

## Konzept stationäre geriatrische Versorgung

Bericht der Regierung vom 12. April 2005

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
Zusammenfassung .....	3
1. Ausgangslage .....	7
2. Daten, Fakten und Prognosen zur Situation älterer Menschen in der Schweiz und im Kanton St.Gallen .....	8
3. Aktuelle stationäre geriatrische Versorgung .....	13
3.1. Stationäre geriatrische Akutbehandlung .....	13
3.1.1 Akutspitäler .....	13
3.1.2 Geriatrische Abteilungen .....	14
3.1.3 Bürgerspital St.Gallen .....	14
3.2. Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung .....	14
3.2.1 Psychiatrische Klinik St.Pirminsborg .....	15
3.2.2 Psychiatrische Klinik Wil .....	15
3.3. Rehabilitation .....	15
3.3.1 Akutspitäler .....	16
3.3.2 Bürgerspital St.Gallen .....	16
3.3.3 Klinik Valens .....	16
3.3.4 Reha-Klinik Walenstadtberg .....	16
3.4. Teilstationäre und ambulante Einrichtungen .....	17
3.4.1 Geriatrische Tagesklinik .....	17
3.4.2 Gerontopsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz .....	17
3.4.3 Memory Klinik .....	17
3.5. Schnittstellen .....	18
3.5.1 Prävention – ambulant – Betagten- und Pflegeheime .....	18
3.5.2 Akutspital - Austritt nach Hause/ins Bürgerspital St.Gallen .....	19
4. Alters- und Geriatriekonzepte in anderen Kantonen und Nachbarländern .....	19
5. Künftige stationäre geriatrische Versorgung .....	21
5.1. Stationäre geriatrische Akutbehandlung .....	22
5.1.1 Akutspitäler .....	22
5.1.2 Geriatrische Abteilungen .....	23
5.1.3 Geriatrisches Kompetenzzentrum .....	24
5.2. Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung .....	24
5.2.1 Psychiatrische Klinik St.Pirminsborg .....	25
5.2.2 Psychiatrische Klinik Wil .....	25
5.3. Rehabilitation .....	25
5.3.1 Akutspitäler .....	26
5.3.2 Geriatrische Abteilungen .....	26
5.3.3 Bürgerspital St.Gallen .....	26
5.3.4 Klinik Valens, Rheuma- und Rehabilitationszentrum .....	26
5.3.5 Reha-Klinik Walenstadtberg .....	26
5.4. Teilstationäre und ambulante Einrichtungen .....	26
5.4.1 Geriatrische Tagesklinik .....	27

---

5.4.2. Gerontopsychiatrische Tagesklinik.....	28
5.4.3. Memory Klinik .....	28
5.4.4. Ambulante geriatrische Rehabilitation.....	28
6. Massnahmen und Finanzbedarf .....	28
6.1. Massnahmen.....	28
6.2. Finanzbedarf .....	30
6.3. Zusätzlicher Finanzbedarf und Zeithorizont der Massnahmen.....	32
7. Antrag .....	33
Beilagen:	
1. Glossar .....	34
2. Abbildungsverzeichnis.....	47

## Zusammenfassung

*Altersmedizin ist nicht einfach Medizin für Menschen über 64 Jahre. Es ist Medizin für Menschen, bei denen Alterungsprozess, chronische Erkrankungen sowie allenfalls akute Erkrankung oder Unfall zu einer Situation drohenden Verlustes von Selbständigkeit führen kann. Alte Menschen kommen nach einem langen Leben unwillkürlich dem Sterben und dem Tod näher. Somit sollen die Prinzipien der palliativen Betreuung ein fester Bestandteil der Altersmedizin sein. Altersmedizin baut auf einem multidisziplinären Team auf, das die Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen, welche die Rückkehr des älteren Menschen nach der Behandlung in seine gewohnte Umgebung unterstützt und fördert. Der Bereich Altersmedizin wird immer bedeutender, steigt doch die Zahl der älteren Leute drastisch an. Im Jahr 2040 sind – bei nahezu gleicher Bevölkerungszahl – 25 Prozent der St.Galler Bevölkerung über 64 Jahre alt.*

*Diese Entwicklung verlangt nach neuen modernen Strukturen. Das Konzept stationäre geriatrische Versorgung sieht folgende Hauptpunkte vor: je Spitalregion eine Geriatrische Abteilung mit rund 20 Betten; ein Fachteam, das konsiliarisch die Geriatrischen Abteilungen betreut; geriatrische Tageskliniken und gerontopsychiatrische Tageskliniken sowie gesamtkantonale einheitliche Guidelines in Bezug auf die stationäre geriatrische Betreuung.*

*Wie bis anhin sollen ältere Patientinnen und Patienten mit einer Akuterkrankung oder nach einem Unfall in einem Akutspital behandelt und wenn möglich von diesem Spital nach Hause entlassen werden. Bei komplexeren geriatrischen Fällen ist es aber sinnvoll, dass diese Patienten und Patientinnen nach Eintritt in ein Akutspital möglichst schnell in eine Geriatrische Abteilung verlegt, interdisziplinär behandelt und rehabilitiert werden. Die Einrichtung dieser neuen Geriatrischen Abteilungen bedarf keine neuen zusätzlichen Betten. Es findet lediglich eine Umverteilung statt. Eine optimal durchgeführte geriatrische Rehabilitation hilft nicht nur dem Patienten oder der Patientin, sie entlastet auch die Akutabteilungen. Sie rechnet sich auch volkswirtschaftlich, da sie kostenintensive Aufenthalte in einem Pflegeheim herauszuzögern, zu verkürzen und zu verhindern hilft. In den nächsten zehn Jahren sollen die Geriatrischen Abteilungen der demografischen Entwicklung entsprechend bedarfsgerecht in den einzelnen Spitalregionen aufgebaut werden.*

*Geriatrische Rehabilitation sowie spezialisierte Rehabilitation bieten weiterhin das Bürgerspital St.Gallen, die Reha-Klinik Walenstadtberg wie auch die Klinik Valens an. Das Bürgerspital St.Gallen ist das geriatrische Kompetenzzentrum im Kanton St.Gallen. Es stellt zusätzlich ein Fachteam, das die Geriatrischen Abteilungen in den Spitalregionen regelmässig konsiliarisch besucht. Es werden gesamtkantonale einheitliche Guidelines «Rehabilitation geriatrischer Patientinnen/Patienten» erstellt. Diese Richtlinien bilden unter anderem die Grundlage des Überweisungsmonitorings, das vom Fachteam des Bürgerspitals durchgeführt wird. Mit diesem Instrument wird sichergestellt, dass die geriatrisch zu versorgenden Personen zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt werden.*

*Pro Spitalregion soll je eine Tagesklinik mit rund 10 Plätzen am Ort der Geriatrischen Abteilung für die teilstationäre Versorgung der geriatrischen Patientinnen/Patienten errichtet werden. Die zwei bestehenden gerontopsychiatrischen Abteilungen in Pfäfers und in Wil genügen auch in Zukunft. Dagegen fehlt es an gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Der demographischen Entwicklung entsprechend sollen drei gerontopsychiatrische Tageskliniken vernetzt mit den geriatrischen Tageskliniken errichtet werden. Dafür vorgesehen sind die Standorte St.Gallen, Uznach und Altstätten.*

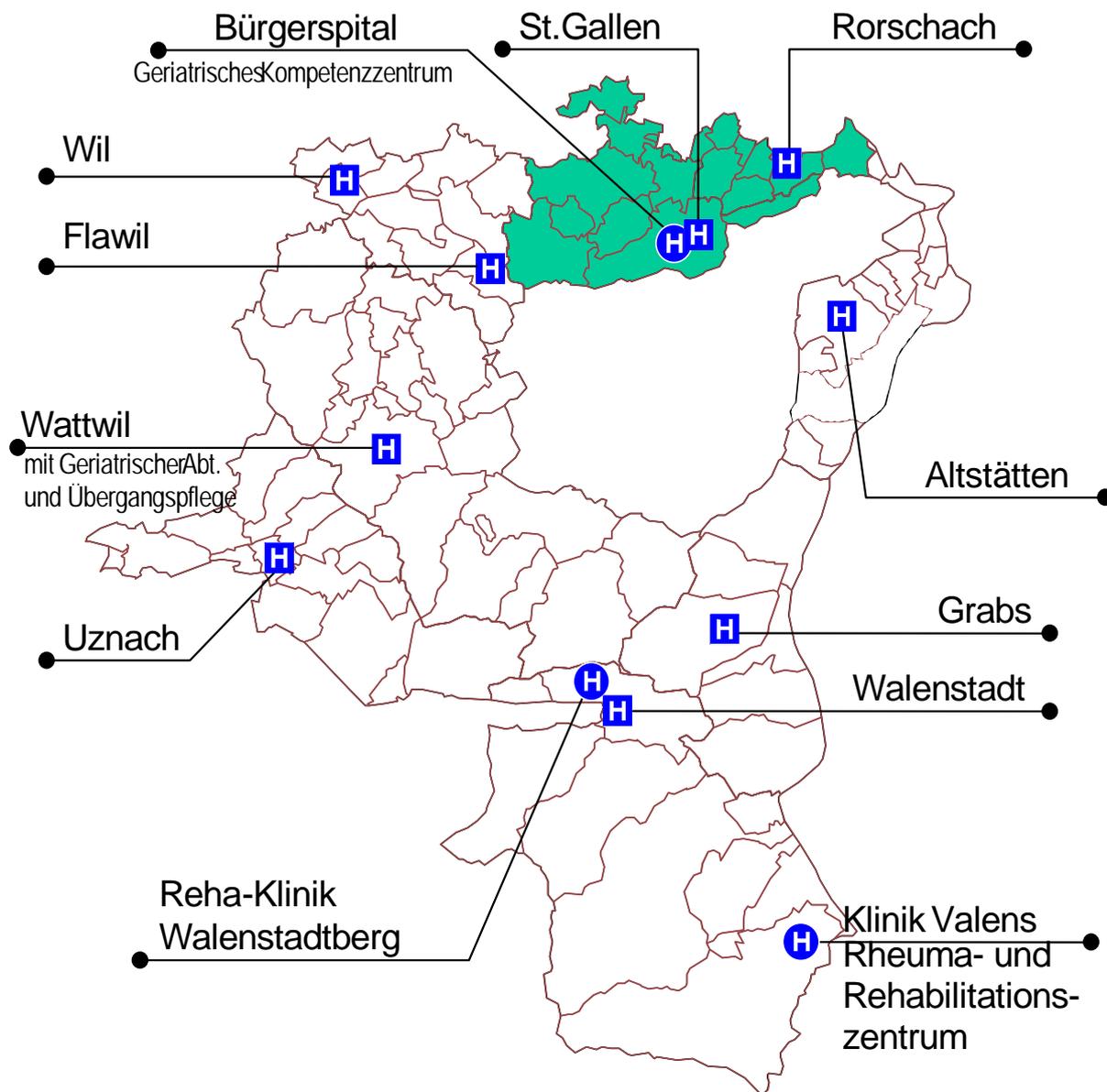
*Die Umsetzung des gesamten stationären Geriatriekonzeptes löst einmalige Investitionskosten von rund 2,6 Mio. Franken sowie jährliche Betriebskosten von rund 2,9 Mio. Franken aus, wobei der jährliche Deckungsbeitrag des Kantons etwa 1,6 Mio. Franken beträgt. Die einzelnen Massnahmen setzen, soweit sie finanzielle Konsequenzen haben, einen besonderen Entscheid der zuständigen Instanzen voraus.*

Die folgenden Abbildungen 1 bis 3 zeigen eine Übersicht der stationären und teilstationären geriatrischen Versorgung zum Ist-Zustand und in Zukunft.

Abbildung 1  
Zusammenfassung geriatrische Versorgung Ist-Zustand und in Zukunft

	<b>Ist-Zustand</b>	<b>Zukunft (bis 2010-2015)</b>
<b>Akutspital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geriatrische Patienten/ Patientinnen mit einer Akuterkrankung</li> <li>– geriatrische Patientinnen/ Patienten ohne Akuterkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– geriatrische Patienten/ Patientinnen mit einer Akuterkrankung oder nach Unfall, wenn normaler Genesungsprozess erwartet wird</li> </ul>
<b>Geriatrische Abteilung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Spital Wattwil: Geriatrische Abteilung mit Schwergewicht Übergangspflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vier Geriatrische Abteilungen (je Spitalregion eine) mit rund 20 Betten mit Übergangspflege</li> </ul>
<b>Geriatrisches Kompetenz-Zentrum</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bürgerspital St.Gallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bürgerspital St.Gallen mit Fachteam für Geriatrische Abteilungen</li> </ul>
<b>Tagesklinik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bürgerspital St.Gallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– je Spitalregion eine Tagesklinik mit rund 10 Plätzen am Standort der Geriatrischen Abteilung</li> </ul>
<b>Akut-Geriatrische Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zum Teil in Akutspitäler</li> <li>– Bürgerspital</li> <li>– Reha-Klinik Walenstadtberg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– in der Spitalregion in der entsprechenden Geriatrischen Abteilung</li> </ul>
<b>Spezialisierte, längerandauernde Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bürgerspital</li> <li>– Reha-Klinik Walenstadtberg</li> <li>– Klinik Valens (nicht spezifisch geriatrisch)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bürgerspital</li> <li>– Reha-Klinik Walenstadtberg</li> <li>– Klinik Valens (nicht spezifisch geriatrisch)</li> </ul>
<b>Ambulante Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bürgerspital St.Gallen</li> <li>– Privatpraxen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tageskliniken</li> <li>– Privatpraxen</li> </ul>
<b>Gerontopsychiatrische Klinik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Klinik St. Pirminsberg</li> <li>– Klinik Wil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Klinik St. Pirminsberg</li> <li>– Klinik Wil</li> </ul>
<b>Gerontopsychiatrische Tagesklinik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Klinik St. Pirminsberg</li> <li>– Klinik Wil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zusätzlich drei weitere gerontopsychiatrische Tageskliniken (St.Gallen, Altstätten, Uznach) vernetzt mit den Geriatrischen Tageskliniken und den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen</li> </ul>

