volkszählung ausgegangen, lässt sich feststellen, dass im Jahr 2005 gut 730 65-jährige und ältere Menschen im Kanton Uri pflegebedürftig waren. Gut zwei Drittel (67%) sind über 80-jährig (und zwei Fünftel (40%) über 85-jährig).

Die Zahlen sind klar ansteigend, und ohne Veränderung der aktuellen Risiken, pflegebedürftig zu werden, kann sich die Zahl der älteren Pflegebedürftigen bis 2015 auf 850 und bis 2020 auf gut 920 Personen erhöhen.

Dies ist allerdings ein eher pessimistisches Szenario. Wird von einer moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten ausgegangen, ergeben sich deutlich geringere Werte. Und zumindest eine moderate Reduktion des Risikos einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit ist einerseits aufgrund des Generationenwandels des Alters (besser gestellte Generationen mit weniger harten Arbeitsbiographien kommen ins Alter) und andererseits aufgrund sozio-medizinischer Fortschritte wahrscheinlich. Beim Szenario ‚moderate Reduktion‘ erhöht sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2015 auf 790 (statt 850 Personen).

In einem ersten Schritt lässt sich somit festhalten, dass die Zahl der älteren Pflegebedürftigen von gegenwärtig 700-730 Menschen bis 2015 auf rund 850 und bis 2020 auf bis zu 930 Menschen erhöhen wird.

Die untere Zahl ist vor allem zu erwarten, wenn die Lebenserwartung älterer Menschen nur noch leicht ansteigt, und die obere Zahl ist primär zu erwarten, wenn es sozio-medizinisch zu keinen Fortschritten kommt.

Tabelle 16: Voraussichtliche Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen im Kanton Uri, 2000-2020

	Altersklassen					65-79	80+	65+
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+			
Kohortenumrechnung								
2000	38	83	126	170	245	247	415	662
Aktuelle Quoten*								
2005	38	82	119	196	293	239	489	728
2010	46	83	120	186	356	249	542	791
2015	50	102	122	192	383	274	575	849
2020	53	112	151	198	408	316	606	922
Moderate Reduktion Quoten*								
2015	54	94	110	173	361	258	534	791
2020	58	103	136	178	385	297	563	860
BFS-Szenario AR-00-2005								
Aktuelle Quoten*								
2005	37	82	116	194	279	235	473	708
2010	46	83	121	184	358	250	542	792
2015	50	104	124	194	388	278	582	860
2020	53	112	156	201	412	321	613	934
Moderate Reduktion Quoten*								
2015	53	95	111	174	366	259	540	799
2020	57	103	140	181	389	300	570	870

* Pflegebedürftigkeitsquoten gemäss Tabelle 1

In welchem Masse der Anstieg pflegebedürftiger älterer Menschen parallel auch einen Anstieg des Bedarfs an Pflegebetten impliziert, wird später noch genauer diskutiert. Die Zahl der benötigten Pflegebetten hängt nicht nur von der Zahl an Pflegebedürftigen ab, sondern sie wird entscheidend davon beeinflusst, wie viele Pflegebedürftige zuhause – ambulant – gepflegt werden, sei es durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste (Spitex).

4.3 Entwicklung der Zahl demenzkranker Menschen im Kanton Uri

In Tabelle 17 sind für den Kanton Uri die gegenwärtige und zukünftig erwartbare Zahl älterer demenzkranker Menschen gemäss Kohorten- und BFS-Szenarien bis 2020 aufgeführt.

Gegenwärtig (2005) kann im Kanton Uri von rund 480 demenzkranken älteren Menschen ausgegangen werden. Davon sind 70% 80-jährig und älter und 44% sind 84-jährig und älter. Anzuführen ist, dass nicht alle Demenzkranken medizinisch als demenzkrank diagnostiziert sind (da Demenzerkrankungen zu Beginn oft verdeckt bleiben) und ebenso wenig sind alle Demenzkranken schon pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit ergibt sich häufig erst in späteren Phasen der Demenzerkrankung.

Tabelle 17: Voraussichtliche Entwicklung der Zahl demenzkranker älterer Menschen im Kanton Uri 2000- 2020

	Altersklassen						65-79	80+	Total 65+
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+			
Demenzkranke Menschen gemäss aktuellen Prävalenzraten*									
Kohortenumrechnung									
2000	21	56	72	110	105	69	149	284	433
2005	21	56	67	128	119	93	144	340	484
2010	26	57	68	121	142	116	151	379	530
2015	28	70	70	125	139	145	168	409	577
2020	30	77	86	129	144	161	193	434	627
BFS-Szenario AR-00-2005									
2020	29	77	89	131	142	167	195	440	635
Demenzkranke Menschen bei Verzögerung der Demenz um zwei Jahre*									
Kohortenumrechnung									
bis 2015	23	51	62	97	117	165	136	379	515
bis 2020	23	56	77	100	121	183	156	404	560

* Prävalenzen gemäss Tabelle 2

Aufgrund der demografischen Entwicklung dürfte die Zahl der Demenzkranken weiter ansteigen, wobei die Zunahme von der Entwicklung der Restlebenserwartung im Alter beeinflusst wird. Gemäss der Kohortenumrechnung erhöht sich die Zahl demenzkranker älterer Menschen bei gleich bleibender Prävalenz (Häufigkeit) bis 2015 auf 577 und bis 2020 auf schätzungsweise 627 Personen. Beim BFS-Szenario AR-00-2005 liegt die Schätzung für 2020 mit 635 Personen leicht höher.

Anzuführen ist, dass die Zahl von rund 630 demenzkranken älteren Menschen im Jahre 2020 auf einem pessimistischen medizinisch-geriatrischen Szenario beruht. Angesichts der massiven Forschungsanstrengungen und ersten Erfolgen der Hirn- und Alzheimerforschung ist es unwahrscheinlich, dass es bis 2015/ 2020 bezüglich Behandlung und Rehabilitation verschiedener Demenzformen nicht zu Fortschritten kommen wird, namentlich was ein Aufschieben der alltagsrelevanten Demenzfolgen betrifft.

Das angeführte Alternativszenario weist darauf hin, dass sich die zahlenmässige Zunahme demenzkranker Menschen in bedeutsamer Weise dadurch reduzieren lässt, wenn das Auftreten der Erkrankung bis 2020 um zwei Jahre verzögert wird (und gegenwärtig sind Medikamente in der Entwicklung, die eine Verzögerung des Fortschreitens hirnorganischer Störungen zu erreichen versuchen). Ein Aufschieben der Krankheit um zwei Jahre bis 2020 würde die Zahl älterer demenzkranker Menschen im Kanton Uri um 67 Personen reduzieren. Wie bei der Pflegebedürftigkeit im Allgemeinen kann auch bei demenziellen Erkrankungen ein moderater gesundheits- und medizinischer Fortschritt den demographisch bedingten Anstieg kranker Menschen in bedeutsamer Weise abschwächen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Zahl demenzkranker älterer Menschen zwischen 2005 und 2020 wahrscheinlich von 480 auf rund 560 Personen ansteigen wird (d.h. eine Zunahme von 60-80 betroffener Personen innert 15 Jahre).

Tiefere Zahlen würden nur eintreffen, wenn – aufgrund sozial- und gesundheitspolitischer Probleme – mehr Menschen wieder vorzeitig sterben würden, und höhere Zahlen ergeben sich nur, wenn bis 2020 in der Demenzbehandlung keinerlei Fortschritte zu verzeichnen wären.

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings auch ein sich abzeichnender zentraler Wandel der qualitativen Pflegeproblematik demenzieller Störungen: Die Entwicklung geht einerseits in die Richtung, dass eine Diagnose potenzieller Demenzrisiken immer früher möglich wird. Moderne Diagnoseinstrumente - wie Messung des Sauerstoffgehalts in verschiedenen Gehirnregionen, gezielte Memorytests u.a. - erlauben eine immer frühere Erkennung demenzieller Risiken. Dasselbe gilt auch für genetische Diagnosen. Andererseits zeichnet sich ab, dass alltagsrelevante Einbussen beim Eintreten hirnorganischer 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) hirnorganischen Erkrankungen leiden, ohne jedoch schon jetzt ihre Alltagsautonomie voll eingebüsst zu haben.

Diese Entwicklung hat zwei Konsequenzen: Erstens können demenzerkrankte ältere Menschen damit länger zuhause, ambulant, betreut werden. Zweitens wird eine frühzeitige Beratung und Betreuung von demenzkranken Menschen - und ihrer Angehöriger - immer wichtiger.

4.4 Regionale Szenarien

4.4.1 Regionale und kommunale demografische Entwicklungen

In Tabelle 18 sind die Resultate der regionalen kohortenbezogenen Szenarien aufgeführt. Resultate für die Gemeinden befinden sich im Anhang 1, Tabelle A1.5. Tabelle 19 vergleicht diese Zahlen mit früheren regionalen demografischen Projektionen (Züsli, R., 2003). Bei den einzelnen Regionen lässt sich folgendes feststellen:

a) Talboden: In dieser Region sind gemäss Szenario in allen Altersgruppen Anstiege – wenn auch nicht linearer Art – zu erwarten. Abwanderung ausländischer Arbeitskräfte kann allerdings dazu führen, dass 2020 die Zahl der 65-74-Jährigen tiefer liegt als ausgewiesen. Nach dem Szenario steigt die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen zwischen 2005 und 2020 von 913 auf 1072 an. Im Szenario Züsli wurde dagegen für 2023 eine Zahl von 979 Personen ausgewiesen (wobei auch hier auffällt, dass im Szenario Züsli die Zahl der 80+-Jährigen von 2003 und 2008 unerklärlicherweise rückläufig ist (2003: 950, 2008: 882). Die Zahl von 979 Personen dürfte zu tief sein, und – selbst bei weniger klarer Ausweitung der Restlebenserwartung heute älterer Menschen – ist in der Region mit einem Anstieg der 80-jährigen und älteren Menschen auf über 1030-1040 zu rechnen.

b) Äussere Seegemeinden: In den äusseren Seegemeinden ist absolut betrachtet nur mit einer relativ kleinen Zunahme an 80-jährigen und älteren Menschen zu rechnen, von 75 (1005) auf 96 (2020). Im Szenario Züsli (2003) wurde eine analoge Entwicklung erwartet (2008: 79, 2023: 94). Entscheidend für die Zahl an Hochbetagten (90+) im Jahre 2020 ist allerdings das Überleben der in dieser Region stark vertretenen Generation 1926-30 (die im Jahr 2005 75-79 Jahre alt war). Nach 2020, wenn die letzten dieser Generation ‚aussterben‘, wird die Zahl der 80+-Jährigen wieder sinken.

Tabelle 18: Regionale Szenarien: Demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung 2000-2020 gemäss Kohortenumrechnung

		Ältere Wohnbevölkerung im Alter von					
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Talboden	2000	731	652	627	427	253	110
	2005	765	668	563	488	278	147
	2010	979	706	586	443	330	182
	2015	1110	912	620	471	305	225
	2020	1138	1037	805	502	329	241
Äussere Seegemeinden	2000	63	93	56	37	21	8
	2005	65	57	79	42	23	10
	2010	94	58	52	60	28	13
	2015	94	88	52	40	40	16
	2020	102	87	79	43	28	25
Urserental	2000	76	90	84	49	17	14
	2005	95	69	77	63	31	12
	2010	98	87	59	60	42	16
	2015	95	90	76	49	42	28
	2020	111	88	81	62	33	30
Mittleres und oberes Reusstal	2000	435	344	335	228	133	57
	2005	381	395	297	261	148	71
	2010	422	351	344	232	174	94
	2015	419	393	312	273	160	117
	2020	459	390	345	252	190	123
Schächental	2000	199	199	161	109	63	25
	2005	197	182	172	124	69	35
	2010	230	182	163	133	81	37
	2015	288	224	162	126	91	51
	2020	321	268	195	127	88	65

c) Urserental: In dieser Region lässt sich nur eine allmähliche Zunahme der älteren Bevölkerung erwarten. Die Zahl der 80-jährigen und älteren Bevölkerung wird gemäss diesem Szenario nur leicht ansteigen, zwischen 2005 und 2020 von 108 auf 125 Personen. In der Prognose ‚Züsli‘ wurde – ausgehend von einer nur leichten Zunahme der Lebenserwartung – für 2023 eine tiefere Zahl von 98 80+-jährigen Personen erwartet.

d) Mittleres & oberes Reusstal: Gemäss Kohortenumrechnung nimmt in dieser Region namentlich die Zahl der über 85-jährigen Menschen stark zu (wogegen sich bei den jüngeren Altersgruppen weniger starke Anstiege zeigen). Gemäss Szenario wäre die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen in dieser Region zwischen 2005 und 2020 von 480 auf 565 Personen ansteigen (Anstieg um 18%). In der Prognose Züsli wurde dagegen für 2023 nur eine entsprechende Zahl von 411 Personen im Alter von 80 Jahren und mehr ausgewiesen (was sicherlich zu tief ist). Beim Szenario Züsli 2003 würde die Zahl der 80-jährigen und älteren Menschen sogar sinken (2003: 549, 2008: 474, 2023: 411), was höchst unwahrscheinlich erscheint. Selbst wenn die Kohortenumrechnung möglicherweise zu recht hohen Zahlen

führt, ist in dieser Region bis 2020 zumindest ein Anstieg der 80-jährigen und älteren Personen zu rechnen (mindestens auf 520-530 Personen).

e) Schächental: Auch in dieser Region ist der Anstieg der ‚jungen Alten‘ (65-74) wegen Nichtberücksichtigung der Abwanderung ausländischer Arbeitskräfte um die Pensionierung bis 2020 zu hoch angesetzt. Bei den 80-jährigen und älteren Menschen ist zwischen 2005 und 2020 mit einem Anstieg von 228 auf 290 Personen zu rechnen. Nach dem Szenario Züsli wären es 2023 mit 242 Menschen deutlich weniger. Insgesamt dürfte das Schächental im Jahr 2020 allerdings mehr als 242, und möglicherweise etwas weniger als 290 80-jährige und ältere Menschen beherbergen.

Tabelle 19: 80-jährige und ältere Bevölkerung in den Regionen: Vergleich mit früherer demografischer Projektion

	80+-jährige Bevölkerung gemäss				
	Berechnungen Züsli 2003*			Kohortenumrechnung	
	2003	2008	2023	2005	2020
Talboden	950	882	979	913	1072
Äussere Seegemeinden	74	79	94	75	96
Urserental	94	110	98	108	125
Mittleres & oberes Reusstal	549	474	411	480	565
Schächental	235	223	242	228	290

*Züsli 2003: Richard Züsli (2003) Altersplanung Kanton Uri. Demografischer Teil (basierend auf Erhebung bei Gemeinden per Aug. 2003 und lineare Projektion gemäss Mortalitätstabelle 1999 und Szenario Trend Bundesamt für Statistik.

4.4.2 Regionale und kommunale Entwicklung der Zahl pflegebedürftiger Menschen

Ausgehend von den Kohortenszenarien wurde – analog zum Kanton Uri als Ganzes – auch die denkbare Entwicklung älterer Pflegebedürftiger für die Regionen und die Gemeinden umgerechnet. Zum einen wurde die Schätzung basierend auf heutigen Quoten der Pflegebedürftigkeit vorgenommen, zum anderen basierend auf leicht reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten (Tabelle 20). Aufgrund von Auf- und Abrundungen der Zahlen weicht die Summe der regionalen Daten um bis zu 11-12 Personen von den kantonalen Daten ab. Dasselbe gilt für die Summe der Zahlen der Gemeinden einer Region, die leicht von der Summe der gesamten Region abweichen können. Für die einzelnen Regionen lassen sich damit folgende Trends festhalten.

a) Talboden: Die bevölkerungsreichste Region des Kantons hat auch mit der absolut stärksten Zunahme an Pflegebedürftigen zu rechnen. Im ungünstigsten Fall wird die Zahl älterer Pflegebedürftiger zwischen 2005 und 2020 von 360 auf fast 470 Personen ansteigen (+108). Der grösste Teil der zusätzlichen Pflegebedürftigen würde in den zwei grössten Gemeinden der Region anfallen. Bei reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote reduzieren sich die Zahlen entsprechend. Aber auch bei diesem positiveren Szenario ist – demografisch bedingt – ein nicht unbeträchtlicher Anstieg der Zahl von Pflegebedürftigen zu erwarten (auf 430-440 Personen).

b) Äussere Seegemeinden: In den äusseren Seegemeinden ergibt sich – demografisch bedingt - nur eine geringe Zunahme an Pflegebedürftigen, von gegenwärtig um die 30-33 auf gut 40 Personen.

c) Urserental: In dieser Region ist nur mit einem leichten Anstieg der Zahl älterer Pflegebedürftiger zu rechnen. Zwischen 2005 und 2020 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen je nach Szenario von rund 40 auf zwischen 45-50 Personen erhöhen.

d) Mittleres & oberes Reusstal: In dieser Region ist im Referenzzeitraum 2005-2020 je nach Szenario mit einer Zunahme um 20 bis 35 älteren Pflegebedürftigen zu rechnen. Die obere Zahl ergibt sich bei starker Zunahme der Lebenserwartung ohne Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquote was eine eher unwahrscheinliche Variante darstellt. Eine Zunahme von 20 bis 30 älteren Pflegebedürftigen scheint für diese Region die wahrscheinlichste Variante zu sein.

e) Schächental: Auch in dieser Region ergeben sich je nach Szenario unterschiedliche Werte, aber ein Anstieg von 94 (2005) auf 115-120 pflegebedürftigen Personen bis 2020 erscheint wahrscheinlich. Ein wesentlicher Teil der älteren pflegebedürftigen Menschen wird auch in Zukunft in der grössten Gemeinde der Region (Bürglen) zu finden sein.

Tabelle 20: Voraussichtliche Entwicklung der Zahl älterer Pflegebedürftigen (über 65 Jährig) in den Regionen* und Gemeinden des Kantons Uri, gemäss Kohortenumrechnung**

	Aktuelle Pflegebedürftigkeitsquoten					red. Pflegebedürftigkeitsquoten	
	2000	2005	2010	2015	2020	2015	2020
Talboden	332	361	393	425	469	396	438
Altdorf	201	210	220	224	234	209	218
Attinghausen	18	20	28	31	33	28	32
Flüelen	40	38	40	41	44	38	42
Seedorf	13	17	21	27	35	26	33
Schattdorf	58	73	84	99	121	94	113
Äussere Seegemeinden	28	32	36	39	41	37	40
Bauen	5	3	3	4	5	4	5
Isenthal	8	11	12	11	12	9	11
Seelisberg	12	14	14	17	17	15	15
Sisikon	4	5	6	7	8	6	7
Urserental	36	42	45	49	50	46	47
Andermatt	28	33	36	37	38	34	35
Hospental	5	5	5	6	6	4	4
Realp	3	4	4	4	5	4	5
Mittl. & ob. Reusstal	177	193	205	215	228	201	212
Erstfeld	93	102	109	113	121	106	114
Göschenen	10	12	13	15	17	14	15
Gurtellen	16	19	20	19	19	19	18
Silenen	40	43	48	51	56	48	51
Wassen	17	16	15	14	15	14	15
Schächental	86	94	100	111	123	104	116
Bürglen	64	70	76	82	89	77	83
Spirigen	13	15	16	17	19	16	17
Unterschächen	8	9	10	13	15	11	14

Anmerkungen:
 Je kleiner eine Gemeinde, desto stärker können ‚Zufallsschwankungen‘ und Einzelereignisse mitspielen, wodurch die tatsächlichen Zahlen deutlich von den obigen Szenarien abweichen können. Bei sehr kleinen Gemeinden können bereits kleine Abweichungen von um die 5 Personen zu einer Verdoppelung oder Halbierung der Zahl Pflegebedürftiger führen. Gemäss dem statistischen Gesetz der ‚grossen Zahl‘ sind Szenarien bei grösseren Gemeinden relativ zuverlässiger als bei kleinen Gemeinden.
 Bei kleinen Gemeinden können zudem Migrationseffekte relativ starke Effekte aufweisen, z.B. Bau einer Seniorenresidenz in einer kleinen Gemeinde kann die Altersverteilung der Bevölkerung rasch und deutlich verändern.
 * Rundungsdifferenzen zu kantonalen Zahlen in Tabelle 16. ** Rundungsdifferenzen zu regionalen Zahlen

5 Prognose des Bedarfs an Pflegeheimplätzen

5.1 Basisszenario

Den Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri in den Jahren 2008-2015 bestimmen massgeblich zwei Faktoren: die Anzahl Pflegebedürftiger und welcher Anteil davon stationär gepflegt werden wird. Pflegebedürftige weisen gemäss ADL-Kriterien mindestens BESA-Stufe 2 und vor allem BESA-Stufen 3 und 4 auf. Die Rate stationär Gepflegter im Kanton Uri kann für die Jahre 2000 und 2005 aufgrund der geschätzten Anzahl Pflegebedürftiger (Tabelle 16) und der in den Urner Alters- und Pflegeheimen gepflegten Bewohner/-innen der BESA Stufen 2-4 (Tabelle 10) abgeschätzt werden. Die beobachtete Verteilung zwischen stationär und ambulant sagt jedoch nichts darüber aus, ob Nachfrage und Angebot deckungsgleich sind.

Es fällt auf, dass der Anteil stationär gepflegter älterer Pflegebedürftiger zwischen 2000 und 2005 um rund 10 Prozentpunkte zugenommen hat (Tabelle 21). Hier ist zu bemerken, dass im Jahr 2000 eine Differenz zwischen der Gesamtzahl Bewohner/-innen gemäss M. Petruzzi (Basis für die Berechnung des stationären Anteils) und der SM-Statistik besteht. Es gibt jedoch Hinweise, dass die Differenz in erster Linie Altersheimplätze betrifft und nicht Pflegeheimplätze. Mit recht grosser Wahrscheinlichkeit handelt es sich deshalb um eine reale Zunahme des Anteils stationär betreuter Pflegebedürftiger. Dies würde darauf hinweisen, dass Anfang des Jahrzehnts der Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri nicht gedeckt war.

Tabelle 21: Schätzung der Rate stationär betreute über 65 Jährige Pflegebedürftige (Besa 2-4) mit Herkunft Kanton Uri, 2000 und 2005

Szenario	Total gepflegte BESA 2-4, 65+ (vgl. Tabelle 16)		Stationär gepflegte* BESA 2-4, 65+ (vgl. Tabelle 10)		Anteil stationär (%)		
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	
Kohortenumrechnung Komponentenmethode (BFS AR-00-2005)	662	728	283	385	45%	52.9%	
	-	708	283	385	-	54.4%	
Durchschnittliche Rate						53.6%	

*inkl. Pflegebedürftige in ausserkantonalen Heimen (vgl. Abschnitt 3.1.2)

Quelle: Szenarien gemäss Kapitel 4 und Uebersicht Institutionen im Kanton Uri. Alters- und Pflegeheime, Stand per 1.1 2000 und 2005, erstellt von APH Rosenberg, M. Petruzzi. Analyse: Höpflinger/Obsan

Für das Jahr 2005 variiert der Anteil stationär Gepflegter je nach zugrunde liegendem Bevölkerungsszenario zwischen 52.9 und 54.4 Prozent. Gesamtschweizerisch wurde ein Verhältnis von 40% stationär und 60% ambulanter Pflege geschätzt, allerdings unter Einfluss der Westschweiz – welche die ambulante Pflege schon seit Jahren gefördert hat (vgl. Höpflinger, Hugenobler 2005). Auch wenn im Kanton Uri der ambulante Bereich in den nächsten Jahren massiv gefördert würde, ist ein stationärer Anteil von lediglich 40 Prozent eher unrealistisch. Für die Deutschschweiz dürfte die Verteilung ungefähr 50/50 sein.