Abbildung 2  
Stationäre geriatrische Versorgung – Ist-Zustand

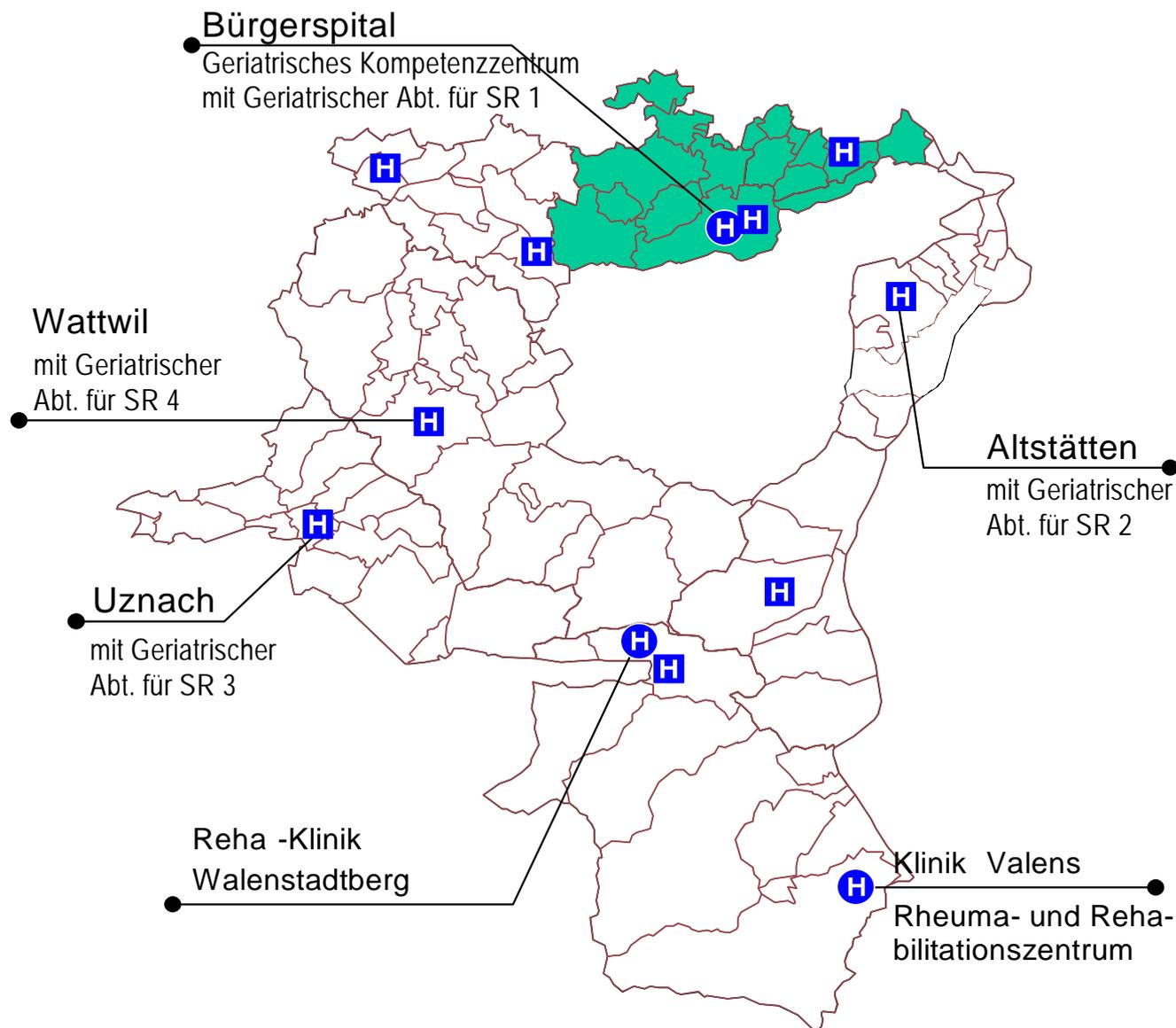


### **Ist-Zustand der geriatrischen Versorgung**

An allen Akutspitälern werden geriatrische Patientinnen und Patienten – meist im Fachbereich der Inneren Medizin oder Chirurgie hauptsächlich medizinisch – behandelt. Weiterführende erste rehabilitative Massnahmen können jedoch oft nicht angeboten werden. Für die Langzeit-Rehabilitation und für die spezialisierte Rehabilitation erfolgt eine Verlegung in folgende Institutionen:

- Bürgerspital St. Gallen;
- Reha-Klinik Walenstadtberg;
- Klinik Valens;
- intern am Spital Wattwil in die Geriatrische Abteilung.

Abbildung 3  
Stationäre geriatrische Versorgung im Kanton St.Gallen in Zukunft



### Neues Konzept für die geriatrische Versorgung

- an den Akutspitälern erfolgt die Akutbehandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten mit rascher Verlegung auf die Geriatrische Abteilung;
- je Spitalregion wird an einem Akutspital eine Geriatrische Abteilung mit rund 20 Betten für polymorbide geriatrische Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationspotenzial aufgebaut;
- weitere Versorgung für geriatrische Langzeit- und spezialisierte Rehabilitation wie bisher an den folgenden Institutionen:
  - Bürgerspital St.Gallen;
  - Reha-Klinik Walenstadtberg;
  - Klinik Valens.

Frau Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Novembersession 1998 hiess der Kantonsrat das Postulat 43.98.10 «GeriatRIEkonzept für den Kanton St.Gallen» mit folgendem Wortlaut gut:

«Die Regierung wird eingeladen, einen Bericht über den künftigen Bedarf und das Angebot in der stationären geriatrischen Versorgung zu unterbreiten.»

In Erfüllung des gutgeheissenen Postulates erstattet die Regierung folgenden Bericht:

## 1. Ausgangslage

Mit dem vorliegenden Bericht werden Lösungen und Angebote für den stationären und teilstationären geriatrischen Betreuungs- und Behandlungsbedarf der älteren und kranken Menschen aufgezeigt. Die ständig ändernden demographischen und epidemiologischen Herausforderungen bedingen eine sachgerechte Anpassung der Angebote im Gesundheitswesen. Die geriatrische Versorgung soll möglichst dezentral und wohnortnah stattfinden. Dem alten und kranken Menschen seine Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten und eine ambulante Behandlung in seiner gewohnten Umgebung anzustreben, bleibt oberste Zielsetzung. Zudem sollen alle Einwohnerinnen und Einwohner, aber auch alle beteiligten Institutionen für die Probleme sensibilisiert werden, die in einer älter werdenden Gesellschaft mit ihrem hohen Bedarf an medizinischen Leistungen, Langzeitpflege und Betreuung künftig auftreten werden.

GeriatRIE ist vielschichtig. Sie ist:

- Teil der Gerontologie und damit der Sozialpolitik;
- Teil der Medizin und Pflege und damit der Gesundheitsversorgung;
- Teil der Verhältnisse zwischen den Generationen und damit der Gesellschaftspolitik und der Alterspolitik;
- Teil des Lebensabschnittes vor dem Sterben.

Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf die stationäre sowie teilstationäre geriatrische Versorgung als Teil der Medizin, Pflege, Therapie und auf die Institutionen der Gesundheitsversorgung im Bereich der geriatrischen Akutmedizin, der Gerontopsychiatrie und der geriatrischen Rehabilitation sowie deren Schnittstellen. Der Bericht widerspiegelt auch das Leitbild Gesundheit<sup>1</sup>, insbesondere den Leitsatz 5 (Gesundheit für alle) sowie die Leitsätze 11 und 12 (Zuhause betreuen und ambulant behandeln). In der Umschreibung des Leitsatzes 13 steht: «Der Kanton sorgt für die stationäre Versorgung im Akutspital-, Psychiatrie- und Rehabilitationsbereich».

Bei der Erarbeitung dieses Konzeptes wirkten unter der Federführung des Gesundheitsdepartementes Vertreterinnen und Vertreter aus folgenden Institutionen, Berufsorganisationen, Verbänden und Ämtern mit: Bürgerspital St.Gallen, kantonale psychiatrische Dienste Sektoren Nord und Süd, Klinik Valens, Reha-Klinik Walenstadtberg, Spitalregionen 1 - 4, kantonale Ärztesgesellschaft, Pro Senectute Kanton St.Gallen, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion St.Gallen, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und Thurgau, Spitex-Verband Kanton St.Gallen, Verband St.Gallischer Betagten- und Pflegeheime, Departement des Innern mit dem Amt für Soziales. Für eine bessere Übersicht werden Begriffsdefinitionen im Glossar im Anhang ab Seite 34 beschrieben.

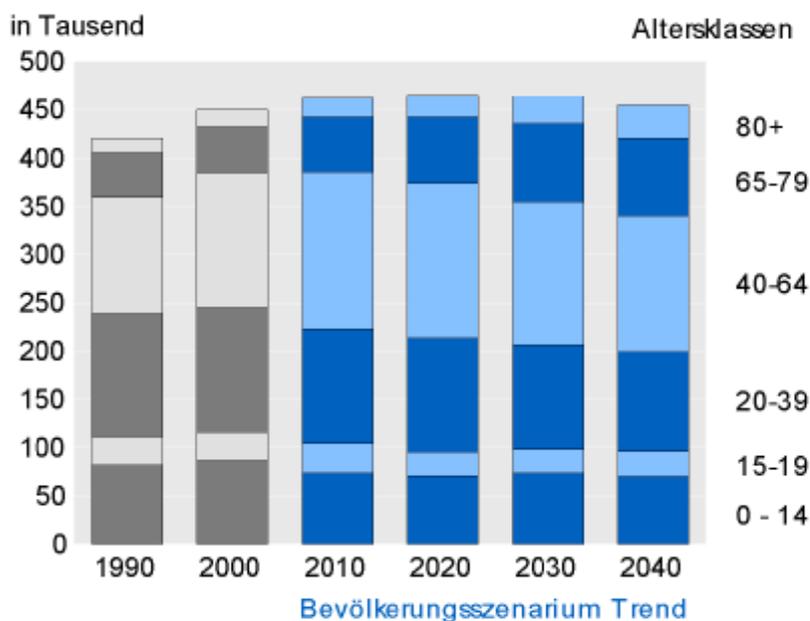
<sup>1</sup> Leitbild Gesundheit, Nr. 14 der Schriftreihe «Der Kanton St.Gallen heute und morgen» herausgegeben von der Staatskanzlei St.Gallen, 2002.

## 2. Daten, Fakten und Prognosen zur Situation älterer Menschen in der Schweiz und im Kanton St.Gallen

Das Bundesamt für Statistik hat im Frühjahr 2004 Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone und der Grossregionen der Schweiz 2002–2040<sup>2</sup> veröffentlicht. Wenn sich die Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte in Bezug auf Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und der Wanderungsströme fortsetzen, wird die Bevölkerung des Kantons St.Gallen zwischen 2000 und 2040 kaum (von 452'800 auf 454'700) ansteigen. Der Anteil der 65jährigen und älteren Bevölkerung wird sich dagegen markant verändern:

	2000	2040
Kanton St.Gallen	14,4 %	25 %
Schweiz	15,5 %	24,6 %

Abbildung 4  
ständige Wohnbevölkerung Kanton St.Gallen nach Altersklassen 1990 bis 2040



Quelle: Bundesamt für Statistik, ESPOP, Kantonale Bevölkerungsszenarien Trend  
© Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen

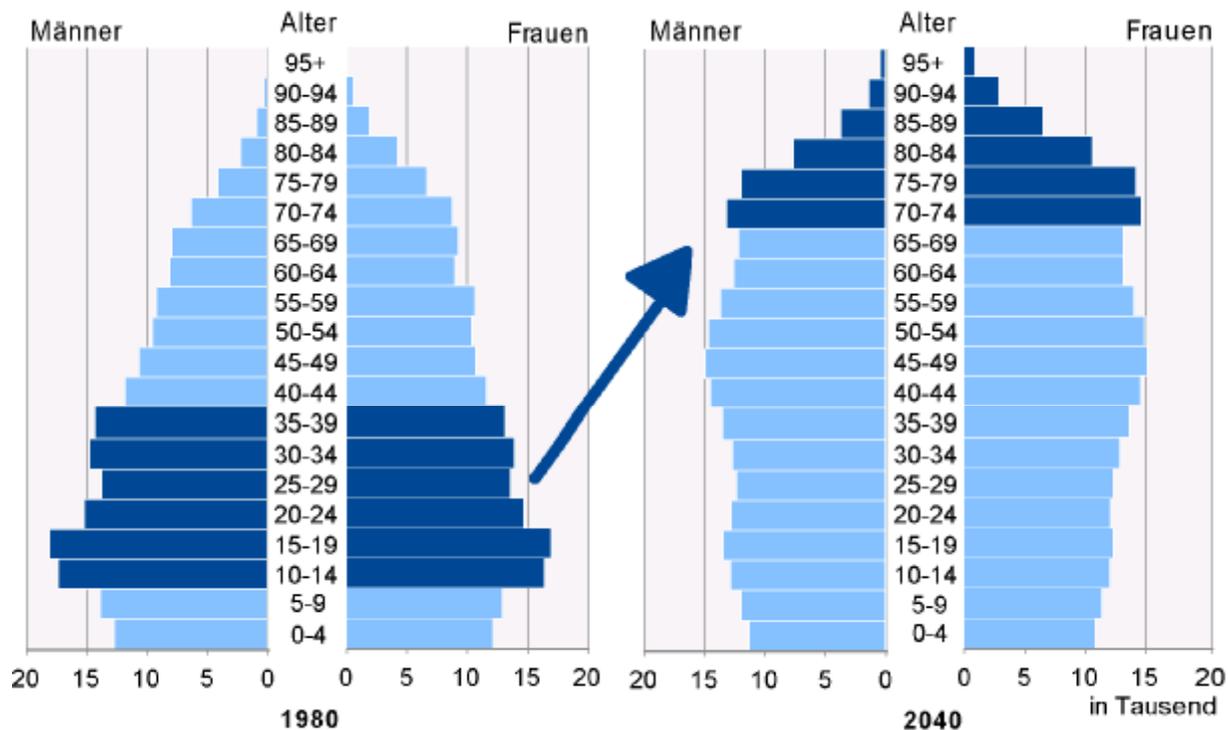
<sup>2</sup> Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone und der Grossregionen der Schweiz 2002-2040.