Für die Abschätzung des Bedarfs an Pflegeheimplätzen rechnen wir für das Basisszenario mit einem Anteil stationärer Pflege von 54 Prozent. Dies ist eine vorsichtige Annahme, entsprechend dem Mittelwert der geschätzten Raten für das Kohorten- und das BFS-Szenario. Für die Sensitivitätsanalysen (Abschnitt 5.2.3) werden zudem eine optimistische Varianten mit einer Verteilung stationär/ambulant 50/50 und eine pessimistische Variante mit einer Verteilung stationär/ambulant 60/40 berechnet. Zudem gehen wir von einer weiterhin hohen Bettenauslastung (100 Prozent) aus, da mit der Geriatrie am KSU offenbar ein Puffer besteht.

5.1.1 Abschätzung des Bedarfs für den Kanton Uri

Tabelle 22 schätzt den Bedarf an Pflegeheimplätzen für den Kanton Uri für die Jahre 2010, 2015 und, als Ausblick, für das Jahr 2020. Es wird ein Anteil von 54 Prozent stationär gepflegter älterer Pflegebedürftigen angenommen (siehe oben). Mit der aktuellen Pflegebedürftigkeitsquote ergibt sich wahrscheinlich eine Zunahme des Bedarfs auf knapp 430 Pflegeplätze bis 2010 und auf knapp 460 Plätze bis 2015. Mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote verzögert sich nach 2010 der prognostizierte Anstieg um rund 5 Jahre.

Tabelle 23 zieht Bilanz zwischen dem voraussichtlichen Bettenangebot im Kanton Uri und dem prognostizierten Bettenbedarf. Die Bilanz wird einerseits gezogen für die von den Alters- und Pflegeheimen bereits heute als Pflegeplätze geplanten Betten, andererseits unter Einbezug sämtlicher als Pflegebetten nutzbarer Betten (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 22: Schätzung stationär betreute Pflegebedürftige 65+ im Kanton Uri, seinen Regionen und Gemeinden, 2005 bis 2020, mit Rate stationär 0.54

	mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote				mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote	
	2005	2010	2015	2020*	2015	2020*
Kanton Uri						
Kohortenumrechnung						
Komponentenmethode (BFS AR-00-2005)	393	427	458	498	427	464
	382	428	464	504	431	470
Regionen und Gemeinden**	390	421	453	492	423	461
Talboden	195	212	230	253	214	237
Aldorf	113	119	121	126	113	118
Attinghausen	11	15	17	18	15	17
Flüelen	21	22	22	24	21	23
Seedorf	9	11	15	19	14	18
Schattdorf	39	45	53	65	51	61
Äussere Seegemeinden	17	19	21	22	20	22
Bauen	2	2	2	3	2	3
Isenthal	6	6	6	6	5	6
Seelisberg	8	8	9	9	8	8
Sisikon	3	3	4	4	3	4
Urserental	23	24	26	27	25	25
Andermatt	18	19	20	21	18	19
Hospental	3	3	3	3	2	2
Realp	2	2	2	3	2	3
Mittl. & ob. Reusstal	104	111	116	123	109	114
Erstfeld	55	59	61	65	57	62
Göschenen	6	7	8	9	8	8
Gurtellen	10	11	10	10	10	10
Silenen	23	26	28	30	26	28
Wassen	9	8	8	8	8	8
Schächental	51	54	60	66	56	63
Bürglen	38	41	44	48	42	45
Spirigen	8	9	9	10	9	9
Unterschächen	5	5	7	8	6	8

* Ausblick ** Rundungsdifferenz von 3-6 Personen zu Kanton Uri. Analyse: Höpflinger/Obsan

Unter Nutzung der bereits heute als Pflegeplätze vorgesehenen Betten ergibt sich sowohl auf Basis der Kohorten- wie der Komponentenmethode bis 2015 ein Überschuss von rund zehn Pflegebetten (Tabelle 23). Bis 2020 zeichnet sich mit den bereits heute geplanten Pflegebetten ein Mangel von knapp 30 Betten ab. Bei gleich bleibenden Pflegebedürftigkeitsquoten könnte dieser Bedarf durch die Nutzung von für die Pflege zusätzlich nutzbaren Altersheimbetten gedeckt werden. Bei einer leichten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten würde sich dies erübrigen. **Auf Kantonsebene zeichnet sich demzufolge gemäss Basisszenario bis 2020 kein Mangel an Pflegebetten ab.**

5.1.2 Abschätzung des Bedarfs für die Regionen und Gemeinden

Die Entwicklung der stationär zu betreuenden Pflegebedürftigen verläuft in den Regionen parallel zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (Tabelle 22). In der bevölkerungsreichsten Region Talboden steigt der Bedarf voraussichtlich am stärksten an, und zwar auf 212 Pflegebetten im Jahr 2010 und auf 230 im Jahr 2015. Auch im mittleren und oberen Reusstal sowie im Schächental wird eine Zunahme prognostiziert, während in den äusseren Seegemeinden und im Urserental die Zahl stationär betreuter Pflegebedürftiger eher stagnieren dürfte. Dies insbesondere bei reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten.

Bezüglich der Bilanz in den Regionen muss vorweg bemerkt werden, dass die Pflegebetten der Geriatrie KSU nicht berücksichtigt werden, da diese nicht den Regionen zugeteilt werden können. Für die einzelnen Regionen fällt die Bilanz sehr unterschiedlich aus (Tabelle 23).

a) In der Region Talboden zeichnet sich 2020 mit den heute als Pflegeplätze vorgesehenen Betten und mit gleich bleibender Pflegebedürftigkeitsquote ein leichter Bettenmangel ab. Bei einer leichten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquote wäre der Pflegebettenbedarf bis 2020 gedeckt. Zu Beachten ist, dass das Urner Altersheim Flüelen (der Region Talboden zugeordnet) aktuell eine grössere Zahl Betagter aus den äusseren Seegemeinden beherbergt (Petruzzi, 2006).

b) In den äusseren Seegemeinden zeigt sich ein anderes Bild. Da den äusseren Seegemeinden keine Pflegebetten zugeordnet sind, ergibt sich für diese Region eine negative Bilanz. In der Realität beanspruchen Betagte aus den äusseren Seegemeinden Plätze der Region Talboden, vor allem des Urner Altersheimes in Flüelen (Petruzzi, 1999-2006). Das Altersheim Seelisberg weist offiziell keine Pflegeplätze aus, betreut jedoch mehrere Pflegebedürftige mit Hilfe der Spitex.

Es macht deshalb Sinn, die Regionen Talboden und äussere Seegemeinden gemeinsam zu betrachten. Dabei zeichnet sich mit den geplanten Pflegeplätzen bis 2015 eine praktisch ausgeglichene Bilanz ab, die sich bis 2020 auf rund 25 fehlende Pflegebetten verschlechtern dürfte. Durch die Nutzung von vorhandenen, zu Pflegeplätzen ausbaubaren Altersheimbetten, könnte diesem Mangel begegnet werden. Zudem befinden sich die Betten der Geriatrie am KSU in Altdorf. Sie sind bereits heute mehrheitlich von Pflegebedürftigen aus dem Talboden und den Seegemeinden belegt (Petruzzi, 1999-2006).

c) Im Urserental zeichnet sich für den gesamten Prognosezeitraum ein Mangel von 2-5 Pflegebetten ab. Dieser kann regional nicht durch die Umnutzung von Altersheimbetten ausgeglichen werden. Er würde auch durch reduzierte Pflegebedürftigkeitsquoten nicht beseitigt. Eine Pflegewohngruppe könnte eventuell die Situation entschärfen. Sollte in Andermatt ein Um- oder Neubau des Altersheimes erwogen werden, könnte die Bettenzahl entsprechend angepasst werden.

d) Im mittleren und oberen Reusstal zeichnet sich bereits 2010 ein Mangel von 12 Betten ab, der sich bis 2020 noch etwas verstärken dürfte. Durch die Umnutzung von Altersheimbetten

zu Pflegebetten könnte dieser aufgefangen werden, insbesondere wenn eine leichte Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten angenommen wird.

e) Im Schächental ergibt sich bis 2015 voraussichtlich eine ausgeglichene Bilanz. Wenn eine leichte Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten angenommen wird, ergibt sich wie im Reusstal ein leichter Pflegebettenüberschuss. Ab 2020 könnten jedoch mit aktuellen Pflegebedürftigkeitsquoten und ohne Nutzung potentieller Pflegbetten rund 6 Pflegebetten fehlen.

5.1.3 Stationäre Betreuung von Dementen

Die Entwicklung der Zahl demenzkranker Menschen im Kanton Uri wurde im Abschnitt 4.3 beschrieben. Dabei wurde festgehalten, dass die Zahl demenzkranker älterer Menschen zwischen 2005 und 2020 wahrscheinlich von 480 auf 560 Personen ansteigen wird (d.h. eine Zunahme von rund 80 betroffenen Personen innert 15 Jahre). Demgegenüber stehen ab 2007 für demente Betagte im Kanton Uri 57 geschützte Plätze zur Verfügung (Tabelle 11). Das heisst, **für gut 10 Prozent der demenzkranken Menschen gibt es geschützte Plätze.**

Allgemein lässt sich sagen, dass die optimale Behandlung und Pflege demenzerkrankter Menschen regional unterschiedlich ist, und die Pflege demenzkranker Menschen hat ihre Lebensgeschichte zu berücksichtigen. Christoph Held und Doris Ermini-Fünfschilling (2003: 102ff.) betonen beim Aufbau von Wohneinrichtungen für demenzerkrankte Menschen folgende fünf zentrale bauliche Aspekte.

Die bauliche Gestaltung einer demenzgerechten Wohneinrichtung sollte:

- klein und übersichtlich sein. Zu viele demenzbetroffene Personen und zu grosse Einrichtungen führen zu mehr Konflikten, Irritationen und Verhaltensstörungen (Angst, Unruhe, Aggression). Dies spricht für die Einrichtung von Pflegewohngruppen gerade bei demenzerkrankten älteren Menschen.
- die verminderten geistigen Leistungsfähigkeiten der demenzbetroffenen Menschen kompensieren und gerade deshalb leicht verständlich sein. Dies kann beispielsweise durch eine unverwechselbare Gestaltung bestimmter Orte oder durch gute Lichtführung geschehen.
- die Unabhängigkeit der Demenzbetroffenen soweit wie möglich fördern. Dazu gehört u.a. ein angepasstes Mobiliar, wodurch komplexe Aufgaben vereinfacht werden (z.B. Spezialschränke mit Kleidung in der richtigen Reihenfolge des Anziehens, offenes Aufstellen von Haushaltsutensilien).
- die demenzbetroffenen Bewohner weder mit Reizen verwirren noch zur Reizverarmung beitragen. Schlecht beleuchtete Räume oder unruhige Tapetenmuster oder unerwartete Spiegelungen können zu Angst und Unruhe führen. Umgekehrt können Wohnküchen mit Gerüchen und sichtbaren Utensilien der Passivität entgegenwirken.
- die Herkunft der Bewohner und Bewohnerinnen berücksichtigen und damit ihre persönliche Identität stützen. Dinge aus der Vergangenheit oder die gleiche Möblierung wie zuhause können emotionale Geborgenheit vermitteln. Sinnvoll kann auch die Einrichtung eigentlicher Reminiszenzräume sein, deren Dekoration und Einrichtung bewusst einer bestimmten Zeitepoche nachgebildet sind.

Tabelle 23: Differenz zwischen Pflegebettenangebot BESA 2-4 (PB geplant/ als PB nutzbar) und Pflegebettenbedarf BESA 2-4, 2010-2020, Kanton Uri, Rate stationär 0.54

Pflegebettenbilanz Positive Zahl: Bettenüberschuss Negative Zahl: Bettenmangel	mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote						mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote			
	2010		2015		2020*		2015		2020*	
	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar
Kanton Uri (inkl. Betten Geriatrie KSU)										
Kohortenumrechnung	46	147	15	116	-25	76	46	147	9	110
Komponentenmethode (BFS AR-00-2005)	45	146	9	110	-31	70	42	143	3	104
Regionen (ohne Betten Geriatrie KSU)**	9	110	-23	78	-62	39	7	108	-31	70
Talboden	37	114	19	96	-4	73	35	112	12	89
Äussere Seegemeinden	-19	-19	-21	-21	-22	-22	-20	-20	-22	-22
Urserental	-2	-2	-4	-4	-5	-5	-3	-3	-3	-3
Mittl. & ob. Reusstal	-12	8	-17	3	-24	-4	-10	10	-15	5
Schächental	6	10	0	4	-6	-2	4	8	-3	1

* Ausblick **Rundungsdifferenz von 3-6 Personen zu Kanton Uri (vgl. Tabelle 22), wenn 43 Betten am KSU berücksichtigt werden.

Quelle: BFS 1998, Menthonnex 2006, Volkszählung 2000, BFS 2007, Alters- und Pflegeheime Kanton Uri, Befragung 2006, Petrucci, 2007.

Analyse: Obsan/Höpflinger

5.2 Sensitivitätsanalysen

Für den Kanton Uri liegen Faktoren, die Mortalität und Morbidität beeinflussen, nicht in genügender Auflösung vor (SGB, 2002). Die Berechnung der Suizidrate Betagter ergab zu kleine Fallzahlen (vgl. Anhang, Tabelle A.1.6). Im Folgenden werden deshalb nur Faktoren, die das Verhältnis stationär/ambulant Gepflegter beeinflussen, diskutiert.

5.2.1 Potential Angehörigenpflege im Kanton Uri

Anhaltspunkte zum Potential von Angehörigenpflege im Kanton Uri geben der Anteil verheirateter Personen in verschiedenen Altersklassen sowie der Anteil von Personen, die in Einpersonnen- Mehrpersonnen oder Kollektivhaushalten leben (Tabelle 24).

Im Vergleich zur Schweiz waren im Kanton Uri im Jahr 2000 die über 44 Jährigen häufiger verheiratet, wobei der Unterschied in der Altersklasse der 45-64 Jährigen am grössten war (Tabelle 24). Auffallend ist in der ganzen Schweiz die grosse Differenz zwischen Männern und Frauen bei den über 80 Jährigen. Bei den hoch Betagten sind 60 Prozent der Männer verheiratet, während dies nur noch auf rund 17 Prozent der Frauen zutrifft. Hier kommt wahrscheinlich zum Tragen, dass bei Ehepaaren die Frau in der Regel jünger ist und die Frauen eine längere Lebenserwartung haben. Mit diesen Beobachtungen stimmt der deutlich höhere Anteil von Frauen (70 Prozent) in den Alters- und Pflegeheimen überein (Tabelle 6). Neben der höheren Lebenserwartung können Frauen weniger häufig auf die Pflege durch ihren Ehepartner zählen.

Tabelle 24: Wohnbevölkerung nach Zivilstand und Haushaltstyp (in Prozent), nach Alter und Geschlecht, Kanton Uri und Schweiz, 2000

	Personen verheiratet (%)		Personen in Einpersonnenhaushalt (%)		Personen in Mehrpersonnenhaushalt* (%)		Personen in Kollektivhaushalt (%)	
	CH	Uri	CH	Uri	CH	Uri	CH	Uri
Total								
Total	46.7	48.4	15.4	11.1	80.6	85.5	4.1	3.3
0-44	32.8	33.0	11.0	7.4	85.4	90.2	3.7	2.4
45-64	75.2	82.0	16.1	10.1	81.8	88.1	2.2	1.8
65-79	63.5	66.0	28.3	23.1	68.3	73.5	3.4	3.4
80+	31.8	33.5	40.6	34.7	37.1	42.1	22.3	23.2
Männer								
Total	48.0	48.5	13.7	10.1	82.4	86.8	3.9	3.1
0-44	29.9	28.9	12.7	9.0	83.2	88.2	4.1	2.8
45-64	78.6	83.0	14.7	9.9	82.7	87.9	2.5	2.2
65-79	79.6	78.7	14.9	13.3	82.2	83.7	2.9	3.0
80+	62.1	61.3	23.6	20.9	62.2	63.7	14.2	15.4
Frauen								
Total	45.4	48.3	17.0	12.2	78.8	84.3	4.2	3.5
0-44	35.8	37.3	9.2	5.7	87.5	92.3	3.2	2.0
45-64	71.8	80.9	17.4	10.3	80.8	88.3	1.8	1.4
65-79	51.1	54.9	38.5	31.5	57.6	64.6	3.9	3.9
80+	17.1	16.6	48.9	43.0	24.9	29.1	26.3	27.9

*Familienhaushalte (Paare mit/ohne Kinder, Einelternhaushalte, Einzelperson mit Eltern(teil) und Nichtfamilienhaushalte (mit Verwandten oder Nicht-Verwandten)
Eidgenössische Volkszählung, 2000, © BFS, Neuchâtel 2006; Auswertung: Obsan

Über alle Altersklassen hinweg lebten Urner/-innen im Vergleich zu anderen Schweizer/-innen im Jahr 2000 seltener in Einpersonen- und entsprechen häufiger in Mehrpersonenhaushalten, und zwar sowohl die Männer wie die Frauen (Tabelle 24). Der Anteil von Einpersonenhaushalten nimmt ab 65 Jahren zu, insbesondere bei den über 65 Jährigen Frauen. Diese leben im Kanton Uri wie in der Schweiz deutlich häufiger in Einpersonenhaushalten als ihre Altersgenossen. Aus Tabelle 24 geht zudem hervor, dass erst bei den über 80 Jährigen Kollektivhaushalte (dazu zählen Alters- und Pflegeheime) als Wohnform ins Gewicht fallen.

Insgesamt weist der Kanton Uri ein grösseres Potential an Angehörigenpflege auf als die übrige Schweiz. Ein genügend ausgebautes Spitex- Angebot und Entlastungsangebote für Angehörige würden die Nutzung dieses Potentials erleichtern.

5.2.2 Entwicklung des Spitex-Angebotes im Kanton Uri

Die Versorgungsdichte Spitex war im Jahr 2001 im Kanton Uri im Vergleich zur Schweiz noch recht niedrig, und zwar gemessen an der Anzahl Vollzeitstellen pro 1000 betagte Einwohner/-innen (Tabelle 25). Durch den Ausbau des Spitex-Angebotes in den folgenden Jahren hat die Versorgungsdichte bis 2005 um fast 30 Prozent zugenommen, während sie Gesamtschweizerisch praktisch stagniert hat. Damit ist der Kanton Uri im Kantonsvergleich von Rang 22 auf Rang 12 vorgerückt.

Gemäss Einschätzung der Spitex-Verantwortlichen im Kanton Uri ist die Spitex-Infrastruktur für einen weiteren Ausbau des Angebotes vorhanden. Einer veränderten Nachfrage kann durch Anpassung des Personalbestandes begegnet werden (vgl. Abschnitt 3.2). Eine Verschiebung von stationärer zu ambulanter Pflege sollte demzufolge in den nächsten Jahren nicht durch das Spitex-Angebot limitiert werden

Tabelle 25: Versorgungsdichte Spitex (VZAE/1'000 Einwohner/-innen* 65+) im Kanton Uri und in der Schweiz, 2000-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Kanton Uri	6.3	6.9	7.4	7.3	8.1
Schweiz	9.1	9.1	9.3	9.3	9.3
Rang im Kantonsvergleich	22. Rang	18. Rang	16. Rang	17. Rang	12. Rang

*Ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte

Quelle Spitex-Statistik 2001-2005, BSV. Analyse: Obsan

5.2.3 Varianten des Basisszenario: Einfluss verschiedener Raten stationär Gepflegter

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf Formen der stationären und ambulanten Pflege wird vermutlich - neben der Anzahl Pflegebedürftiger - den grössten Einfluss auf den zukünftigen Bedarf an Pflegebetten haben. Im Folgenden wird deshalb der Einfluss verschiedener Annahmen über die Verteilung stationär/ambulant auf die Pflegebettenbilanz untersucht. Zuerst wird von einem Anteil von 50 Prozent stationär betreuter Pflegebedürftiger ausgegangen. Dies könnte für den Kanton Uri ein durchaus realisierbarer Wert sein. Anschliessend wird die pessimistische Variante mit 60 Prozent stationär betreuter Pflegebedürftiger berechnet.

Aus Tabelle 26 geht hervor, dass der zukünftige Bedarf an Pflegebetten stark davon abhängt, in welche Richtung sich das Verhältnis stationär/ambulant bewegt. Bereits eine Reduktion der stationären Pflege von heute 54 auf 50 Prozent – sei es durch Spitex, sei es durch eine verstärkte Angehörigenpflege – würde bei allen Szenarien keinen Ausbau der stationären Pflegestrukturen erfordern. Es müssten auch keine Altersheimbetten in Pflegebetten umgenutzt werden.

Umgekehrt würde eine Verlagerung in den stationären Bereich - beispielsweise weil die Pflegebereitschaft von Angehörigen sinkt oder mehr alte Menschen keine Nachkommen in der Region aufweisen – bereits ab 2015 eine zusätzliche Umnutzung von Altersheim- in Pflegebetten erfordern. Entsprechend würde sich die Anzahl Altersheimplätze reduzieren. Ein Anteil von 60 Prozent stationärer Betreuung könnte beispielsweise eintreten, wenn aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher Entwicklungen Arbeitsplätze im Kanton Uri in grossem Masse wegfallen (und die jüngere Generation abwandert und aufgrund hoher Wohnortsdistanz nicht in der Lage ist, ihre Eltern zu pflegen). Auch erhöhte Scheidungsraten können dazu führen, dass im Alter weniger Menschen einen (pflegenden) Ehepartner, eine pflegende Ehepartnerin aufweisen.

Tabelle 26: Differenz zwischen Pflegebettenangebot BESA 2-4 (PB geplant/als PB nutzbar) und Pflegebettenbedarf (BESA 2-4), 2010-2020, Kanton Uri, für verschiedene Raten stationär Gepfleger

Pflegebettenbilanz	mit aktueller Pflegebedürftigkeitsquote						mit reduzierter Pflegebedürftigkeitsquote			
	2010		2015		2020*		2015		2020*	
	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar	PB geplant	als PB nutzbar
Positive Zahl: Bettenüberschuss										
Negative Zahl: Bettenmangel										
Kanton Uri, 50 % stationär gepflegt										
Kohortenumrechnung	78	179	49	150	12	113	78	179	43	144
Komponentenmethode (BFS AR-00-2005)	77	178	43	144	6	107	74	175	38	139
Kanton Uri, 60 % stationär gepflegt										
Kohortenumrechnung	-2	99	-36	65	-80	21	-2	99	-43	58
Komponentenmethode (BFS AR-00-2005)	-2	99	-43	58	-87	14	-6	95	-49	52

*Ausblick

Quelle: BFS 1998, Menthonnex 2006, Volkszählung 2000, BFS 2007, Alters- und Pflegeheime Kanton Uri, Befragung 2006, Petruzzi, 2007.