Abbildung 5  
Abbildung 4 in Zahlen ausgedrückt:  
Bevölkerungsentwicklung Kanton St.Gallen 1990 – 2040

	1990	2000	2010	2020	2030	2040
<b>Total Wohnbevölkerung Kanton St.Gallen</b>	420'300	452'800	462'200	464'900	464'200	454'700
<b>Anteil der &gt; 64jährigen in % der Wohnbevölkerung Kanton St.Gallen</b>	14,4 %	14,4 %	16,5 %	19,5 %	23,4 %	25,0 %
<b>Anteil der &gt; 64jährigen in Zahlen der Bevölkerung Kanton St.Gallen</b>	60'500	65'200	76'300	90'800	108'700	113'600
<b>Anteil der &gt; 79jährigen in Zahlen der Bevölkerung Kanton St.Gallen</b>	15'000	17'200	20'300	22'900	29'200	34'100

Der Altersbaum, der idealerweise die Form einer Pyramide aufweisen sollte, verändert sich in den nächsten Jahren wegen der starken Zunahme der älteren Bevölkerung.

Abbildung 6  
Vergleich ständige Wohnbevölkerung Kanton St.Gallen 1980 und 2040  
nach Fünfjahresaltersklassen und Geschlecht



Quelle: Bundesamt für Statistik, ESPOP, kantonale Bevölkerungsszenarien Trend

© Fachstelle für Statistik Kanton St.Gallen

Aufgrund der Volkszählung im Jahr 2000<sup>3</sup> ergeben sich für die Altersverteilung in den verschiedenen Spitalregionen folgende Zahlen:

Abbildung 7  
Bevölkerungszahl und Altersverteilung in den Spitalregionen gemäss  
Volkszählung 2000 und Szenario Trend für 2040

	<b>Total Bevölkerung 2000</b>	<b>Anzahl &gt; 64jährige</b>	<b>Anzahl &gt; 64jährige 2040</b>
Spitalregion 1	129'075	20'974 (16,2 %)	33'200
Spitalregion 2	124'702	16'688 (13,4 %)	31'200
Spitalregion 3	57'906	7'762 (13,4 %)	14'100
Spitalregion 4	141'154	19'735(14,0 %)	35'100
<b>Kanton St.Gallen</b>	<b>452'837</b>	<b>65'159 (14,4 %)</b>	<b>113'600 (25 %)</b>

Nicht nur der Anteil der älteren Bevölkerung wächst, sondern auch der einzelne Mensch wird immer älter. Bei den Männern ist die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2003 bei 77,9 Jahren, bei den Frauen bei 83 Jahren<sup>4</sup>. Nach den demographischen Szenarien des Bundesamtes für Statistik dürfte sich die mittlere Lebenserwartung von Männern von heute 76.9 Jahre auf 82,5 bis 85,5 Jahre im Jahr 2060 und bei Frauen von heute 82,6 Jahre auf 87,5 bis 90 Jahre erhöhen. Diese Voraussage gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass es nicht zu einer Verschlechterung der sozial- und gesundheitspolitischen Strukturen kommt, denn die Lebenserwartung hängt stark von sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ab.

Dabei stellt sich die Frage, ob eine höhere Lebenserwartung verbunden ist mit mehr «gesunden Lebensjahren» oder ob sich die «Lebenszeit mit Behinderungen» ausdehnt. Hierzu gibt es zwei Thesen:

Die eine besagt, dass der Rückgang der Sterblichkeit vor allem darauf zurückzuführen ist, dass der ältere Mensch aufgrund der medizinischen Fortschritte mit seinen Gebrechen länger lebt. Bedeutete früher ein Schlaganfall vielfach den sicheren Tod, kann heute ein Patient oder eine Patientin dank medizinischer Fortschritte in Therapie und Rehabilitation meist noch viele Jahre weiter leben. Die andere These geht davon aus, dass sich primär die gesunden Lebensjahre erhöhen und dass sich die chronischen Krankheiten erst später im Leben manifestieren. Von den Vertreterinnen und Vertretern der Präventivmedizin wird diese These klar gestützt<sup>5</sup>. Für Männer im Alter von 65 Jahren haben die behinderungsfreien Jahre im Beobachtungszeitraum zwischen 1981/1982 und 1997/1999 um 1,5 Jahre (von 11,5 auf 13 Jahre) und bei den 65jährigen Frauen um 4,1 Jahre (von 12,2 auf 16,3 Jahre) zugenommen.

<sup>3</sup> Volkszählung 2000, 5-Jahresaltersklassen Schweiz, Kanton St.Gallen, Regionen und Gemeinden 2000  
<http://www.statistik.sg.ch/themen/b01/vz.html>.

<sup>4</sup> Bundesamt für Statistik, Medienmitteilung 6. Juli 2004.

<sup>5</sup> F. Höpflinger; Zur Entwicklung der behinderungsfreien Lebenserwartung in der Schweiz  
<http://mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhalter1L.html>.

*Abbildung 8*  
*Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung von Männern*  
*und Frauen im Alter von 65 Jahren in der Schweiz 1981/1982 und 1997/99*

	Männer			Frauen		
	A	B	C	A	B	C
<b>1981/1982</b>	14,6	11,5	3,1	18,5	12,2	6,3
<b>1997/1999</b>	16,7	13,0	3,7	20,6	16,3	4,3

- A insgesamt durchschnittlich zu erwartende Jahre ab dem 65. Lebensjahr  
 B durchschnittliche Lebenserwartung ohne Behinderungen  
 C durchschnittliche Lebensjahre mit Behinderungen

Die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit ist im Alter in der Schweiz lückenhaft. Man schätzt<sup>6</sup>, dass gegenwärtig zwischen 109'000 bis 126'000 ältere Menschen in der Schweiz pflegebedürftig sind. Dies sind 9,8 Prozent bis 11,4 Prozent der über 64jährigen Menschen. Pflegebedürftig heisst, dass die Menschen nicht mehr in der Lage sind, sich selbständig an- oder auszukleiden, selbständig zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen oder eigenständig die Körperpflege durchzuführen. Aufgrund der demographischen Alterung wird für die Periode 2000 bis 2010 eine Zunahme der älteren pflegebedürftigen Menschen um 15 Prozent vorausgesagt, bis ins Jahr 2020 eine solche von 32 Prozent bis 36 Prozent. Diese Berechnungen sind aber problematisch: Wegen der Zunahme der behinderungsfreien Lebensjahre wie auch der gesellschaftlichen Veränderungen mit lebenslanger Gesundheitsvorsorge, den Fortschritten in der Rehabilitation und anderen geriatrischen Präventionsstrategien wird in den nächsten 20 Jahren lediglich eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit von maximal 20 Prozent erwartet.

Alterstypische Krankheiten wie Demenz werden an Bedeutung zunehmen. Aufgrund von Studien in verschiedenen Industrieländern leiden zwischen 6,5 Prozent und 8,7 Prozent der älteren Bevölkerung an einer Demenz. Das Risiko des Einzelnen für diese Erkrankung hängt stark von der individuellen Lebenserwartung ab. Im statistischen Mittel beträgt die Wahrscheinlichkeit für diese Erkrankung ab dem Alter 65 für Männer derzeit 16 Prozent, für Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung dagegen 34,5 Prozent. Häufigste Ursache ist in den westlichen Ländern die Alzheimer-Krankheit. Sie macht ungefähr zwei Drittel aller Demenzerkrankungen aus. An zweiter Stelle liegen die vaskulären Demenzen mit einem Anteil von bis zu 20 Prozent.

Die Prävalenzrate (= Anzahl Kranke in der Bevölkerung) der Demenzkranken steigt mit dem Alter steil an und verdoppelt sich ab dem 65. Lebensjahr etwa alle fünf Altersjahre.

<sup>6</sup> F. Höpflinger, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz; <http://www.obsan.ch/infos/medien/d/Zusa-Buch-Pflege-de-7.03.pdf>.

Abbildung 9  
Prävalenz von Demenzen nach dem Alter<sup>7</sup>

Altersklassen	Demenzprävalenz in %
65 – 69	3
70 – 74	5
75 – 79	9
80 – 84	18
85 – 93	36

Ob diese Zahlen auch noch in 20 bis 30 Jahren so hoch sind, ist fraglich. Es ist nämlich wahrscheinlich, dass in den nächsten 10 bis 15 Jahren wirksame medizinische Mittel wenigstens zur Verzögerung der Demenzkrankheit entwickelt werden. Wird durch bessere Medikamente eine zeitliche Verzögerung der Demenzstörungen um ein Jahr möglich, steigt die Zahl der älteren demenzkranken Menschen lediglich um 5'000 bis 6'000 Personen anstatt um 13'000 bis 14'000 Personen. Wird ein Medikament entwickelt, das eine Verzögerung von zwei Jahren erreicht, leben im Jahr 2030 anstatt 135'000 bis 144'000 Demenzkranke «nur» 116'000 bis 124'000 Demenzkranke in der Schweiz. Der Effekt demographischer Alterung kann also abgeschwächt, aber nicht aufgehoben werden. Wenn von Prävalenzen von Demenzen nach Alter gesprochen wird, muss unbedingt in Betracht gezogen werden, dass in diesen Situationen nebst der Demenz auch andere Einschränkungen aufgrund somatischer Krankheiten eine Rolle spielen (Polymorbidität). Zudem muss festgehalten werden, dass Demenz zwar eine alterstypische Erkrankung ist, Alter aber nicht Demenz bedeutet.

Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zu, wie die nächste Abbildung aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 zeigt.

Abbildung 10  
Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen der zu Hause lebenden Bevölkerung<sup>8</sup>

Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten von:	15 – 69 Jahre in %	70 Jahre und älter in %
Arztbesuch	77,3	90,3
Spitalaufenthalt 1-14 Tage	9,7	12,5
Spitalaufenthalt 15 Tage und länger	1,7	6,2
Spitex-Dienstleistung	1,3	10,2

<sup>7</sup> H. B. Staehelin, Schweiz Med Forum 2004; 4: 247-250.

<sup>8</sup> Schweiz. Gesundheitsbefragung 1997.

### **3. Aktuelle stationäre geriatrische Versorgung**

#### **3.1. Stationäre geriatrische Akutbehandlung**

##### *3.1.1 Akutspitäler*

Alle Akutspitäler im Kanton St.Gallen nehmen jederzeit geriatrische Patientinnen und Patienten mit einer akuten Krankheit oder nach einem Unfall auf. Meist werden diese bis zur Entlassung im Akutspital behandelt. Es werden aber auch Patientinnen und Patienten anschliessend zur Rehabilitation in eine andere Klinik oder Institution verlegt.

Rund 35 Prozent aller Patientinnen und Patienten, welche in den Akutspitälern behandelt werden, sind über 64 Jahre alt, fünf bis zehn Prozent sind über 79 Jahre. Sie befinden sich überwiegend in den Kliniken und Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie und werden vor allem wegen akuten Erkrankungen mit gleichen Diagnosen wie jüngere Patientinnen und Patienten eingewiesen. Spezifisch geriatrische Krankheitsbilder sind eher selten. Im Bericht «Regionales Kompetenzzentrum für Altersmedizin, Spital Altstätten»<sup>9</sup> sind genaue Zahlen für das Jahr 2003 in der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland aufgeführt. 40 Prozent aller Patientinnen und Patienten waren über 60 Jahre alt. Betrachtet man die in den drei Akutspitälern dieser Spitalregion erbrachten Pflage tage, sind von den total 98'000 Pflage tagen 53'000 (= 54 Prozent aller Pflage tage) an Patientinnen/Patienten über 60 Jahren erbracht worden.

In den Abläufen der Akutspitäler kann häufig zu wenig Zeit eingeplant werden, um den Bedürfnissen älterer Patientinnen und Patienten – vor allem wenn auch psychische Leiden vorliegen – gerecht zu werden. Der hektische Spitalalltag sowie die zunehmende Belastung des Spitalpersonals wirken sich besonders bei älteren Menschen negativ aus. Es muss vermehrt mit Komplikationen, unerwünschten Ereignissen (z.B. Stürze, psychische Reaktionen) und auch mit verlängerten Spitalaufenthalten und Rehospitalisationen gerechnet werden.

Es gibt wenige Kaderärzte in den Akutspitälern, die in Geriatrie weitergebildet und damit kompetente Ansprechpersonen für geriatrische Behandlungs- und Betreuungsprobleme der älteren Patientinnen/Patienten sind. Eine professionelle Triage wird häufig vernachlässigt. Ein Defizit an fundiertem gerontologischem Wissen ist feststellbar. Es fehlt auch an Personen (= interne case manager), welche die verschiedenen Betreuungsebenen miteinander und auch untereinander vernetzen. Geriatrische Patientinnen und Patienten im Spital kommen nach einem langen Lebensweg dem Sterben näher. Daher sollten die Prinzipien der palliativen Betreuung ein fester Bestandteil der Altersmedizin sein. Die professionelle und würdige Begleitung in der letzten Lebensphase ist in den Spitälern und Kliniken noch keine Selbstverständlichkeit. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse und die Methoden, welche vor allem in der Krebsmedizin entwickelt wurden, sollten Eingang in die Altersmedizin und -pflege finden.