Analyse: Obsan/Höpflinger

6 Handlungsoptionen für die Urner Pflegeheimplanung 2008-2015

Im Folgenden zeigen wir Handlungsoptionen auf, die dem Kanton Uri als Entscheidungsgrundlage dienen können und ihn beim politischen Prozess der Festlegung einer neuen Pflegeheimliste nach Art. 39 KVG unterstützen sollen.

6.1 Voraussichtlicher Bedarf an Pflegeheimplätzen im Kanton Uri

6.1.1 Entwicklung auf Kantonsebene (inkl. Geriatrie KSU)

- Der Bedarf an stationären Pflegeplätzen ist auf Kantonsebene *gemäss Basisszenario* mit den per Ende 2007 zur Verfügung stehenden Pflegebetten und einer weiterhin sehr hohen Bettenauslastung bis 2015 voraussichtlich gedeckt.
- Ab 2020 könnte sich ein Mangel abzeichnen, der jedoch unter Nutzung von als Pflegeplätze nutzbaren Altersheimbetten aufgefangen werden könnte. Da zudem längerfristig eher von einem moderaten Rückgang der Pflegebedürftigkeitsquote ausgegangen werden kann, kann wahrscheinlich auch längerfristig mit einem ausreichenden Bettenangebot gerechnet werden.
- Bei einer realistischen *Reduktion der Rate stationär Gepflegter auf 50 Prozent* gäbe es bis 2020 einen Überschuss an Pflegebetten.
- Bei der pessimistischen Annahme von *60% stationär Gepflegten* würde sich mit den heute geplanten Pflegebetten bereits 2010 ein leichter Mangel von 2 Pflegebetten abzeichnen. Dieser würde bis 2015 auf knapp 40 verschärft. Die vorhandenen, zu Pflegebetten umnutzbaren Altersheimbetten, würden jedoch selbst bei dieser pessimistischen Annahme ausreichen.
- Somit zeichnet sich zumindest für die nächsten 10 Jahre kein Bedarf an baulichen Neuprojekten ab. Für 2020 muss die Situation zu gegebener Zeit mit neuen Zahlen (Volkszählung 2010) überprüft werden.

6.1.2 Regionale Entwicklungen (ohne Geriatrie KSU)

Die Folgenden Betrachtungen sind eher hypothetisch, da die 43 Plätze der Geriatrie am KSU nicht berücksichtigt werden. Sie geben Hinweise darauf, wie autonom die einzelnen Regionen in Bezug auf die stationäre Versorgung von betagten Langzeitpatient/-innen sind.

- Ohne die Pufferfunktion der Geriatrie am KSU werden die APH in den Regionen den Bedarf an Pflegebetten nicht mehr vollständig decken können. Dies mit den heute geplanten Pflegebetten und selbst bei reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten.
- Eine Ausnahme bilden das Schächental. Diese Region ist zumindest bei reduzierten Pflegebedürftigkeitsquoten voraussichtlich bis 2015 autonom.
- Ausser im Urserental könnte der prognostizierte, regional auftretende Mangel jedoch durch die Umnutzung eines Teils der als Pflegebetten nutzbaren Altersheimbetten ausgeglichen werden.
- Die meisten Pflegebedürftigen der äusseren Seegemeinden werden auch in Zukunft die stationären Strukturen des Talbodens nutzen müssen. Da das Urner Altersheim Flüelen

und die Geriatrie des KSU für Betagte aus dem ganzen Kanton offen sind, sollte dies wie bisher möglich sein. Die für die Pflege ausbaubaren Altersheimbetten des Talbodens dürften bis 2020 auch für die Betroffenen der äusseren Seegemeinden ausreichen.

- Für Pflegebedürftige der Gemeinde Seelisberg ist die Inanspruchnahme von Pflegebetten des Talbodens oder anderer Urner Regionen durch die geografische Lage erschwert. Für die Jahre 2010-2020 werden für Seelisberg schätzungsweise rund 15 Pflegebedürftige prognostiziert (Tabelle 20). Davon dürften 8 bis 9 auf stationäre Pflege angewiesen sein (Tabelle 22). Bis im Sommer 2007 sollten sich in Seelisberg die Strategie und Planung der Infrastruktur für die Zukunft des Altersheims konkretisiert haben.
- Aufgrund der Abgeschlossenheit des Urserentals sind Platzierungen von Pflegebedürftigen aus dieser Region in anderen Regionen problematischer als in den Seegemeinden (mit Ausnahme von Seelisberg). Die Betroffenen würden aus ihrem lokalen Kontext genommen und Besuche und Kontakte zu Angehörigen wären schwieriger. Es ist deshalb zu überlegen, ob im Urserental eine Pflegewohngruppe die bereits heute angespannte Situation entschärfen könnte. Bei der allfälligen Planung eines Um- oder Neubaus des APH Ursern in Andermatt könnte die Bettenzahl entsprechend angepasst werden.

6.1.3 Einfluss der Rate stationär Gepflegter

- Die Sensitivitätsanalysen weisen auf ein Potential von Angehörigenpflege im Kanton Uri hin, das durch entsprechenden Ausbau von Spitex- und Entlastungsangeboten noch besser genutzt werden könnte.
- Die Rate stationär Gepflegter könnte dadurch eher noch gesenkt werden (in Richtung Verteilung stationär/ambulant 50/50) und sich den Gesamtschweizerischen Werten annähern. Das pessimistische Szenario 60/40 könnte so möglichst verhindert werden.
- Möglichkeiten zur Förderung ambulanter Angebote sollten deshalb in der Pflegeheimplanung berücksichtigt werden.

6.1.4 Aufteilung in Altersheim- und Pflegeheimplätze

- In Zukunft werden Betagte voraussichtlich zunehmend erst bei Pflegebedürftigkeit in eine stationäre Einrichtung eintreten.
- Eine Umwandlung sämtlicher Betten in den Urner APH in Pflegebetten scheint uns trotzdem nicht sinnvoll. Es gibt auch soziale Indikationen für einen Eintritt in ein APH, z.B. bei Vereinsamung oder Abgeschlossenheit (vgl. Abschnitt 3.2.2). Bei diesen Fällen steht die Betreuung und weniger die Pflege im Vordergrund. Durch eine Regelung strikt nach BESA-Stufe wären keine individuellen Lösungen mehr möglich.
- Die Szenarien zum Bedarf an Pflegebetten im Kanton Uri lassen genügend Spielraum, Altersheimbetten weiterhin zuzulassen. Eine Regelung sollte flexibel sein, so dass Heime ihr Angebot an Pflegebetten gemäss Nachfrage und unter Nutzung der vorhandenen, zu Pflegebetten ausbaubaren Altersheimbetten anpassen können.
- Bezüglich der neuen Pflegeheimliste 2008-2015 für den Kanton Uri stellt sich die Frage, ob eine Vorgabe des Anteils an Pflegebetten pro Heim weiterhin sinnvoll ist.

6.2 Spezifische Bedürfnisse der Demenzkranken

- Es ist sehr schwierig, den Bedarf an stationären Plätzen für demente Betagte im Kanton Uri abzuschätzen. Der Bedarf an spezifischen, geschützten Plätzen für Demenzkranke

kann aufgrund der Literatur und des uns vorliegenden Materials nicht beziffert werden. Hingegen können die Akteure in der Langzeitpflege im Kanton Uri zur Zeit keinen zusätzlichen Bedarf an einer oder mehreren Wohngruppen für demente Betagte ausmachen.

- Demenzkranke können durchaus auch in Heimen integriert werden, vorausgesetzt es werden geeignete Massnahmen ergriffen (Sicherung mit elektronischen Hilfsmitteln, separater Mittagstisch, Rückzugsmöglichkeiten).
- Da eine Diagnose potenzieller Demenzrisiken immer früher möglich wird, wird eine frühzeitige Beratung und Betreuung von demenzkranken Menschen - und ihrer Angehöriger - immer wichtiger.
- Alltagsrelevante Einbussen beim Eintreten hirnorganischer Störungen können durch entsprechende Interventionen (Medikamente, Gedächtnistraining, kompensatorische Alltagsroutinen usw.) später eintreffen, so dass demenzerkrankte ältere Menschen länger zuhause, ambulant, betreut werden können.
- Ein Aufschieben der Demenzerkrankungen um 2 Jahre (vgl. Abschnitt 4.3), würde die Zunahme der Zahl älterer Demenzkranker Menschen im Kanton Uri bis 2105 um rund 60 Personen abschwächen.

6.3 Formen der Langzeitpflege

6.3.1 Möglichst viele Betagte möglichst lange zu Hause

- Möglichst viele Betagte sollen möglichst lange zu Hause wohnen können. Dieser Leitsatz entspricht sowohl den Grundsätzen des Urner Altersleitbildes als auch der überwiegenden Meinung der Urner Akteure in der Langzeitpflege.
- Durch professionelle Präventionsangebote und gesundheitsfördernde Massnahmen für die (noch) gesunde ältere Bevölkerung könnte auf kosteneffiziente Weise die Selbständigkeit im Alter länger erhalten bleiben und Pflegeheimenintritte verhindert oder zumindest verzögert werden (Blozik, E., Meyer, K. et al.):
 - Namentlich präventive Hausbesuche mit multidimensionalem geriatrischem Assessment haben sich als wirksam erwiesen (Schmocker, Oggier, Stuck 2000 und Stuck, Egger et al. 2002).
 - Entlastung von Alltagsaufgaben durch Einkaufshilfen und Mahlzeitendienste.
 - Vermeidung von Mangelernährung durch Mahlzeitdienste.
 - Vermeidung von Sturzrisiko durch Gleichgewichtsübungen zu Hause, Förderung von Muskeltraining zu Hause, durch bessere Beratung/Betreuung von Medikamenteneinnahme (Erhöhung der Compliance, Beachtung von Nebenwirkungen).
- Damit vermehrt auch pflegebedürftige Betagte zu Hause leben können – realistisch erscheint ein Anteil von 50 Prozent zu Hause Gepflegten - sind eine vermehrte Koordination und der Ausbau verschiedener Unterstützungsangebote, insbesondere für Angehörige, notwendig:
 - Ein weiterer Ausbau und die Flexibilisierung des Spitex – Angebotes wie z.B. eine Ausdehnung auf die Randstunden und evtl. das Angebot eines Nachtdienstes.
 - Angebot von Tagesheimplätzen in allen Regionen, insbesondere auch im Oberland/Urserental.

- Ambulanter Entlastungsdienst für alle Regionen. Die recht neue Dienstleistung des SRK ist noch nicht allgemein bekannt.
- Ferienbetten, flexibel und nach Bedarf für mehrere Wochen buchbar. Die Heime können sich Ferienbetten finanziell nicht leisten, so dass ein Leistungsauftrag resp. Subventionierung durch den Kanton wünschbar ist.
- Weiterbildungsangebote in Pflege, damit Angehörige ihre Kompetenzen erweitern können.
- Bauliche Anpassung der eigenen Wohnung. Hier können oft kleine, kostengünstige Anpassungen oder Hilfsmittel den Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglichen. Beispiele sind ein Haltegriff in der Dusche, eine Hilfe zum Flaschenöffnen oder Haltegriffe an Treppen etc..