In den Akutspitälern kann folgenden besonderen Bereichen und Bedürfnissen im Zusammenhang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten zu wenig Rechnung getragen werden:

- Abklärung der sozialen Situation
- Erfassen von Demenzproblemen
- Sturzabklärungen
- Umgang mit psychisch erkrankten oder dementen Patientinnen und Patienten
- Ausbildungsbedarf und Zeitressourcen bei der Begleitung Sterbender
- Austrittsplanung

Mehr oder weniger «verschleierte» Entlastungsaufenthalte in einem Akutspital sind keine Seltenheit. Aus finanziellen Gründen umgehen die Patientin und der Patient und/oder die Angehörigen die für die Gesellschaft günstigere Möglichkeit einer temporären Unterbringung in einem

---

<sup>9</sup> Projektstudie «Regionales Kompetenzzentrum für Altersmedizin, Spital Altstätten» von der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland, datiert vom März 2004.

Heim. Diese gesundheitspolitisch wenig erfreuliche Realität lässt sich bei älteren Patientinnen und Patienten problemlos mit Krankheiten begründen.

### 3.1.2. Geriatrische Abteilungen

Einzig im Spital Wattwil gibt es eine geriatrische Rehabilitationsstation mit 12 Betten mit einem Schwergewicht auf Übergangspflege. Ein Facharzt oder eine Fachärztin FMH mit Schwerpunkt Geriatrie fehlt und es gibt wenig nicht-ärztliches Fachpersonal (Physiotherapeuten: 0,5 Stellen; Ergotherapeuten: 0,05; Logopäden: 0,05). Im Jahr 2003 wurden auf dieser Station 161 Patientinnen und Patienten mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 23 Tagen betreut. Es wird konsequent eine Bezugs- und Übergangspflege durchgeführt. Dazu gehören «Probeaufenthalte» zu Hause und Hausbesuche der Pflegenden mit der Patientin/dem Patienten. Dadurch wird oft eine Rückkehr nach Hause erst möglich und Rehospitalisationen können besser vermieden werden.

### 3.1.3. Bürgerspital St.Gallen

Das Bürgerspital St.Gallen, eine Institution der Ortsbürgergemeinde St.Gallen, mit geriatrischer Klinik, Tagesklinik mit Memory Klinik sowie Pflegeheim mit Tagesheim und Altersheim hat einen Leistungsauftrag vom Kanton. Danach erfüllt es Aufgaben der akut-medizinischen und palliativen Versorgung älterer Menschen sowie der geriatrischen und nichtgeriatrischen Rehabilitation für Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons und angrenzender Gebiete nach den neuesten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und nach anerkannten ethischen Grundsätzen. Zudem übernimmt das Bürgerspital Ausbildungsfunktionen für Ärztinnen und Ärzten sowie für Angehörige verschiedener Pflegeberufe und anderer nicht-ärztlicher Berufe. Das geriatrische Leistungsangebot umfasst:

- eine Klinik für Akutgeriatrie, Rehabilitation und Palliativbetreuung;
- eine geriatrische Tagesklinik und eine Memory Klinik.

Das Bürgerspital St.Gallen ist ein voll ausgebautes geriatrische Kompetenz-Zentrum. Es umfasst das gesamte Spektrum der Geriatrie vom Altersheim über Pflegeabteilungen, Tagesklinik, Memory Klinik bis zur eigentlichen geriatrischen Klinik mit Palliative Care und geriatrischer Rehabilitation mit insgesamt 86 Betten. Im Jahr 2003 wurden 767 Patientinnen und Patienten mit einer durchschnittlichen Hospitalisationsdauer von 36,2 Tagen behandelt. Die Bettenbelegung betrug 98,5 Prozent. Das Bürgerspital wird vor allem von Einwohnerinnen und Einwohnern der Spitalregion 1 genutzt. Im Jahr 2003 stammten von den insgesamt 767 Patientinnen und Patienten 596 oder 78 Prozent aus dieser Region, 38 aus der Spitalregion 2 und 108 aus der Spitalregion 4. 25 Patientinnen und Patienten wohnten im angrenzenden ausserkantonalen Gebiet. Die Wartezeiten für einen Eintritt in das Geriatriezentrum Bürgerspital St.Gallen betragen bei der Überweisung durch Hausärztinnen und Hausärzte drei Tage, bei einem Übertritt aus einem Akutspital elf Tage.

## 3.2. Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung

Die Alterspsychiatrie war seit jeher ein wichtiger Bereich der psychiatrischen Versorgung. Im Sinne des aktuellen Psychiatrieverständnisses sieht die Alterspsychiatrie ihre Aufgabe nicht mehr in der unbefristeten Betreuung, sondern im Abklären und Behandeln von akutpsychiatrischen Problemen. Dieses neue Verständnis wird sich in den nächsten Jahren weiter verstärken. Angetrieben wird es heute schon durch den wachsenden Bettenbedarf für psychiatrisch auffällige Demenzpatientinnen und -patienten und das zunehmende Bedürfnis an stationärer Psychotherapie. Die aktuellen Raumverhältnisse und Behandlungsstrukturen entsprechen nicht mehr den gewandelten Bedürfnissen. Die Erwartungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen bezüglich den Wohnstrukturen haben sich verändert. Das Bettenangebot in der stationären Gerontopsychiatrie ist zurzeit genügend.

Für die Sektoren Nord und Süd der Kantonalen Psychiatrischen Dienste besteht ein Fortbildungsauftrag für Pflegende und Ärztinnen und Ärzte im Fach Gerontopsychiatrie. Der Auftrag umfasst auch Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise die Durchführung von Angehörigentagungen. Dieser Auftrag kann heute mit den bestehenden Ressourcen zwar regelmässig, aber nur in bescheidenem Ausmass geleistet werden. Hier besteht ein deutlicher Nachholbedarf.

### 3.2.1. *Psychiatrische Klinik St.Pirminsberg*

Der akutpsychiatrische stationäre Bereich der Alterspsychiatrie der Kantonalen Psychiatrischen Dienste-Sektor Süd in der Klinik St.Pirminsberg in Pfäfers umfasst folgende vier Stationen:

- eine Demenzstation mit 15 stationären Betten. Sie bildet mit der ambulanten Gedächtnissprechstunde eine Einheit, die als «Memory Klinik» auftritt;
- eine allgemeine alterspsychiatrische Aufnahme- und Behandlungsstation mit 14 Betten;
- eine Aufnahme- und Rehabilitationsstation mit 11 Betten;
- eine geschlossene Langzeitrehabilitationsstation mit 13 Betten, auf der teils auch jüngere schwerkranke Patientinnen und Patienten aufgenommen werden.

### 3.2.2. *Psychiatrische Klinik Wil*

Die gerontopsychiatrische Fachabteilung der kantonalen Psychiatrischen Dienste-Sektor Nord in der Klinik Wil umfasst im stationären Bereich vier Stationen:

- eine allgemeine Aufnahmestation mit 20 Betten, wovon 10 Betten sich in einer geschlossenen Einheit befinden;
- eine offene Station mit 14 Betten mit Schwerpunkt Psychotherapie und Suchtbehandlung;
- eine geschlossene Station mit 16 Betten für vorwiegend Demenz-Erkrankte;
- eine offene Langzeitrehabilitationsstation mit 24 Betten.

Zur gerontopsychiatrischen Behandlung gehört neben der Abklärung und Behandlung neu eingetretener Patientinnen und Patienten auch die Behandlung schwer kranker instabiler Langzeitpatientinnen und -patienten. Die spezialisierten Behandlungen erfolgen stets kombiniert mit rehabilitativen Massnahmen und – soweit nötig – mit somatischer Behandlung und Pflege.

Insgesamt verfügt die Fachabteilung Gerontopsychiatrie über 74 Betten, die zwischen 90 und 100 Prozent ausgelastet sind. Die Zahl der Langzeitpatientinnen und -patienten wurde in den letzten Jahren gezielt und kontinuierlich abgebaut, indem Verlegungen von chronisch Kranken in Heime vorgenommen wurden. Die Abteilung konzentriert sich zunehmend intensiv auf behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten. So sind heute drei der vier Gerontopsychiatrischen Stationen eigentliche Akutstationen.

Auf dem Klinikareal befindet sich das Pflegeheim Eggfeld, das vorwiegend ältere Menschen betreut. In dieses werden chronische Patientinnen und Patienten in stabilisiertem psychischem Zustand aus der Klinik entlassen, wenn sie eine vorwiegend und dauernde gerontopsychiatrische Pflege benötigen. Das Pflegeheim wurde im Jahr 1999 eröffnet. Damals wurden dazu zwei gerontopsychiatrische Langzeitstationen mit gesamthaft 50 Betten aus der Gerontopsychiatrie Wil ausgegliedert. Zwei Jahre später folgte nochmals eine Ausgliederung einer Station aus der Gerontopsychiatrie mit 25 Betten. Noch im Jahr 2005 soll eine weitere Station der heutigen Gerontopsychiatrie Wil in das Pflegeheim Eggfeld integriert werden. Dies bedeutet eine Verkleinerung des stationären gerontopsychiatrischen Angebots, d.h. eine weitere deutliche Reduktion der gerontopsychiatrischen Klinikbetten.

## 3.3. **Rehabilitation**

Die geriatrische Rehabilitation beinhaltet medizinische, pflegerische, therapeutische, soziale und manchmal auch berufliche Massnahmen zur Wiedererlangung der teilweisen oder ganzen

Selbständigkeit. Diese muss umfassend sein und körperliche, seelische sowie soziale Komponenten berücksichtigen. Die Rehabilitation lässt sich wie folgt unterteilen:

- **erste rehabilitative Massnahmen**  
Diese Massnahme gibt es in allen Akutspitälern, im Bürgerspital St.Gallen.
- **geriatrische Rehabilitation**  
Geriatrische Rehabilitation leistet das Bürgerspital St.Gallen, die Reha-Klinik Walenstadtberg und die Klinik Valens.
- **spezialisierte Rehabilitation**  
Die spezialisierte Rehabilitation erfolgt heute am Bürgerspital St.Gallen (in beschränktem Umfang), in der Reha-Klinik Walenstadtberg und in der Klinik Valens.

Es gibt zurzeit genügend geriatrische Rehabilitationsbetten im Kanton St.Gallen. Die Grenzen zwischen «ersten rehabilitativen Massnahmen» und «geriatrischer Rehabilitation» sind unscharf und nicht ausreichend definiert.

### 3.3.1. Akutspitäler

Alle Akutspitäler führen erste rehabilitative Massnahmen und aktivierende kompetenzfördernde Pflege durch. Dies gehört zum Grundangebot von jedem Akutspital, denn die Rehabilitation beginnt am ersten Tag der Hospitalisation. Es ist aber eine Realität, dass für die optimalen primären Rehabilitationsmassnahmen und Aktivierungen im Akutspital häufig die Zeit und das notwendige qualifizierte Personal vor allem in den Bereichen der Therapie fehlen. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass Mobilisationen, Sprach-, Geh- und Esstrainings- sowie andere Förderungsmassnahmen, die zur Selbständigkeit beitragen würden, oft nicht durchgeführt werden können.

### 3.3.2. Bürgerspital St.Gallen

Die geriatrische Klinik Bürgerspital St.Gallen führt neben dem oben erwähnten Leistungsauftrag in geriatrischer Medizin auch die geriatrische Rehabilitation für Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons St.Gallen und angrenzender Gebiete durch. 60 Prozent der Betten sind durch Patientinnen und Patienten der Rehabilitation belegt.

### 3.3.3. Klinik Valens

Die Klinik Valens als Rheuma- und Rehabilitationszentrum ist spezialisiert auf die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit neurologischen, rheumatologischen und orthopädischen Erkrankungen. Es wird ein breites Spektrum der Rehabilitation nach Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems angeboten. Die Angebote sind besonders für die geriatrischen Patientinnen und Patienten von grosser und zunehmender Bedeutung. Es werden vor allem folgende alterstypischen Krankheiten behandelt: Arthrosen, degenerative Erkrankungen des Skelettes, der Wirbelsäule und der Gelenke, Osteoporose, Schlaganfall, M. Parkinson, Demenzerkrankungen. Im Jahr 2003 waren insgesamt 525 oder 28 Prozent der Klinikpatientinnen und -patienten älter als 64 Jahre. Sie belegten 35 Betten, vor allem zur neurologischen und orthopädischen Rehabilitation.

### 3.3.4. Reha-Klinik Walenstadtberg

Es besteht ein Leistungsvertrag zwischen dem «Verein St.Gallische Rehabilitationsklinik Walenstadtberg» und dem Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen. Darin sichert der Verein mindestens 30 Betten den Patientinnen und Patienten aus dem Kanton St.Gallen zu. Seit 1. Januar 2005 gehört ein Arzt mit Schwerpunkttitel in Geriatrie zum Ärzteteam. Neben dem geriatrischen Angebot wird in der Reha-Klinik Walenstadtberg spezialisierte Rehabilitation wie neurologische und pneumologische Rehabilitation (gemäss Vertrag mindestens 15 Betten für

st.gallische Patientinnen/Patienten) angeboten; der Anteil der über 64jährigen beträgt bei den neurologischen Krankheiten 45 und bei intern medizinischen 70 Prozent.

### **3.4. Teilstationäre und ambulante Einrichtungen**

#### **3.4.1. Geriatrische Tagesklinik**

In der geriatrischen Tagesklinik des Bürgerspitals St.Gallen stehen täglich Plätze für zehn bis zwölf Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die gut genutzt werden. Weitere Tageskliniken sind bisher nicht geschaffen worden, obwohl eine Nachfrage besteht. Der ambulante geriatrische Konsiliardienst ist heute im Kanton noch mangelhaft entwickelt.