6.3.2 Rehabilitation/Übergangspflege und Rückkehr nach Hause

- Der Kanton Uri weist zu wenig und zu unterschiedliche Fälle auf für ein umfassendes, eigenes Angebot an Übergangspflege. Damit ein Aufenthalt im Akutspital für möglichst viele Urner Betagte nicht einen Heimeintritt nach sich zieht, wäre eine optimale Nutzung und Koordination von vorhandenen und evtl. zu ergänzenden Ressourcen nötig.
 - Übergangsassessment. Am Ende der Akutphase könnte mit einem Übergangsassessment bei betagten Patient/-innen systematisch abgeklärt werden, ob und mit welchen Massnahmen die Alltagsbewältigung zu Hause wieder möglich sein wird. Die Massnahmen können eine medizinische Rehabilitation, ein Alltags- und Wohntraining, bauliche Anpassungen der Wohnung sowie die Organisation von Spitex und von Entlastungsdiensten für Angehörige umfassen. Ein solches Angebot könnte beispielsweise in der Geriatrie am KSU angesiedelt werden.
 - Medizinische Rehabilitation. Der Kanton Uri weist zu wenig und zu unterschiedliche Fälle auf um eigene, spezialisierte Strukturen für die (medizinische) Rehabilitation nach einem Aufenthalt im Akutspital zu betreiben. Es erscheint deshalb sinnvoll, dass diese Patient/-innen in spezialisierte, ausserkantonale Einrichtungen überwiesen werden. Dies betrifft Rehabilitationen nach Schenkelhalsfrakturen, Operationen oder Akuterkrankungen.
 - Alltagsbewältigung/Wohntraining. Wenn die medizinische Rehabilitation für die Rückkehr nach Hause nicht ausreicht, könnte ein Alltags- und Wohntraining den Eintritt in ein APH verhindern helfen. Es wäre zu prüfen, ob der Kanton Uri einer geeigneten Einrichtung den Leistungsauftrag für ein Alltags- und Wohntraining - ambulant und/oder stationär – erteilen könnte. Ein Wohntraining könnte an der Geriatrie am KSU oder in einem grösseren Heim angesiedelt werden.

6.3.3 Rolle der Geriatrie am KSU

- Die Geriatrie am KSU hat heute vor allem eine Pufferfunktion für Patient/-innen, die nach einem Aufenthalt im Akutspital auf einen Pflegeheimplatz warten. Die Weiterführung dieser Funktion erscheint sinnvoll. Sie ermöglicht den Alters- und Pflegeheimen eine hohe Auslastung, da sie Pflegebetten nicht für dringende Fälle freihalten müssen.
- Ohne die 43 Langzeitpflegeplätze in der Geriatrie am KSU würden die heute von den Alters- und Pflegeheimen geplanten Pflegebetten spätestens 2015 nicht mehr ausreichen (vgl. Tabelle 23).

- Da Betagte immer länger mit dem Eintritt ins APH zuwarten, werden in Zukunft wahrscheinlich vermehrt Übertritte aus dem Akutspital ins APH erfolgen. Damit könnte für die Geriatrie am KSU die Pufferfunktion zwischen Akutabteilung und APH sogar noch wichtiger werden.
- Wie unter 6.3.2 beschrieben, könnte die Geriatrie des KSU für Betagte Patient/-innen am Ende der Akutphase in Zukunft systematisch ein Übergangsassessment anbieten.
- Es wäre auch denkbar, dass das unter 6.3.2 vorgeschlagene Angebot eines Alltags- und Wohntrainings an der Geriatrie / KSU angesiedelt werden könnte.

6.4 Koordination und Steuerung durch den Kanton

- Die von einigen Akteuren angeregte, verstärkte Rolle des Kantons Uri auf der Steuerungsebene könnte geprüft werden, wobei die betroffenen Akteure in die Diskussion miteinbezogen werden sollten.
- Es könnte eine kantonale „Stelle für das Alter Uri“ geschaffen und bei einer bestehenden Institution angesiedelt werden. Diese Stelle könnte folgende Funktionen übernehmen:
 - Primär Koordination und Steuerung der Pflegeheimplätze und der geschützten Plätze für Demenzkranke
 - Anlaufstelle für die Bevölkerung bei sozialen und gesundheitlichen Fragen des Alters
 - Koordination und Vermittlung der Freiwilligenarbeit für die betagte Bevölkerung

7 Referenzen

- Abelin, T.; Beer, V.; Gurtner, F. (Hrsg.) (1998) Gesundheit der Betagten in der Schweiz, Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 1992/93.
- Adam, C. (1998) Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bedingungen, Weinheim: Juventa.
- Bickel, H. (1999) Epidemiologie der Demenzen, in: H. Förstl et al. (Hrsg.) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik, Therapie, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Blozik, E.; Meyer, K.; Simmet, A. et al. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Arbeitsdokument 21, Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Bundesamt für Statistik (1998) Kohortensterbetafeln für die Schweiz, Bern: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2002) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2000-2060. Vollständiger Szenariensatz, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2004) Demografische Entwicklung in den Kantonen von 2002 bis 2040, Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2007) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050, Neuchâtel: BFS. <http://www.statistik.admin.ch> » Themen » 01 - Bevölkerung » Zukünftige Bevölkerungsentwicklung » Daten, Indikatoren - Kantonale Szenarien
- Cavalli, Stefano (2002) Vieillards à domicile, vieillards en pension. Une comparaison, Lausanne: Réalités Sociales.
- GSD (2004). Bericht der Arbeitsgruppe. Pflegeheimplanung im Kanton Luzern. Luzern, Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern.
- GSUD (2002). Urner Pflegeheimplanung 2002-2007. Altdorf, Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri
- GSUD (2003). Gesundheitsleitbild für den Kanton Uri. Altdorf, Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri.
- GSUD (2005a). Fachbericht der Arbeitsgruppe zum Altersleitbild Uri. Altdorf, Gesundheits-, Sozial und Umweltdirektion Uri.
- GSUD (2005b). Alter geht uns alle an - Altersleitbild Uri. Altdorf, Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri.
- Held, C.; Ermini-Fünfschilling, D. (2003) Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit, Basel: Karger.
- Höpflinger, F. (1997) Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in bevölkerungssoziologische Ansätze und demographische Prozesse, Weinheim: Juventa.
- Höpflinger, F. (2004) Traditionelles und neues Wohnen im Alter, Zürich: Seismo-Verlag.
- Höpflinger, F. (2005). Demografische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Zug 2000-2015. Zürich, Im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug.
- Höpflinger, F.; Hugentobler, V. (2003) Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert, Bern: Huber-Verlag.

- Höpflinger, F., Hugentobler, V. (2005) Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz, Bern: Huber.
- Martin, M.; Schelling, H.R. (Hrsg.) Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige, Bern: Huber.
- Maercker, A. (2002) Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie, in: A. Maercker (Hrsg.) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie, Berlin: Springer: 1-58.
- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz/Deutscher Studien Verlag, Weinheim und Basel
- Menthonnex, Jacques (2006) Tables de mortalité longitudinales pour la Suisse, Générations 1900 - 2030 Lausanne: SCRIS (Rapport technique Avril 2006).
- Petruzzi, M. (1999-2006). Uebersicht Institutionen im Kanton Uri: Alters- und Pflegeheime. Jeweils Stand per 1.1 und per 1.7. Altdorf, Alters- und Pflegeheim Rosenberg
- Schmocker, H., Oggier, W.; Stuck, A. (Hg.) (2000) Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, Schriftenreihe der SGGP, No. 62, Muri: Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Stuck, A.E. (2000) Prävention von Behinderung im Alter, in: T. Niklaus (Hrsg.) Klinische Geriatrie, Berlin/Heidelberg: Springer Verlag: 39-45.
- Stuck, A.E.; Egger, M.; Hammer, A.; Minder, C.E.; Beck, J.C. (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis, JAMA, Feb. 27, Vol. 287, No. 8: 1022-1028.
- Züsli, R. (2003). Altersplanung Kanton Uri - Demografischer Teil. Cham, Projekt- und Organisationsberatung, Cham

Anhang 1

Tabelle A1.1: Datengrundlagen für Indikatoren Pflegeheime (Resultate: Einzeldaten mit Identifikation der juristischen Personen)

Indikator		Datenquelle	Jahr	Datenproduzent	Datenlieferung	Benutzer	Datenschutzregelung
Betten- angebot	Total Anzahl Betten	SM-Statistik	2000-2005	BFS	Obsan hat Zugriff auf SM-Statistik	Obsan	Standardvertrag zwischen BFS und Kanton Uri, April 2005 ¹⁾
	davon potentielle Pflegebetten	Pflegeheime	2006	Obsan	keine	Obsan	Daten werden ausschliesslich zur Evaluation innerhalb dieses Projektes benutzt. Datenschutzregelung im Leistungsvertrag zwischen dem Kanton Uri und dem BFS/Obsan (Abschnitt 8)
	davon Ferienbetten	Pflegeheime	2006				
	Anzahl 1er-Zimmer	Pflegeheime	2006				
	Anzahl 2-er Zimmer	Pflegeheime	2006				
	Anzahl Mehrbett-Zimmer	Pflegeheime	2006				
Bewohner/ -innen	Anzahl Bewohner nach Alter	SM-Statistik	2000-2005	BFS	Obsan hat Zugriff auf SM-Statistik	Obsan	Standardvertrag zwischen BFS und Kanton Uri, April 2005 ¹⁾
	Anteil Frauen	SM-Statistik					
	Besa-Stufen	Kanton Uri	2000-2005	APH Rosenberg für Kanton Uri	Kanton Uri	Übernahme Tabellen durch Obsan	Keine, da Daten bereits ausgewertet sind
	Herkunftsgemeinde	Kanton Uri	2000-2005				
	Herkunft ausserkantonale	SM-Statistik	2000-2005	BFS	Obsan hat Zugriff auf SM-Statistik	Obsan	Standardvertrag zwischen BFS und Kanton Uri, April 2005 ¹⁾
	Uerner/-innen in ausserkantonalen Pflegeheimen	SM-Statistik					
Anzahl Beschäftigte	SM-Statistik						
Personal	Vollzeitäquivalente	SM-Statistik					
	Leistungsangebote	SM-Statistik					

¹⁾Vertrag über die periodische Lieferung anonymisierter Einzeldaten (mit Identifikation der juristischen Personen) im Inland zwischen Bund (BFS, Sektion GES) und der Gesundheits-, Sozial- & Umweltdirektion Uri vom April 2005 sowie Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und dem Bundesamt für Statistik (BFS) bezüglich der Weitergabe von Einzeldaten aus der Krankenhausstatistik, der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen.

Tabelle A1.2: Datengrundlagen für demografische Auswertungen und Perspektiven der Pflegebedürftigkeit

Parameter	Datenquelle	Jahr	Datenproduzent	Datenlieferung	Benutzer	Datenschutzregelung
Bevölkerungs-entwicklung im Kanton Uri	Demografische Entwicklungen in den Kantonen	2000-2020	BFS, Sektion DEM	N/A	INAG	Keine, da publizierte Zahlen ¹⁾
Bevölkerung im Kanton Uri, nach Gemeinden, Geschlecht und Altersgruppen	Volkszählung	2000	Sektion DEM, BFS	DEM via Obsan	INAG	Datenschutzvertrag nicht notwendig, da gemeindeweise aggregierte Daten
Überlebende nach Alter	Kohortensterbetafeln für die Schweiz	Geburtsjahrgänge 1880-1980	BFS	keine	INAG	Keine, da publizierte Daten ²⁾
Quote Pflegebedürftigkeit nach Altersklassen	Epidemiologische Schätzung	2003	N/A	N/A	INAG	Keine, da publizierte Zahlen ³⁾
Prävalenz Demenzerkrankungen	Epidemiologische Schätzung	2003	N/A	N/A	INAG	Keine, da publizierte Zahlen ³⁾

¹⁾ Demografische Entwicklungen in den Kantonen von 2002 bis 2040, BFS (2004) und Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2002-2060. Vollständiger Szenariensatz, BFS (2002)

²⁾ Kohortensterbetafeln für die Schweiz, Geburtsjahrgänge 1880-1980, BFS (1998)

³⁾ Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. F. Höpflinger und V. Hugentobler, Verlag Hans Huber, 2003.