#### **3.4.2. Gerontopsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz**

Der gerontopsychiatrische Liaison- und Konsiliardienst ist im Kanton vorhanden. Die professionelle, breit abgestützte psychiatrische Triage durch gerontopsychiatrische Fachleute ist in der Klinik in Pfäfers und Wil sichergestellt. Ausserhalb der Zentren ist diese jedoch nicht ausreichend vorhanden. Zudem ist die gerontopsychiatrische Spitex nicht flächendeckend vorhanden, verfügen doch nicht alle Spitex-Organisationen über entsprechendes Fachpersonal. Durch eine regelmässige gerontopsychiatrische Fortbildung kann das Angebot verbessert werden.

### **Kantonale psychiatrische Dienste Sektor Süd**

- Im halbstationären Bereich werden in der Klinik St.Pirminsbach 10 Tagesklinikplätze angeboten. Auf der Demenzstation stehen vier Betten zur Verfügung. Dort werden demente Patientinnen und Patienten im Unterschied zur übrigen Tagesklinik getrennt von den stationären Patientinnen und Patienten betreut;
- Zum Angebot im ambulanten Bereich gehören Fachstellen für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie in Heerbrugg, Sargans und Uznach, die Memory Klinik in Uznach, ambulante Abklärungen und Behandlungen wie auch Konsiliar- und Liaisonangebote. So werden auch in Alters- und Pflegeheimen delegierte psychiatrische Therapiegespräche wie auch Teamsupervisionen durchgeführt. Derzeit werden mit diesem Angebot rund 70 Prozent der Alters- und Pflegeheime im Einzugsgebiet abgedeckt. Diese «Alterspsychiatrie vor Ort» erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Hausärztinnen und Hausärzten. Noch besser genutzt werden kann der ärztliche Konsiliardienst in den Heimen. Immer öfters werden therapeutische Gespräche verlangt. Ein- bis zweimal im Jahr werden Weiterbildungen für Spitex-Mitarbeitende und das Personal von Alters- und Pflegeheimen angeboten.

### **Kantonale psychiatrische Dienste Sektor Nord**

- Im halbstationären Bereich sind in der Klinik Wil vier Tagesklinik-Plätze in die gerontopsychiatrische Psychotherapiestation integriert. Sie können für Patientinnen und Patienten als Übergangslösung nach dem Austritt aus der stationären Behandlung genutzt werden.
- Das Angebot im ambulanten Bereich der gerontopsychiatrischen Abteilung umfasst die Gedächtnissprechstunde (Memory Klinik) zur interdisziplinären Demenzabklärung und Beratung, ambulante Abklärungen und Beratungen, einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst im Spital Wil, einen Liaisondienst in der Region Fürstenland für Hausärztinnen und Hausärzte und Alters- und Pflegeheime. Ebenso besteht ein Weiterbildungsangebot für Ärztinnen und Ärzte, Spitexmitarbeitende und das Heimpersonal.

#### **3.4.3. Memory Klinik**

Memory Kliniken/Gedächtnissprechstunden werden am Bürgerspital in St.Gallen, an den Kliniken in Pfäfers und Wil sowie an der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie Uznach angeboten. Die Klinik Pfäfers arbeitet in diesem Bereich eng mit der Klinik Valens zusammen. Das vorhandene Angebot ist ausreichend.

### 3.5. Schnittstellen

#### 3.5.1. Prävention – ambulant – Betagten- und Pflegeheime

Im Altersbereich sind nur punktuelle Ansätze der Prävention erkennbar. Sparmassnahmen in der Prävention gefährden diese. Zudem sind die präventiven Massnahmen auf den Ebenen der Gemeinden, der Regionen und des Kantons noch zu wenig koordiniert. Vorhanden sind individuelle Angebote der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Prävention. Präventive Hausbesuche werden von der Pro Senectute sowie von der Spitex durchgeführt. Die geriatrische Prävention erfasst nur sogenannte aktive Betroffene und Beteiligte. Die Risikogruppen (Depressive, Wahnhafte, Isolierte, Verwahrloste etc.) werden vernachlässigt, ebenso wird die zunehmende Zahl älterer Menschen aus anderen Kulturkreisen wenig berücksichtigt.

Die Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex, Pro Senectute, Alters- und Pflegeheime leisten wichtige Beiträge zur Intensivierung der Prävention wie auch zur ambulanten Versorgung. In diesem Zusammenhang sind auch Altersresidenzen, Wohnangebote für Seniorinnen und Senioren, Seniorentreffs und Alterssportvereine von Bedeutung. Besonders wichtig ist die Arbeit von Angehörigen und ehrenamtlich tätigen Menschen in der Alterspflege. Alle sind mitbeteiligt, dass der ältere Mensch ein längeres eigenständiges Leben führen, eine Einweisung in ein Betagten-/Pflegeheim verzögert oder verhindert und seine Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben oder vermieden werden kann.

Spitex ergänzt die privat durchgeführte Behandlung zu Hause und übernimmt einen wichtigen Teil der Behandlung vor Ort. Die vielseitige pflegerische Leistung wird durch die Hausärztin oder den Hausarzt verordnet. Ohne hausärztliche Betreuung ist Diagnostik und Therapie vor Ort nicht möglich. Das psychiatrische und psychosoziale Wissen muss in der Spitex wie auch in den Alters- und Pflegeheimen noch vertieft werden.

Die Anzahl der psychiatrischen Ärztinnen und Ärzten, die in Gerontopsychiatrie ausgebildet worden sind, ist klein. Gewisse ländliche Gebiete im Kanton sind in diesem Fachbereich unterversorgt.

Im Altersleitbild des Kantons St.Gallen wird festgehalten, dass die Zahl der vorhandenen Alters- und Pflegeheimplätze im Kanton St.Gallen gesamthaft genügt. Im Jahr 2002 gab es im Kanton St.Gallen in 132 Heimen insgesamt 6'094 Alters- und Pflegeheimplätze. Das Angebot hat seit 2000 um 135 Plätze zugenommen. Die durchschnittliche Auslastung im Jahr 2002 betrug 93,8 Prozent (2000: 93,1 Prozent), der angestrebte Wert ist 96 Prozent. Die Zahl der auf der Warteliste als dringlich bezeichneten Anmeldungen betrug 849 (2000:642). Es besteht die Tendenz, dass sich die Alters- und Pflegeheimplätze eher verknappen. Dabei bestehen erhebliche regionale Unterschiede. Insbesondere fehlen Angebote an zeitgemässen oder spezialisierten Plätzen zur niederschweligen Tages- und Ferienbetreuung, dezentrale kleine Pflegeeinheiten und Ein-Bett-Zimmer. In diesen Bereichen sind die Wartezeiten teils lang. Die Bettendichte der Alters- und Pflegeheime (= Anzahl Plätze in Prozenten der 80-jährigen und Älteren) lag im Jahr 2002 bei 34,1 Prozent. Allgemein rechnet man mit einer Bettendichte von 30 Prozent. Am Stichtag 30. Juni 2002 lebten 5'718 Personen in einem Alters- und Pflegeheim, das sind 25,1 Prozent aller 80-jährigen und Älteren.

Die Möglichkeit, dass der ältere Mensch zur Entlastung der pflegenden Angehörigen einen zeitlich begrenzten stationären Aufenthalt absolvieren kann, ist in einzelnen Institutionen gegeben. Beispiele dafür sind das Alters- und Pflegeheim Lindenhof in St.Gallen, das Bürgerspital St.Gallen, das Notkerstübli als ambulante Tagesstätte der Spitex Notker in St.Gallen sowie die Tagesstätte Grünfels in Jona. Oftmals stellt sich eine Überforderung der Angehörigen plötzlich ein, so dass innert kürzester Zeit ein Pflegeplatz gesucht werden muss. Notfalls wird dann ein Bett im Akutspital besetzt.

Die gemäss KVG unterschiedliche Finanzierungsart für Spital, Pflegeheim und Spitex hat für die Pflegebedürftigen auch finanzielle Auswirkungen. Sowohl bei Aufenthalt in einem Spital, in einem Pflegeheim und bei spitalexterner Krankenpflege fällt neben dem entsprechenden Franchisebetrag (ordentliche Franchise Fr. 300.–, wählbare Franchise Fr. 500.– bis Fr. 2'500.–) ein maximaler Selbstbehalt von Fr. 700.– pro Kalenderjahr an. Ausserdem haben sich Alleinstehende ohne Unterstützungspflicht bei einem stationären Spitalaufenthalt zusätzlich mit täglich Fr. 10.– an den Verpflegungskosten zu beteiligen. Im Pflegeheim sind sämtliche Kosten selbst zu vergüten abzüglich der unterschiedlichen Beiträge für allfällige Pflegebedürftigkeit gemäss BESA Stufe 0-4 (Art. 7 und 9 Abs. 2 KLV), die nicht kostendeckend sind. Hier leisten die Sozialversicherungen über Ergänzungsleistungen Beiträge, wenn das Einkommen und der Vermögensverzehr die Kosten nicht deckt. Im Spitexbereich werden nur die Krankenpflegeleistungen (Art. 7 KLV) von den Krankenkassen und erst noch zeitlich limitiert (innerhalb von 90 Tagen in der Regel höchstens 80 Stunden, bei nachweislich ausserordentlichen pflegeintensiven Patienten sind Ausnahmen möglich gemäss Art. 7 des Vertrages zwischen Spitex Verband Kanton St.Gallen und santésuisse vom 3.2.2004) und ebenfalls nicht kostendeckend vergütet. Zusatzversicherungen leisten Beiträge an die Hauspflege. Die Gemeinden leisten Beiträge an die Spitexorganisationen, wenn alle Finanzierungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, da die Spitex-Hilfe und Pflege zu Hause in das Aufgabengebiet der Gemeinden gehört. Die primäre (ausgenommen Teilbeiträge über Zusatzversicherungen) und teilweise die sekundäre und tertiäre Prävention wird nicht vergütet. Dieses Finanzierungssystem wirkt dem Grundsatz, dass eine Einweisung in ein Spital nur erfolgen soll, wenn die Versorgung zu Hause unmöglich oder unzumutbar wird, eher entgegen. Auch die Finanzierung der bestehenden und künftigen Formen der organisierten Entlastung ist nicht befriedigend geregelt. Die Kosten für die Pflegebedürftigen oder Angehörigen sind oft zu hoch, so dass die bestehenden Angebote zu wenig genutzt werden.

### *3.5.2. Akutspital – Austritt nach Hause/ins Bürgerspital St.Gallen*

Die Zusammenarbeit der spitalinternen mit den spitalexternen Diensten (Übergangspflege) ist in den Spitälern unterschiedlich stark ausgebaut. Mangelnde Koordination kann zu Doppelspurigkeiten führen.

Wird eine rasche Verlegung notwendig, so ergeben sich Probleme. Es bleibt zu wenig Zeit, die Hilfsbedürftigkeit oder die soziale Situation ausreichend abzuklären. Zusätzlich verhindert die hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Akutspital oft das Treffen von optimalen adäquaten Lösungen.

Bei einer Verlegungen von Patientinnen und Patienten vom Akutspital oder der geriatrischen Klinik des Bürgerspitals St.Gallen in ein Alters- oder Pflegeheim treten kaum Wartezeiten auf. Wird ein Ein-Bett-Zimmer gewünscht, muss eine gewisse Wartezeit in Kauf genommen werden.

## **4. Alters- und Geriatriekonzepte in anderen Kantonen und Nachbarländern**

Die Unterschiede in der Organisation und Zuständigkeit der Versorgung erschweren den Vergleich. Besondere Spitalangebote für die ältere Bevölkerung werden – obwohl vorhanden – nicht überall ausgewiesen. Verschiedene Nachbarkantone – Zürich, Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Graubünden – verfügen über kein oder kein neues Konzept für die stationäre Geriatrieversorgung.

### **Kanton Thurgau**

Der Kanton Thurgau hat im Oktober 2000 ein Alterskonzept veröffentlicht. Darin sind die Grundsätze der Alterspolitik für den ambulanten Bereich, für das Wohnen im Alter und für den

stationären Langzeitbereich festgelegt. Der Richtwert für stationäre Langzeitplätze wird in Prozenten der Bevölkerung ab 80 Jahren festgelegt (für das Jahr 2000: 30 Prozent). Über die Verbesserung der spitalexternen Angebote soll er bis 2010 auf 26 Prozent absinken. Eine geriatrische Klinik existiert nicht. Geriatrische Rehabilitation wird in der Langzeitpflegeabteilung der Thurgauer Klinik St.Katharinenthal in Diessenhofen mit 54 Rehabilitationsbetten angeboten.

### **Kanton Bern**

Der Planungsbericht und das Konzept «Alterspolitik im Kanton Bern<sup>10</sup>» sind im März 2004 erschienen. In einem Kapitel wird das Geriatriekonzept erläutert. Dabei werden folgende Punkte hervorgehoben:

- Die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten soll wie bis anhin in den heutigen Fachbereichen der Spitäler erfolgen;
- Ausbau der spezialisierten geriatrischen Versorgung durch die Schaffung regionaler geriatrischer Stützpunkte, angesiedelt im jeweiligen Regionalen Spitalzentrum. Zwei Stützpunkte (Bern, Biel) sind schon vorhanden, zusätzlich erforderlich wären weitere vier. Der regionale geriatrische Stützpunkt soll als selbständige Abteilung in die Medizinische Klinik integriert sein und eine Mindestgrösse von rund 20 Betten aufweisen;
- Im kantonalen Kompetenzzentrum für Geriatrie im Spital Bern-Ziegler ist die erforderliche Ausstattung/Organisation weitgehend vorhanden.