Tabelle A1.3: Datengrundlagen für Indikatoren Sensitivitätsanalyse

Indikator	Datenquelle	Jahr	Datenproduzent	Datenlieferung	Benutzer	Datenschutzregelung
Versorgungsdichte Spitex im Kanton Uri						
Vollzeitstellen / 1'000 Einwohner/-innen 65+	Spitex-Statistik	2001-2004	BSV	N/A	N/A	Keine, da publizierte Zahlen ¹⁾
Möglichkeiten der Angehörigenpflege						
Haushaltstypen nach Altersklassen für UR	Volkszählung	1990, 2000	BFS	Sektion DEM, BFS	Obsan	Keine, da aggregierte Daten auf Kantonsebene
Zivilstand nach Altersklassen für UR						
Gesundheitsverhalten						
Raucherquote nach Altersklassen für CH	SGB	2002	BFS	Obsan hat Zugriff auf SGB-Daten	Obsan	BFS-interne Nutzung Resultate: aggregierte Daten nach Altersklassen
Suizid im Alter						
Suizidrate 65+ nach Altersklassen für UR	Todesursachen-Statistik	1995-2005 (kumuliert)	BFS	Obsan hat Zugriff auf Todesursachen-Statistik	Obsan	BFS-interne Nutzung Resultate: aggregierte Daten nach Altersklassen

¹⁾Statistiken zur sozialen Sicherheit, Spitex-Statistik 2001-2004, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2001-2004)

Tabelle A1.4: Vergleich Bewohner/-innen nach SM-Statistik und nach „Übersicht Institutionen“

Institution	Bewohner/ -innen	2000	2001	2002	2003	2004
Kanton Uri (ohne AH Seelisberg)	SM 31.12.	438	446	450	451	473
	MP 1.1. Jahr +1	420	441	444	449	471
	Differenz	18	5	6	2	2
Talboden	SM 31.12.	172	171	173	173	191
	MP 1.1. Jahr +1	155	170	173	173	190
	Differenz	17	1	0	0	1
Pflegewohngruppe Höfli, Altdorf	SM 31.12.	0	0	0	0	18
	MP 1.1. Jahr +1	0	0	0	0	18
	Differenz	0	0	0	0	0
APH Rosenberg, Altdorf	SM 31.12.	146	146	146	146	146
	MP 1.1. Jahr +1	141	145	146	146	145
	Differenz	5	1	0	0	1
APH, Schattdorf	SM 31.12.	26	25	27	27	27
	MP 1.1. Jahr +1	14	25	27	27	27
	Differenz	12	0	0	0	0
Aeussere Seegemeinden (ohne AH Seelisberg)	SM 31.12.	83	90	91	89	89
	MP 1.1. Jahr +1	84	89	88	90	90
	Differenz	-1	1	3	-1	-1
Urner Altersheim, Flüelen	SM 31.12.	56	58	58	56	56
	MP 1.1. Jahr +1	57	56	55	57	57
	Differenz	-1	2	3	-1	-1
Seerose, Flüelen	SM 31.12.	27	32	33	33	33
	MP 1.1. Jahr +1	27	33	33	33	33
	Differenz	0	-1	0	0	0
Altersheim, Seelisberg	SM 31.12.	9	9	6	6	8
	MP 1.1. Jahr +1	0	0	0	0	0
	Differenz	9	9	6	6	8
Urserental BPH Ursern, Andermatt	SM 31.12.	20	20	20	21	20
	MP 1.1. Jahr +1	20	20	20	21	20
	Differenz	0	0	0	0	0
Mittleres und oberes Reusstal	SM 31.12.	109	110	111	113	119
	MP 1.1. Jahr +1	107	107	108	112	119
	Differenz	2	3	3	1	0
BPH Oberes Reusstal, Wassen	SM 31.12.	40	40	41	44	44
	MP 1.1. Jahr +1	40	40	41	44	44
	Differenz	0	0	0	0	0
BPH Spannort, Erstfeld	SM 31.12.	69	70	70	69	75
	MP 1.1. Jahr +1	67	67	67	68	75
	Differenz	2	3	3	1	0
Schächental APH Gosmergartä, Bürglen	SM 31.12.	54	55	55	55	54
	MP 1.1. Jahr +1	54	55	55	53	52
	Differenz	0	0	0	2	2

Quelle: SM-Statistik 2000-2004 und (Petruzzi, M., 1999-2006), Analyse Obsan

**Tabelle A1.5: Kommunale Szenarien: Demografische Entwicklung der älteren Bevölkerung 2000-2020
gemäss Kohortenumrechnung**

		Ältere Wohnbevölkerung im Alter von					
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Urserental							
Andermatt	2000	53	68	67	38	13	11
	2005	69	48	59	51	24	10
	2010	76	63	42	46	34	14
	2015	77	71	55	34	32	20
	2020	84	72	63	45	24	25
Hospental	2000	13	11	10	6	4	1
	2005	16	12	9	7	4	1
	2010	12	14	9	7	5	1
	2015	10	11	13	8	5	2
	2020	10	9	10	10	4	2
Realp	2000	10	11	7	5	0	2
	2005	10	9	9	5	3	1
	2010	10	10	8	7	3	1
	2015	8	8	8	7	5	1
	2020	17	7	8	7	5	3
Mittleres und oberes Reusstal							
Erstfeld	2000	251	166	179	121	67	33
	2005	198	228	143	141	78	40
	2010	217	183	199	112	95	51
	2015	213	203	162	158	77	64
	2020	220	198	178	132	109	63
Göschenen	2000	36	25	25	8	10	2
	2005	28	33	21	18	5	4
	2010	28	25	28	17	12	3
	2015	28	25	23	23	12	7
	2020	37	26	23	18	16	9
Gurtellen	2000	36	35	41	23	11	2
	2005	21	32	31	32	15	4
	2010	35	21	28	24	20	8
	2015	45	33	19	22	17	13
	2020	37	42	29	15	15	13
Silenen	2000	87	94	70	48	31	10
	2005	102	79	81	55	31	17
	2010	114	93	69	62	37	20
	2015	106	106	82	54	42	25
	2020	140	99	93	65	38	30
cont. nächste Seite							

Tabelle A1.5 cont.

**Ältere Wohnbevölkerung im Alter von
65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90+**

Wassen	2000	25	24	20	28	14	10
	2005	32	23	21	15	19	8
	2010	28	29	20	17	10	12
	2015	27	26	26	16	12	8
	2020	25	25	22	22	12	8
Talboden							
Altdorf	2000	369	356	378	251	167	71
	2005	374	338	308	297	163	98
	2010	463	345	297	243	202	111
	2015	490	431	303	239	168	140
	2020	512	457	381	247	167	139
Attinghausen	2000	59	54	42	24	12	2
	2005	59	54	47	32	15	5
	2010	64	55	47	37	21	9
	2015	77	59	48	38	25	12
	2020	72	72	53	38	26	18
Flüelen	2000	74	69	60	39	33	24
	2005	88	68	58	46	26	23
	2010	86	81	59	45	31	20
	2015	96	81	71	47	30	22
	2020	96	90	72	57	33	22
Schattdorf	2000	176	137	121	97	32	10
	2005	187	160	119	93	63	16
	2010	275	172	141	94	62	36
	2015	365	255	152	113	66	42
	2020	349	341	224	123	79	50
Seedorf	2000	53	36	26	16	9	3
	2005	57	48	31	20	11	5
	2010	91	53	42	24	14	6
	2015	82	86	46	34	17	9
	2020	109	77	75	37	24	12
Schächental							
Bürglen	2000	135	147	121	85	44	22
	2005	159	123	127	93	54	25
	2010	161	147	111	98	62	33
	2015	203	160	130	85	67	41
	2020	227	189	140	106	59	49

cont. nächste Seite

Tabelle A1.5 cont.

**Ältere Wohnbevölkerung im Alter von
65-69 70-74 75-79 80-84 85-89 90+**

Spirigen	2000	36	29	27	16	10	2
	2005	22	33	25	21	10	5
	2010	39	21	29	20	13	6
	2015	51	36	19	23	13	7
	2020	50	47	31	15	16	10
Unterschächen	2000	28	23	13	8	9	1
	2005	16	26	20	10	5	5
	2010	30	14	23	15	6	3
	2015	34	28	13	18	11	3
	2020	44	32	24	16	13	6
Äussere Seegemeinden							
Bauen	2000	8	12	6	5	4	1
	2005	9	7	10	4	3	1
	2010	10	8	7	7	3	1
	2015	12	9	7	5	5	1
	2020	13	10	8	6	4	3
Isenthal	2000	12	31	23	11	6	1
	2005	20	11	26	17	7	3
	2010	23	18	10	20	11	4
	2015	19	21	16	8	13	6
	2020	31	18	19	14	5	9
Seelisberg	2000	30	32	22	14	6	5
	2005	22	27	28	17	9	4
	2010	43	19	24	21	12	5
	2015	43	41	17	19	14	8
	2020	41	40	37	13	13	9
Sisikon	2000	13	18	5	7	5	0
	2005	14	12	15	4	4	2
	2010	18	13	11	12	2	3
	2015	20	17	12	8	8	1
	2020	17	19	15	10	6	4

Anmerkung:

Je kleiner eine Gemeinde, desto stärker können ‚Zufallsschwankungen‘ und Einzelereignisse die Bevölkerungszahl beeinflussen. In kleinen Gemeinden können Migrationsprozesse starke Effekte zeitigen (etwa aufgrund neuer Wohnbauten, Schliessung einer Fabrik usw.)

Tabelle A1.6: Suizidrate (Anzahl Fälle pro 100'000 Einwohner/-innen), Schweiz und Kanton Uri, kummuliert für die Jahre 1995-2004

	Alters- klassen	Anzahl Fälle	Population	Rohe Suizidrate	Standardisierte Suizidrate
Schweiz					
Frauen	0-44	1207	21302168	5.67	-
	45-64	1386	8927226	15.53	-
	65-79	853	4550646	18.74	-
	80+	587	1982104	29.61	-
	Total Frauen	4033	36762144	10.97	9.37
Männer	0-44	3801	21827413	17.41	-
	45-64	3148	8844453	35.59	-
	65-79	1640	3488752	47.01	-
	80+	945	956954	98.75	-
	Total Männer	9534	35117572	27.15	25.29
Total Schweiz		13567	71879716	18.87	16.90
Kanton Uri					
Frauen	0-44	5	106663	4.69	-
	45-64	6	39545	15.17	-
	65-79	0	21606	0.00	-
	80+	0	8963	0.00	-
	Total Frauen	11	176777	6.22	6.53
Männer	0-44	20	111820	17.89	-
	45-64	13	41898	31.03	-
	65-79	10	18587	53.80	-
	80+	4	5663	70.63	-
	Total Männer	47	177968	26.41	24.65
Total Kanton Uri		58	354745	16.35	15.49

Quelle: BFS, Todesursachenstatistik, 2006; Analyse: Obsan.