### **Kanton Wallis**

Das Walliser Spitalkonzept vom Dezember 1996/Januar 2004<sup>11</sup> stellt ein Beispiel einer umfassenden kantonalen Gesundheitsplanung für alle Bereiche des öffentlichen Gesundheitssystems dar. Leistungsaufträge im Bereich der Geriatrie, der Pflege und medizinischen Massnahmen der Rehabilitation für chronisch Kranke werden an sechs öffentlich subventionierten Spitälern erteilt. Zwischen 1990 und 2002 hat die Zahl der Betten (Akutpflege und Geriatrie zusammen) von 1'661 auf 1'070 oder 36 Prozent abgenommen, die Geriatrie-Betten von 392 auf 311 oder um 20,7 Prozent. Im Jahr 2002 gab es insgesamt 1'070 Betten, davon 759 Akutpflege-Betten und 311 geriatrische Betten. Der Anteil der geriatrischen Betten betrug damit 29 Prozent. Ein geriatrisches Kompetenzzentrum gibt es nicht.

### **Kanton Luzern**

Im Bericht «Versorgungsplanung Gesundheit für den Kanton Luzern»<sup>12</sup> vom Juni 2004 wird festgestellt, dass die geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Akutmedizin behandelt werden. Die besonderen geriatrischen Spezialitäten wie multidimensionales Assessment, geriatrische Rehabilitation, Vernetzung von Spitex, Haushilfe und Hausarzt wie auch die palliative Pflege könnten aus baulichen, personellen und strukturellen Gründen nicht optimal genutzt werden. Für die fehlende geriatrische Versorgung im Kanton wird die Schaffung eines Geriatriezentrums mit den entsprechenden Infrastrukturen favorisiert, wobei dieses Zentrum einem der bestehenden Akutspitäler angeschlossen werden soll. Weitere Vorschläge sind die Bildung einer Geriatrischen Abteilung in einem der bestehenden Akutspitäler oder das Einsetzen einer geriatrischen Equipe mit einem Leitenden Arzt und zugeteiltem Fachpersonal, welche konsiliarisch beigezogen werden kann. In der stationären Alterspsychiatrie wird das bestehende Angebot als ausreichend beurteilt. Ein teilstationäres und ambulantes Angebot in der Alterspsychiatrie gibt es derzeit nicht. Es sollen spezielle alterspsychiatrische Sprechstunden wie auch ein Konsiliardienst für die Alters- und Rehabilitationspflege aufgebaut werden.

<sup>10</sup> Planungsbericht und Konzept «Alterspolitik im Kanton Bern» vom März 2004; Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

<sup>11</sup> Walliser Spitalkonzept 2004 <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=2091>.

<sup>12</sup> Versorgungsplanung Gesundheit für den Kanton Luzern; [http://www.lu.ch/pdf\\_gsd\\_versorgungsplan.pdf](http://www.lu.ch/pdf_gsd_versorgungsplan.pdf).

## **Baden-Württemberg**

Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001<sup>13</sup> ist eine Fortschreibung des Geriatriekonzeptes aus dem Jahr 1989. Detailliert werden die einzelnen Strukturen der geriatrischen Versorgung dieses deutschen Bundeslandes mit 10 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern dargestellt. Geriatriische Grundversorgung wird in allen Allgemeinkrankenhäusern angeboten. Der Aufbau der einzelnen Versorgungsglieder im stationären Bereich – sieben geriatrische Zentren, 36 geriatrische Schwerpunkte sowie 45 stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit 2'186 Plätzen – ist mittlerweile nahezu abgeschlossen. Akute medizinische Intervention sowie Heilung und Linderung chronisch degenerativer Begleiterkrankungen werden in Baden-Württemberg in einer aufeinander abgestimmten Versorgungskette erbracht. Ambulante Dienste, Leistungen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie Einrichtungen des "Betreuten Seniorenwohnens" ergänzen die medizinischen Angebote oder schliessen an diese an. Durch diese «Hilfen nach Mass» wird älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern in Baden-Württemberg in ihren unterschiedlichen Lebenssituationen umfassende und kompetente Hilfe sowie Unterstützung angeboten, die ihnen Perspektiven für eine selbständige Lebensführung auch im hohen Alter eröffnen.

## **Vorarlberg**

Im Geriatriekonzept für das österreichische Bundesland Vorarlberg mit seinen 360'000 Einwohnerinnen und Einwohnern wird berechnet, dass im Jahr 2015 die Zahl der Demenzkranken circa 6'600 und bis zum Jahr 2050 auf ungefähr 11'000 ansteigen wird. Zudem wird auf eine Studie «Altern als Chance und Herausforderung» verwiesen, in der davon ausgegangen wird, dass von den über 65-Jährigen zu einem gegebenen Zeitpunkt drei Prozent in einem Akutspital behandelt, drei Prozent in einem Pflegeheim versorgt, drei Prozent von einem organisierten Pflegedienst zu Hause betreut und 15 Prozent hilfsbedürftig zu Hause durch informelle Dienste unterstützt werden.

## **5. Künftige stationäre geriatrische Versorgung**

Unser Gesellschaftsideal ist die Jugendlichkeit und nicht das Alter. Die ethische Norm, das Alter zu achten, wird in Frage gestellt. Vor allem kranke und ältere Menschen werden in einer auf Lebensgenuss und Leistungsbereitschaft getrimmten Gesellschaft kaum beachtet. In naher Zukunft wird diskutiert werden müssen, wie angesichts der immer knapper zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln eine angemessene Versorgung der älteren Menschen sichergestellt werden kann.

Oberstes Ziel in der geriatrischen Versorgung ist es, dem älteren Menschen möglichst lange die Selbständigkeit zu ermöglichen. Die Gesunderhaltung durch eine verbesserte Prävention sowie die Wiederherstellung der Gesundheit durch altersgerechte Behandlung, Pflege und Therapie muss gewährleistet sein. Auch im hohen Alter ist eine erfolgreiche Rehabilitation möglich. Wenn rehabilitative Massnahmen nicht mehr sinnvoll sind, ist optimale palliative Betreuung notwendig. Ein würdiges Sterben soll gewährleistet sein. Die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen»<sup>14</sup> der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften sollen Richtschnur sein.

Die geriatrische Versorgung ist flächendeckend zu gewährleisten. Sie umfasst die Sicherstellung einer altersgerechten präventiven, kurativen, rehabilitativen aber auch palliativen medizinischen Betreuung der älteren Bevölkerung.

<sup>13</sup> Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001; Herausgeber Sozialministerium Baden-Württemberg, Schellingstrasse 15, D-70174 Stuttgart [http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/sixcms/media.php/1016/geriatriekonzept\\_des\\_landes01.pdf](http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/sixcms/media.php/1016/geriatriekonzept_des_landes01.pdf).

<sup>14</sup> Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen; Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 18. Mai 2004.

Idealerweise bleibt der ältere Mensch in Familie und Wohnort verankert, die Versorgung hat möglichst gemeinde- und familiennah zu erfolgen. Dieser Grundsatz gilt im Rahmen des Machbaren auch für die stationäre Versorgung und Pflege.

Die verschiedenen Versorgungsebenen der stationären und ambulanten geriatrischen Einrichtungen müssen so gestaltet werden, dass die Patientin und der Patient in einer adäquaten Einrichtung behandelt werden. Die einzelnen Ebenen müssen nach oben wie nach unten durchlässig sein. Dagegen geht es darum, der unbegründeten und teils automatischen Verlegung auf teurere Ebenen des Versorgungssystems Einhalt zu bieten

Zur Verbesserung der Rahmenbedingungen gehören adäquate Kostenbeteiligungen von Krankenversicherung und öffentlicher Hand, damit eine qualitativ hochstehende Pflege/Rehabilitation, Prävention, Palliation durch ausreichendes und fachkompetentes Personal gewährleistet ist.

## **5.1. Stationäre geriatrische Akutbehandlung**

### *5.1.1. Akutspitäler*

Die Fachpersonen aus den Akutspitälern sind sich einig, dass ältere Patientinnen und Patienten beim Auftreten von Gesundheitsstörungen primär in das zuständige Spital der Grundversorgung gehören, dort behandelt und von dort gegebenenfalls weiter verlegt werden sollen. Für diesen Grundsatz gilt einschränkend, dass bei psychischen Gesundheitsstörungen, welche ambulante psychiatrische Interventionsmöglichkeiten übersteigen, ältere Patientinnen und Patienten nicht in ein Akutspital, sondern in eine gerontopsychiatrische Klinik gehören.

Es ist sinnvoll, dass an allen Akutspitälern des Kantons weiterhin eine geriatrische Akutbehandlung angeboten wird. Aufgrund der demographischen Veränderungen wird die Anzahl der multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten weiter zunehmen. In jedem Akutspital soll mindestens eine Kaderärztin oder ein Kaderarzt mit fundierten Kenntnissen in Geriatrie als Ansprechperson für geriatrische Behandlungs- und Betreuungsprobleme dieser älteren Patientinnen und Patienten tätig sein. Einen wichtigen Beitrag leisten auch die in Gerontologie ausgebildeten Pflegenden. Gleich der «geriatric nurse clinician» in den USA gibt es auch in der Schweiz entsprechend gerontologisch ausgebildete Pflegenden. Wie im geriatrischen Zentrum soll auch in den Akutspitälern das biopsychosoziale Konzept mit Angeboten wie Palliation sichergestellt sein.

Erste geriatrisch-rehabilitative Massnahmen sind wie bis anhin im Akutspital zu gewährleisten. Möglichst früh muss entschieden werden, ob die ältere Person im Akutspital belassen, aus diesem in eine Geriatrische Abteilung, an einen Ort zur speziellen Rehabilitation verlegt oder nach Hause entlassen werden kann. Dazu braucht es kantonale Guidelines «Rehabilitation geriatrischer Patientinnen/Patienten» (→ Massnahme 1), in denen geregelt ist, wann die Patientin oder der Patient bei welchem Krankheitsbild wie und in welcher Rehabilitationseinheit (ambulant, im Akutspital belassen, Geriatrische Abteilung, spezialisierte Rehabilitation) betreut werden sollen.

Das Bürgerspital St.Gallen als geriatrisches Kompetenzzentrum ist besorgt, dass die Kantonalen Guidelines für die Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten eingehalten werden. Diese Richtlinien bilden unter anderem die Grundlage des Überweisungsmonitorings, das von einem Fachteam des Bürgerspitals durchgeführt wird. Damit wird sichergestellt, dass die geriatrisch zu betreuende Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt wird und nicht in teuren Strukturen auf interdisziplinäre rehabilitative Massnahmen warten muss. Patientinnen und Patienten mit langzeitrehabilitativem Bedarf kommen wie bis anhin direkt nach dem Aufenthalt im Akutspital in die Rehabilitationskliniken Valens oder Walenstadtberg. Diese für die optimale Pflege/Rehabilitation notwendigen Massnahmen müssen unter der Leitung des Bür-

gerspitals, mit den betroffenen Spitälern gemeinsam und einheitlich geregelt wie auch überwacht werden. Das Fachteam des Bürgerspitals gewährleistet das notwendige Controlling.

Die oben beschriebene fachkundige Triage der Patientinnen und Patienten ist enorm wichtig. Das Zusammenwirken zwischen geriatrischem Zentrum und den Geriatrischen Abteilungen muss optimal gestaltet sein.

Im Akutspital sind das schon bestehende Angebot (Übergangspflege, Sozialdienst etc.) sowie die verschiedenen Betreuungsebenen gut miteinander zu vernetzen und auszubauen. Die Zusammenarbeit der spitalinternen mit den externen Diensten muss in allen Spitälern strukturiert und institutionalisiert erfolgen. Weiter- und Fortbildungsangebote für ärztliche, therapeutische und pflegerische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind wichtig, damit eine adäquate und qualitativ gesicherte Versorgung im Akutspital gewährleistet werden kann. Mitarbeitende von Spitexorganisationen und von Alters- und Pflegeheimen sind in diese Weiter- und Fortbildungen mit einzubeziehen.

### 5.1.2 Geriatrische Abteilungen

Wünschbar wäre der Aufbau einer bedarfsorientierten Geriatrischen Abteilung mit geriatrischem Rehabilitationsangebot in jedem Akutspital. So könnten geriatrische Patientinnen und Patienten möglichst wohnortnah rehabilitiert werden. Die finanziellen Möglichkeiten lassen eine solche Lösung aber nicht zu. Es ist daher vorgesehen in jeder Spitalregion eine Geriatrische Abteilung mit mindestens 20 Betten mit entsprechendem Fachpersonal aufzubauen (→ Massnahme 2). Diese Abteilungen bleiben integriert in einer medizinischen Klinik. Der Aufbau von Geriatrischen Abteilungen ermöglicht die Ressourcen gebündelt und gezielt an einem Ort einzusetzen und die erforderliche Qualität sicherzustellen. Geriatrische Abteilungen entsprechen anderen modernen Geriatriekonzepten, wie etwa denjenigen des Kantons Bern und des Bundeslandes Baden-Württemberg. Als Nachteil bleibt, dass ältere Patientinnen und Patienten von einem Akutspital in eine wohnortfernere Geriatrische Abteilung verlegt werden müssen. Eine Studie<sup>15</sup> belegt, dass Patientinnen und Patienten, die in einer Geriatrischen Abteilung behandelt werden im Vergleich zu einer Behandlung in einer «normalen» Abteilung bei der Entlassung einen besseren funktionellen Status ausweisen. Dies bedeutet bessere körperliche Funktionsfähigkeit, weniger Schmerzen, besserer allgemeiner Gesundheitszustand, bessere Vitalität und mehr körperliche Energie. Aus verschiedenen Studien<sup>16</sup> geht zudem hervor, dass mit einer optimal durchgeführten geriatrischen Rehabilitation Kosten eingespart werden können. So können beispielsweise Pflegeheimweisungen verhindert oder verzögert werden.

Die Geriatrische Abteilung soll in einer medizinischen Klinik integriert sein, damit die notwendigen Leistungsangebote effizient angeboten werden können. Daraus resultieren wichtige Vorteile: In einem Akutspital stehen Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzte aus verschiedenen Bereichen der Medizin zur Verfügung. Dadurch ist die medizinische Akutversorgung für die Betroffenen auch im Notfall vor Ort gesichert. Bei älteren Menschen, die häufig polymorbid sind, ist das ein wichtiges qualitätssicherndes Angebot. Verlegungen in eine Akutabteilung (z.B. bei einem Herzinfarkt, bei einer Schenkelhalsfraktur) können intern und schnell stattfinden und bedingen dementsprechend keine Verlegungsstransporte.

Die vorgesehenen 20 Betten der Geriatrischen Abteilungen müssen nicht zusätzlich geschaffen werden. Bereits bisher wurden geriatrische Patientinnen und Patienten verstreut auf den einzelnen Abteilungen der Akutspitäler behandelt. Sie werden – wenn angezeigt – von einer allgemeinen Akutabteilung in die Geriatrische Abteilung verlegt. Es geht vorab um eine organisatorische Umverteilung.

<sup>15</sup> A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management; Cohen et al; NEJM 2002; 346: 905-912.

<sup>16</sup> Zusammenfassung der Studien in Schlussbericht Strategie Spitalregion II, Seite 60ff.

Die Aufgabe der Geriatrischen Abteilung übernimmt in der Spitalregion 1 das Bürgerspital mit dem heutigen Bettenbestand in der geriatrischen Klinik. Diese Geriatrische Abteilung ist zwar nicht in eine medizinische Klinik integriert, das Kantonsspital St.Gallen ist aber in unmittelbarer Nähe. In der Spitalregion 2 ist gemäss Strategieentscheid der Regierung vom 19. Januar 2005 das Spital Altstätten Standort für die Geriatrische Abteilung. In der Spitalregion 3 ist die Geriatrische Abteilung im Spital Linth aufzubauen. Vorbehalten bleibt hier eine andere Lösung über eine interkantonale Vereinbarung. In der Spitalregion 4 soll die bestehende Geriatrische Abteilung im Spital Wattwil ausgebaut werden. Wichtig ist auch die Zusammenarbeit mit den gerontopsychiatrischen Zentren in den kantonalen psychiatrischen Kliniken in Pfäfers und in Wil.

Die absehbare demographische Entwicklung wird in den nächsten 20 Jahren zu einem steigenden Bedarf an geriatrischen Betten führen. Entsprechend können zu gegebener Zeit diese Geriatrischen Abteilungen vergrössert oder zusätzliche an anderen Spitälern eröffnet werden. Dies führt aus heutiger Sicht nicht zu einer Erhöhung der Bettenanzahl, sondern zu einer weiteren Umverteilung und Entlastung der Akutabteilungen.

### 5.1.3. Geriatrisches Kompetenzzentrum

Das geriatrische Kompetenzzentrum soll vor allem die Aufgabe einer geriatrischen Referenzeinrichtung auf allen Gebieten der geriatrischen Medizin, Pflege und Therapie für den Kanton übernehmen. Dabei pflegt es intensive und enge Verbindungen zu den Geriatrischen Abteilungen, zur Gerontopsychiatrie und zu den anderen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen im Kanton. Ein kantonales geriatrisches Kompetenzzentrum ist ausreichend. Die Anforderungen an ein solches Zentrum erfüllt das Bürgerspital St.Gallen. Vorgesehen ist eine institutionalisierte geriatrische Beratung mit einem Fachteam des Bürgerspitals St.Gallen. Das Team besteht aus den verantwortlichen Fachkräften des geriatrischen Kompetenzzentrums mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonal, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Übergangspflege. Das Fachteam soll in den Geriatrischen Abteilungen Beratungen mit Fallbesprechungen vor Ort durchführen (® Massnahme 3). Aufgrund von qualitativen Überlegungen ist eine solche Beratung einmal je Woche wünschbar. Möglicherweise lassen die finanziellen Mittel nur einen Beratungsrhythmus von zwei Wochen zu. Das Fachteam kann durch andere Institutionen (z. B. Reha-Klinik Walenstadtberg) ergänzt werden. Es ist eine enge Zusammenarbeit mit den gerontopsychiatrischen Zentren in Pfäfers und Wil notwendig. Das Fachteam übernimmt das Controlling über die Einhaltung der Guidelines (Massnahme 1). Das Bürgerspital St.Gallen übernimmt wie vorstehend ausgeführt – auch die Aufgabe der Geriatrischen Abteilung für die Spitalregion 1.

## 5.2. Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung

Die Akutspitäler haben häufig Patientinnen und Patienten mit gerontopsychiatrischen Krankheiten als erste Station aufzunehmen. Mehr Kompetenz in Diagnose, Therapie und Pflege haben die Geriatrischen Abteilungen und Zentren, vor allem aber die psychiatrischen Kliniken. Generell gilt, dass aggressiv demente und schwer suizidal-gefährdete ältere Menschen sowie Menschen mit akuter Fremd- und/oder Selbstgefährdung, mit schwerer Depression oder schweren Persönlichkeitsstörungen in gerontopsychiatrischen Abteilungen behandelt werden sollen.

Für die Betreuung von Menschen, die an Altersdemenz leiden, sind keine eigenen Institutionen erforderlich. Sie können in Betagtenheimen leben, was allerdings zu einem höheren Personalaufwand führt. Bei verwirrten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sind geeignete räumliche Wohnsituationen wie beispielsweise Wohngruppen wichtig.

In Zukunft soll das gerontopsychiatrische Versorgungsnetz im Kanton St.Gallen wie folgt ausgestaltet sein:

- zwei gleichwertige gerontopsychiatrische Kompetenzzentren in Wil und Pfäfers;
- alterspsychiatrische Dienste mit Gedächtnissprechstunden flächendeckend im Kanton;
- Tageskliniken, die an die gerontopsychiatrischen Kompetenzzentren angegliedert sind und vernetzt werden mit den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und den Geriatrischen Abteilungen/Tageskliniken in den Akutspitälern;
- Angebote «vor Ort» in Alters- und Pflegeheimen, den Hausärztinnen und Hausärzten und über durch die Spitex.

#### 5.2.1. *Psychiatrische Klinik St.Pirminsberg*

Die kantonalen psychiatrischen Dienste-Sektor Süd planen ein neues Zentrum für Alterspsychiatrie auf dem Gelände der Klinik St.Pirminsberg in Pfäfers, weil die vorhandenen Räumlichkeiten den heutigen Anforderungen nicht mehr gewachsen sind. Im geplanten Neubau sollen 50 Plätze angeboten werden.

#### 5.2.2. *Psychiatrische Klinik Wil*

Das Angebot der kantonalen psychiatrischen Dienste-Sektor Nord sieht in der Klinik Wil 60 gerontopsychiatrische Plätze vor. Damit kann der Bedarf in den nächsten fünf bis zehn Jahren gedeckt werden.

### 5.3. **Rehabilitation**

Die Rehabilitation unterteilt sich in erste rehabilitative Massnahmen, in geriatrische Rehabilitation und in spezialisierte Rehabilitation. Da in Bezug auf Ort und Angebot der Rehabilitation Überschneidungen möglich sind, müssen gesamtkantonale Guidelines (→ Massnahme 1) erstellt werden.

Das künftige Angebot an rehabilitativen Massnahmen im Kanton soll wie folgt ausgestaltet sein:

#### **Erste rehabilitative Massnahmen:**

Bei Patientinnen und Patienten mit zu erwartendem normalen Genesungsprozess

- Akutspitäler.

Bei direkt eintretenden Patientinnen und Patienten

- Geriatrische Abteilungen;
- Bürgerspital St.Gallen.

#### **Geriatrische Rehabilitation:**

Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Akuthospitalisation mit zeitlich absehbarer Rehabilitationsphase

- Geriatrischen Abteilungen;
- Bürgerspital St.Gallen;
- Reha-Klinik Walenstadtberg;
- Klinik Valens.

#### **Spezialisierte Rehabilitation:**

Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten mit länger dauernder Rehabilitationsphase

- Bürgerspital St.Gallen;
- Reha-Klinik Walenstadtberg;
- Klinik Valens.

### 5.3.1. Akutspitäler

Mit der Rehabilitation soll wie bis anhin schon früh durch entsprechende Massnahmen im Akutspital begonnen werden. Ältere Patientinnen und Patienten mit einer Akuterkrankung oder nach einem Unfall werden wie bis anhin in einem Akutspital behandelt, wenn medizinisch ein normaler Genesungsverlauf und ein kurzer Spitalaufenthalt zu erwarten ist. Diese Patientinnen und Patienten werden direkt nach Hause entlassen.

### 5.3.2. Geriatrische Abteilungen

Im Anschluss an eine Hospitalisation in einem Akutspital muss häufig aus medizinischen Gründen eine stationäre geriatrische Rehabilitation erfolgen. Damit ein reibungsloser Übertritt ohne Zeitverzug aus dem Akutspital in eine geriatrische Rehabilitationseinrichtung möglich ist, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen Institutionen notwendig.

In den neu zu schaffenden Geriatrischen Abteilungen soll geriatrische Rehabilitation mit den entsprechenden Strukturen angeboten werden (Massnahme 2). Zudem soll mit den Guidelines (Massnahme 1) sichergestellt werden, dass die Patientin und der Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort richtig (Massnahme 3) behandelt werden.

### 5.3.3. Bürgerspital St.Gallen

Das Bürgerspital mit der geriatrischen Klinik hat für die Spitalregion 1 die Funktion einer Geriatrischen Abteilung, ist aber zugleich das geriatrische Kompetenzzentrum für den Kanton. Es übernimmt neben den ersten rehabilitativen Massnahmen bei direkt eintretenden geriatrischen Patientinnen und Patienten auch die geriatrische Rehabilitation sowie die spezialisierte Rehabilitation. Ferner stellt es das Fachteam (Massnahme 3) und ist für die Weiter- und Fortbildung in Geriatrie verantwortlich.

### 5.3.4. Klinik Valens, Rheuma- und Rehabilitationszentrum

Die Klinik Valens will zusätzliche Therapieangebote für Patientinnen und Patienten mit primären internistischen Erkrankungen schaffen sowie die Psychosomatik ausbauen. Dabei wird nicht eine isolierte geriatrische Klinik angestrebt. Bei Mehrbedarf an geriatrischer wie auch an spezialisierter Rehabilitation bei älteren Patientinnen und Patienten kann das Angebot rasch ausgebaut werden.

### 5.3.5. Reha-Klinik Walenstadtberg

Die Reha-Klinik Walenstadtberg wird weiterhin geriatrische und spezialisierte Rehabilitation anbieten. In der Klinik ist ein Arzt mit Schwerpunkt in Geriatrie tätig. Die Klinik verfügt über die räumlichen Voraussetzungen um bei Bedarf zusätzliche Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Eine Erweiterung des Angebotes steht aus heutiger Sicht im Zusammenhang mit der Rehabilitationsplanung der Ostschweizer Kantone nicht zur Diskussion.

## 5.4. Teilstationäre und ambulante Einrichtungen

Der ambulante geriatrische wie auch gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst soll im ganzen Kanton flächendeckend eingeführt werden. Er soll den Hausärztinnen und -ärzten, aber auch den Pflege- und Altersheimen für die Diagnostik und das Erstellen des Behandlungsplanes, insbesondere auch für die Demenzabklärung eine wichtige Stütze sein. Geriatrische oder gerontopsychiatrische Abteilungen/Zentren sowie Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxistätigkeit können diesen Konsiliardienst übernehmen. Der Dienst wird für jeden der beiden Sektoren der kantonalen psychiatrischen Dienste organisiert. Das Angebot der ambulanten psychiatrischen Pflege zu Hause wird weiter ausgebaut. Diese wichtige Aufgabe wird von Spitexorgani-

sationen und von freiberuflichen Pflegefachfrauen bereits erfolgreich und kostengünstig erfüllt. Es besteht aber ein erheblicher Nachholbedarf an gerontopsychiatrischer Fachkompetenz.

Die alterspsychiatrische Tätigkeit in den Alters- und Pflegeheimen umfasst:

- Teambegleitung mit Fallbesprechungen;
- Patientinnen- /Patientengespräche;
- Diagnostik (Konsilien);
- Liaison-tätigkeit beispielsweise gemeinsame Visiten mit der Heimgärtin und Heimgärtner vor Ort.

#### 5.4.1. Geriatrische Tagesklinik

Die geriatrische Tagesklinik ist eine teilstationäre Einrichtung und Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Betreuung älterer Patientinnen und Patienten. Ihr Angebot ist vor allem dort sinnvoll, wo eine ambulante Behandlung nicht mehr möglich ist und eine vollstationäre Behandlung dennoch nicht erforderlich ist. Die Tagesklinik ist an eine Geriatrische Klinik/Abteilung gebunden und tagsüber von Montag bis Freitag geöffnet. Die Besuche erfolgen ein- bis dreimal wöchentlich über einen beschränkten Zeitraum hinweg.

Tageskliniken werden künftig zentrale Bestandteile eines flexiblen und schonenden Betreuungssystems sein. Durch die Zusammenarbeit mit einem Heim, einem Spital, einer Klinik oder einer im Altersbereich tätigen Institution lassen sich die Strukturkosten deutlich reduzieren.