Tabelle A1.7: Bewohner und Bewohnerinnen sozialmedizinischer Einrichtungen für betagte und pflegebedürftige Menschen, 2000 und 2002

	In % der Wohnbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe							
	2000				2002			
	65+.	65-79	80+	85+.	65+.	65-79.	80+	85+
Zürich	7	2	24	36	8	2	25	37
Bern	7	2	21	32	8	2	22	32
Luzern	8	3	24	35	8	3	22	35
Uri	8	2	26	38	8	2	27	42
Schwyz	10	4	23	32	10	4	24	34
Obwalden	9	3	26	39	9	3	27	42
Nidwalden	8	3	25	37	8	3	26	40
Glarus	12	4	35	52	12	3	36	55
Zug	8	3	26	38	8	2	27	38
Freiburg	8	3	21	33	8	3	22	33
Solothurn	6	1	18	27	6	2	17	27
Basel-Stadt	7	2	18	27	7	2	18	27
Basel-Land	5	2	18	27	5	2	18	28
Schaffhausen	10	2	29	39	9	2	28	39
Appenzell-ARh.	11	3	29	41	11	2	30	44
Appenzell-IRh.	5	2	14	20	5	2	13	18
St.Gallen	8	2	25	36	8	2	26	37
Graubünden	8	3	20	31	8	2	23	34
Aargau	7	2	22	33	7	2	22	32
Thurgau	8	2	22	31	8	3	22	32
Tessin	7	2	20	28	7	2	20	29
Waadt	5	2	14	22	5	2	15	22
Wallis	5	2	16	25	5	2	17	26
Neuenburg	7	2	20	31	7	2	20	29
Genf	5	1	17	25	5	1	16	25
Jura	5	2	15	23	5	2	15	24

Quelle: Statistik sozial-medizinischer Einrichtungen 2000 und 2002

Anhang 2

A 2.1 Gesprächsleitfaden

Leitfaden für Interviews mit Akteuren der Pflegeversorgung und anverwandter Gebiete im Kanton Uri

1 Einleitung

	Fragen	Aspekte
1	Welches ist Ihre genaue Funktion?	<ul style="list-style-type: none">▪ seit wann?▪ Werdegang? (Ziel: wie gut kennt er die Branche, den Kt. Uri?)

2 Pflege in Ihrer Institution

	Fragen	Aspekte
1	HEIME: Kann die oben angegebene Unterscheidung zwischen Altersheimplätzen und Pflegeheimplätzen in der Realität umgesetzt werden?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>falls nicht:</i> in welchem Ausmass findet ein Wechsel statt?
2	Gibt es ein Leitbild oder Richtlinien, welche ein bestimmtes Pflegeverständnis für ihre Institution definieren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umsetzung durch die Pflegenden? ▪ Entspricht dies dem eigenen Pflegeverständnis der Pflegenden?
3	Gibt es besondere Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suche nach qualifiziertem Personal?
4	Ist Ihre Institution für Personen mit spezifischem Pflegebedarf eingerichtet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Palliative Pflege? ▪ Demente Personen? ▪ Körperlich behinderte Personen? ▪ Psychisch kranke Personen? ▪ Personen mit einer Suchtproblematik? ▪ Aids-PatientInnen? ▪ andere?
5	Haben sich die Krankheitsbilder der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren verändert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ja, wie? ▪ Veränderung Pflegebedürftigkeitsgrad?
6	Gibt es spezifische Angebote, welche im Kt. Uri fehlen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche? ▪ Wo sollten diese angesiedelt werden?
7	Nach welchen Kriterien handhaben Sie die Warteliste?	

3 Erwartungen der Pflegebedürftigen und der Angehörigen

	Fragen	Aspekte
1	Haben sich die Erwartungen der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren verändert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In welcher Beziehung? (Pflege/Betreuung, Service, Infrastruktur) ▪ Inwiefern haben sich insbesondere die Pflegebedürfnisse verändert?
2	Haben ausländische Pflegebedürftige besondere Bedürfnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ja, welche?
3	Planen Sie neue Dienstleistungsangebote?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn ja, welche? ▪ Betreute Alterswohnungen?
4	Wie schätzen Sie die Erwartungen der Angehörigen ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung?
5	Wie schätzen Sie das Engagement der Angehörigen ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung?
6	Wie schätzen Sie Entlastungsangebote für Angehörige ein, welche demente Personen pflegen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪
7	Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪

4 Übergangspflege

	Fragen	Aspekte
1	Besteht weiterhin ein Problem „Pflegerotfälle“, wie in der PHP 02-07 beschrieben?	
2	Wie gestaltet sich der Übergang vom Akutspital nach Hause (evtl. mit Spitex) oder ins Heim <small>(Schnittstelle versch. Dienstleister)</small> ?	
3	Für welche Fälle wäre Übergangspflege im Kt. Uri sinnvoll?	
	Wie gross schätzen Sie den Bedarf an Übergangspflege ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell? ▪ In 5 Jahren?
4	Wo könnte die Übergangspflege angesiedelt werden?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In bestehender Institution? ▪ Neue Institution?
5	Welche Funktion hat das KSU für Ihre eigene Institution?	
6	Welche spezifischen Angebote könnte das KSU künftig anbieten?	

5 Einschätzung der Entwicklung

	Fragen	Aspekte
1	Wie schätzen Sie den Nachfragedruck an Pflegeplätzen in Ihrem Einzugsgebiet im Moment ein? SPITEX: Kann das Angebot nach Belieben aufgestockt werden?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einfluss Neueröffnung Schattdorf auf ihre Institution? ▪ Falls grosser Nachfragedruck: Für welche Zielgruppe machen Sie insbesondere einen Nachfragedruck aus?
1.1	Entwicklung des Nachfragedrucks in den nächsten 5 J.?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Künftiger Nachfragedruck?
2	Wie schätzen Sie den heutigen Bedarf an zusätzlichen stationären Angeboten allgemein in ihrem Einzugsgebiet ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreute Alterswohnungen? ▪ Heimplätze? ▪ Wohngruppen für demente Betagte? ▪ Gäbe es andere sinnvolle Angebote für demente Betagte?
2.1	Entwicklung des Bedarfs in den nächsten 5 Jahren?	
3	Wie schätzen Sie den heutigen Bedarf an zusätzlichen ambulanten und teil-stationären (Spitex/Tagesheim) Angeboten zur Entlastung der Pflegeheime in ihrem Einzugsgebiet ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbau der bestehenden Angebote? ▪ Zusätzliche Angebote? ▪ Spezifische Angebote für demente Betagte
3.1	Entwicklung des Bedarfs in den nächsten 5 Jahren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪
4	Wie schätzen Sie den heutigen Bedarf an zusätzlichen ambulanten und teil-stationären (Spitex/Tagesheim) Angeboten zur Entlastung der Angehörigen in ihrem Einzugsgebiet ein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbau der bestehenden Angebote? ▪ Zusätzliche Angebote?
4.1	Entwicklung des Bedarfs in den nächsten 5 Jahren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪

6 **Zusammenarbeit und Koordination**

	Fragen	Aspekte
1	<p>Mit welchen Institutionen arbeitet (Name eigener Institution) vor allem zusammen, resp. mit welchen koordiniert sich (Name eigener Institution)? <small>(vgl. Gesundheitsleitbild)</small></p> <p>Gehen wir zunächst auf die Zusammenarbeit ein, darauf auf die Koordination.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ambulante Dienste</p> <p><input type="checkbox"/> Pro Senectute Uri <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> Spitex Uri <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> SRK Uri <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> Anderem <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> Stationären Anbietern</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> Heimverband Curavia <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> Behörden</p> <p><input type="checkbox"/> kantonale Ebene</p> <p>..... <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p>..... <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p>..... <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p><input type="checkbox"/> kommunale Ebene</p> <p>..... <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p>..... <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p> <p>..... <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> ZA</p>

(6 **Zusammenarbeit und Koordination**)

2	Ist ihr eigener Bedarf an Koordination gedeckt?	
3	Und Ihr Bedarf an Information?	
4	Besteht Ihrer Ansicht nach im Kt. Uri ein Bedarf an einer Informations- u./od. Koordinationsstelle für die Angebote der Langzeitpflege?	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Funktion müsste diese Stelle übernehmen?▪ Wo sollte diese Stelle angesiedelt werden?
5	Wie wichtig ist für Sie die interkantonale Zusammenarbeit?	<ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie die interkant. ZA ein?

7 **Schluss**

	Fragen	Aspekte
1	Zusammenfassend: Was muss in der neuen Pflegeheimplanung des Kt. Uri unbedingt berücksichtigt werden, nebst den statistischen Berechnungen? (Drückt Sie irgendwo der Schuh?)	▪
2	Haben Sie offene Wünsche für Ihre Institution?	▪
3	Haben Sie Bedenken in Bezug auf die künftige Finanzierung <i>des Betriebs</i> vom (Name eigener Institution)?	▪
4	Haben Sie Bedenken in Bezug auf die künftige Finanzierung <i>der Investitionen</i> ?	▪
5	Gibt es noch Ergänzungen Ihrerseits?	▪
6	Haben Sie spezifische Erwartungen an diese Studie?	▪

A 2.2 Liste der Interviewpartner/-innen

Institution	Namen	Funktion
Altersheim Seelisberg	Rosi Würsch	Heimleiterin a.i.
	Jörg Näpflin	Sozialvorsteher Gemeinde Seelisberg
Alterspension Seerose, Flüelen	Silvia Walker	Co-Heimleiterin
	Martin Walker	Co-Heimleiter
	Alexander Volken	Verwalter des Verwaltungsrates
Alters- und Pflegeheim Gosmergärtä, Bürglen	Edi Betschart	Heimleiter
	Julius Christen	Präsident Betriebsrat
Alters- und Pflegeheim Rosenberg, Altdorf	Marco Petruzzi (1)	Heimleiter
	Werner Arnold	Verwaltungsratspräsident
	Frau Lindauer	Pflegekoordinatorin
	Astrid Strub	Vizepräsidentin Verwaltungsrat
	Franz Dittli	Finanzcontrolling
Alters- und Pflegeheim Schattdorf	Pius Fuchs	Heimleiter
	Adelbert Gisler	Leiter Betriebskommission
Alters- und Pflegeheim Spannort, Erstfeld	Urs Staub	Geschäftsleiter
	Ruth Feubli	Präsidentin Betriebskommission
	Frau Müller	Administration und Finanzen
Alters- und Pflegeheim Ursern, Andermatt	Esther Meier	Heimleiterin
	Frau Gehrig	Leitung Betriebskommission
	Frau Tschanz	Leitung Pflegedienst
	Herr Walker	Stiftungspräsident
Betagten- und Pflegeheim Oberes Reusstal, Wassen	Felici Riedi	Heimleiter
Kantonsspital Uri (KSU), Altdorf	Irmgard Wassmer	Leiterin Geriatrie
	Dr. Martin Patzen	Spitaldirektor
	Silvia Rosery	Leitung Pflegedienst
Pflegehahngruppe Höfli	José Briker	Leiterin Pflegewohngruppe
	Ambros Gisler	Stiftungspräsident
	Marco Petruzzi (2)	Mitbegründer Pflegewohngruppe
Pro Senectute Uri	Anni Duinmayer	Leiterin Pro Senectute Uri
Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) Uri, Altdorf	Marika Aschwanden	Geschäftsführerin SRK Uri
	Heidi Gisler	Verantwortliche Entlastungsdienst
Spitex Uri, Altdorf	Peter Perren	Leiter Spitex
	Elmar Reinhardt	Leiter Pflege
Urner Altersheim, Flüelen	Ignaz Amrhyn	Heimleiter
	Herr Arnold	Verwaltungsrat
	Alfred Poletti	Stiftungspräsident



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur EDI
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération suisse et des cantons