Zum künftigen Bedarf an Tagesklinikplätzen liegen folgende Berechnungen vor:

*Abbildung 11  
Tagesklinikplätze für geriatrische Rehabilitation  
Richtwerte auf die Bevölkerung des Kantons St.Gallen berechnet*

Berechnungsart	Richtwerte in ‰ der > 64jährigen	Anzahl Tagesklinikplätze*		
		in SG 2010	in SG 2020	in SG 2040
<b>Spitalregion Bern (inkl. Psychogeriatric)</b>	0.8	61	72	91
<b>Kanton Basel-Stadt</b>	2.7	206	243	306
<b>Englischer Gesundheitsdienst</b>	0.4	30	36	45

\* berechnet aus der Anzahl der über 64jährigen im Kanton St.Gallen zum jeweiligen Zeitpunkt

Aus diesen Trendwerten geht hervor, dass im Kanton bis ins Jahr 2010, 30 bis 40 Tagesklinik-Plätze vorhanden sein sollten. Es soll je Spitalregion eine geriatrische Tagesklinik mit einem Angebot von je 10 Plätzen (in der Spitalregion 3 entsprechend weniger) geben, die aus Synergiegründen am besten an eine Geriatrische Abteilung angegliedert ist (→ Massnahme 4).

Unterschieden werden muss zwischen Tagesklinik (Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationspotenzial) und Tagesheim/Tagesstätte oder Nachtklinik (primäre Entlastungsmöglichkeit für die Angehörigen). Das Tagesheim bietet eine tageweise Entlastung für Angehörige sowie Betreuerinnen und Betreuer. Dadurch lassen sich auch Spitalaufenthalte vermeiden. Eine Nachtklinik ergänzt das Angebot für ambulante Patientinnen und Patienten, die kurzfristig eine Betreuung über Nacht benötigen. Oft werden Patientinnen und Patienten in ein Heim eingewiesen, weil sie vor allem nachts unruhig sind. Eine Nachtklinik kann einen Heimeintritt hinaus-

schieben. Tagesheim, Tagesstätten und Nachtkliniken dienen der Entlastung der Angehörigen, gehören also nicht zu den stationären geriatrischen Einrichtungen des Gesundheitswesens, sondern zu den Alters- und Pflegeheimen. Ein Ausbau dieser Strukturen zur Entlastung der Angehörigen ist sinnvoll.

#### 5.4.2. Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Das Angebot an gerontopsychiatrischen Tageskliniken ist im Kanton St.Gallen zu wenig entwickelt. Neben den gerontopsychiatrischen Tagesklinikplätzen in den Kliniken Wil und Pfäfers, die vor allem zur Übergangsbehandlung vom stationären in den ambulanten Bereich dienen, braucht es in den nächsten zehn Jahren an weiteren Orten Tageskliniken zur Abklärung und Behandlung von gerontopsychiatrischen Krankheiten sowie zur Begleitung von Angehörigen (→ Massnahme 5). Die neu zu eröffnenden gerontopsychiatrischen Tageskliniken sollen räumlich und personell eng mit den geriatrischen Tageskliniken zusammenarbeiten. Der zahlenmässige Bedarf an gerontopsychiatrischen Tagesplätzen ist nicht gross (insgesamt 10-15 Plätze im ganzen Kanton). Das erforderliche Angebot soll zeitlich gestaffelt geschaffen werden. Zunächst soll eine gerontopsychiatrische Tagesklinik eröffnet werden, bei Bedarf können weitere folgen.

#### 5.4.3. Memory Klinik

Die bestehenden vier Memory Kliniken (Bürgerspital St.Gallen, kantonale psychiatrische Kliniken in Wil und Pfäfers, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle in Uznach) genügen auch in Zukunft. Memory Kliniken müssen nicht notwendigerweise an eine geriatrische Klinik, geriatrische Tagesklinik oder Abteilung angebunden sein. Sie sind teils in neurologische Kliniken oder in psychiatrische Kliniken integriert. Die notwendigen Abklärungen können in wohnortnahen Einrichtungen, etwa in den Beratungsstellen für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie durchgeführt werden.

#### 5.4.4. Ambulante geriatrische Rehabilitation

Die ambulante geriatrische Rehabilitation muss in einem interdisziplinären Zusammenwirken von mehreren Berufsgruppen mit Einbezug einer geriatrisch weitergebildeten Ärztin oder Arztes und/oder einer Pflegefachperson mit höherer Fachausbildung erfolgen. Das Umfeld der Patientin und des Patienten muss miteinbezogen werden. Am besten wird die ambulante geriatrische Rehabilitation in das Konzept der geriatrischen Tagesklinik integriert (siehe Massnahme 4).

## 6. Massnahmen und Finanzbedarf

### 6.1. Massnahmen

#### **Massnahme 1: Guidelines**

Es werden gesamtkantonale Guidelines «Rehabilitation geriatrischer Patientinnen/Patienten» unter der Leitung des geriatrischen Zentrums des Bürgerspitals St.Gallen mit allen geriatrischen Institutionen des Kantons erarbeitet. Zielsetzung ist, einheitliche Behandlungsschematas und Behandlungspfade für den ganzen Kanton auszuarbeiten und diese verbindlich anzuwenden.

#### **Massnahme 2: dezentrale Geriatrische Abteilungen**

Bis ins Jahr 2010 soll jede Spitalregion über eine Geriatrische Abteilung mit geriatrischer Rehabilitation mit mindestens 20 Betten, angegliedert an eine medizinische Klinik, verfügen. Für die Spitalregion 1 übernimmt das Bürgerspital St.Gallen wie bis anhin diese Aufgabe. In der Spitalregion 2 wird die Geriatrische Abteilung im Spital Altstätten eingerichtet. Für die Spitalregion 3 ist es das Spital Linth, vorbehalten bleibt eine Lösung im Rahmen einer Kooperation mit einem benachbarten ausserkantonalen Spital. In der Spitalregion 4 ist vorgesehen, die Geria-

trische Abteilung in Wattwil auf 20 Betten auszubauen. Spätestens fünf Jahre nach Eröffnung der Geriatrischen Abteilungen muss eine Evaluation durchgeführt werden. Bei Bedarf können diese Abteilungen erweitert werden. In jedem Spital sollen die Kompetenzen bei Ärztinnen und Ärzten und beim Pflegepersonal für die Begleitung von Sterbenden aufgebaut werden.

### **Massnahme 3: Fachteam**

Das Bürgerspital St.Gallen ist geriatrisches Kompetenzzentrum im Kanton. Dieses Zentrum stellt ein Fachteam aus Ärztinnen und Ärzten sowie Vertreterinnen und Vertreter der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Übergangspflege zur Verfügung. Das Fachteam kann durch andere Institutionen (z. B. Reha-Klinik Walenstadtberg) ergänzt werden. Aus qualitativen Gründen sollen die Besuche des Fachteams in den Geriatrischen Abteilungen wöchentlich stattfinden. Aus Kostenüberlegungen muss eine Lösung mit einem Besuch alle zwei Wochen akzeptiert werden. Das Team ist besorgt, dass einheitliche kantonale Guidelines für die Rehabilitation geriatrischer Patientinnen und Patienten erarbeitet werden. Diese Richtlinien bilden unter anderem die Grundlage des Überweisungsmonitorings. Dadurch wird sichergestellt, dass die geriatrisch zu versorgende Person zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt wird und nicht in teuren Strukturen auf interdisziplinäre rehabilitative Massnahmen warten muss. Das Fachteam ist für die Einhaltung sowie für die periodische Überarbeitung der Guidelines zuständig.

### **Massnahme 4: geriatrische Tagesklinik**

Bis ins Jahr 2015 sind in den Spitalregionen 1, 2 und 4 eine geriatrische Tagesklinik mit einem teilstationären Rehabilitationsangebot mit je rund 10 Plätzen zu schaffen. In der Spitalregion 3 werden weniger Plätze benötigt. Die Tagesklinik wird aus Synergiegründen an eine Geriatrische Abteilung angegliedert.

### **Massnahme 5: gerontopsychiatrische Tagesklinik**

Die gerontopsychiatrischen ambulanten Dienste sind bis zum Jahr 2015 wohnortnah auszubauen. Dazu gehört die Schaffung von gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Neben den bestehenden Tageskliniken in Wil und Pfäfers sind drei weitere gerontopsychiatrische Tageskliniken (in St.Gallen, in Uznach und in der Spitalregion 2) mit je fünf Plätzen (insgesamt 10 bis 15 Plätzen im Kanton St.Gallen) zu errichten. Aus Synergiegründen sollen sie eng mit den geriatrischen Tageskliniken verbunden sein. Die Schaffung der zusätzlichen gerontopsychiatrischen Tageskliniken soll gestaffelt erfolgen.

### **Massnahme 6: weitere Massnahmen**

Weitere Massnahmen ergeben sich ausserhalb der eigentlichen stationären geriatrischen Versorgung und sind daher nicht Gegenstand des vorliegenden Konzeptes. Es handelt sich um folgende Massnahmen:

- Einführung des Patientinnen- und Patientenmanagements (Case management);
- Förderung und Stärkung der Übergangspflege;
- Förderung und Unterstützung der präventiven Hausbesuche;
- Stützung der informellen Hilfssysteme;
- Schaffung von sozialen Netzwerken;
- Förderung der Interdisziplinarität unter den verschiedensten Akteuren im geriatrischen Bereich;
- Verbesserung der Informationsübermittlung zwischen den Institutionen und den verschiedenen ambulanten Bereichen;
- Erforschung der Kundenseite: Was wünschen die Betroffenen?;
- Erarbeitung von Präventionsmassnahmen für ältere Menschen;
- Ausbau von Tagesheimen/Tagesstätten/Nachtkliniken zur Entlastung der Angehörigen;
- Ausbau der gerontopsychiatrischen Dienste in Alters- und Pflegeheimen sowie vermehrte alterspsychiatrische Schulung der ambulanten Dienste;
- Ausbau von Kompetenzen in Palliative Care.

## 6.2. Finanzbedarf

Der Finanzbedarf für das in Aussicht genommene neue Angebot ist schwierig zu ermitteln. Er beruht auf Schätz- und Erfahrungswerten. Die einzelnen Massnahmen setzen für die Umsetzung einen Beschluss der zuständigen Instanzen voraus. Für diesen Zeitpunkt werden auch die genauen Kosten ermittelt.

### Massnahme 1: Guidelines

Für die Erarbeitung der Guidelines wird ein einmaliger Betrag von Fr. 10'000.– benötigt.

### Massnahme 2: dezentrale Geriatriische Abteilungen

Die Schaffung einer Geriatriischen Abteilung setzt eine Umverteilung von Betten aus dem Akutbereich, aber keine Erhöhung der Bettenzahl voraus. Es sind deshalb keine grösseren Investitionen für die Infrastruktur zu erwarten. Die Zimmer müssen altersgerecht ausgestattet werden. Ausgehend von einmaligen Investitionskosten für die Schaffung einer geriatrischen Abteilung von rund Fr. 250'000.– hat diese Massnahme insgesamt Investitionen von rund Fr. 600'000.– zur Folge. Konkret bedeutet dies den Aufbau einer Geriatriischen Abteilung in der Spitalregion 2, einer kleineren Abteilung in der Spitalregion 3 und den Ausbau der bereits bestehenden Abteilung in der Spitalregion 4.

Eine Erhöhung der Betriebskosten dürfte mit der Realisierung von dezentralen Geriatriischen Abteilungen nicht verbunden sein. Wegen der höheren Pflegeintensität wird zwar moderat mehr Pflegepersonal benötigt, dafür fällt der Bedarf an ärztlichem Personal – verglichen mit einer akutmedizinischen Station – tiefer aus (geringere zeitliche Verfügbarkeit, weniger Hintergrunddienst, weniger Spezialisten). Aus der nachfolgenden Abbildung ist ersichtlich, dass die Gesamtkosten einer Geriatriischen Abteilung deutlich tiefer liegen als die Kosten einer medizinischen Abteilung.

Abbildung 12  
Einnahmen und Ausgaben pro Tag in Franken  
(Beträge gerundet, Zahlen aus dem Jahr 2003)

	Ø Kosten/Tag	Ø Ertrag/Tag	Ø Deckungsbeitrag/ Tag Kanton
<b>Medizinische Abteilung SR 2 – 4 (Medizin und Geriatrie)</b>	600	255	345
<b>Bürgerspital St.Gallen</b>	450	195	255
<b>Geriatriische Abteilung Wattwil</b>	477	199	278
<b>Medizinische Abteilung Biel</b>	734	479	255
<b>Geriatriische Abteilung Biel (mit 20 Betten)</b>	482	208	274

### Massnahme 3: Fachteam

Das Fachteam besteht in der Regel aus einer Leitenden Ärztin/einem Leitenden Arzt oder einer Oberärztin/einem Oberarzt, einer diplomierten Pflegefachfrau, einer Vertretung der Physiotherapie, der Ergotherapie und der Logopädie und bei Bedarf aus einer Mitarbeiterin der Sozialberatung und der Übergangspflege (insgesamt fünf bis sieben Personen). Der durchschnittliche

Zeitaufwand für Beratung und An- und Rückreise beträgt je Geriatrische Abteilung rund fünf Stunden, insgesamt also 15 Stunden pro Woche. Wenn durchschnittlich sechs Personen ein solches Fachteam bilden, resultieren 90 Stunden je Woche. Dies entspricht der Arbeitsleistung von zwei bis zweieinhalb Personaleinheiten/Woche; miteingerechnet ist der Zeitaufwand für Vor- und Nachbereitung, Berichtswesen und mündliche Beratung. In der Aufbauphase ist mit einem höheren Zeitaufwand zu rechnen.

#### Ausgaben/Einnahmen

Ausgaben	
Lohnkosten inkl. Sozialleistungen	Fr. 300'000.-
Nebenkosten (Transporte, Administration)	Fr. 60'000.-
Total	Fr. 360'000.-

In qualitativer Hinsicht sollten die Besuche jede Woche einmal stattfinden. Aus finanziellen Überlegungen kann als Kompromiss auch ein Besuch alle zwei Wochen durchgeführt werden. Dann halbieren sich die Kosten auf Fr. 180'000.-.

Zusätzliche Einnahmen sind mit den Leistungen des Fachteams nicht verbunden.

#### **Massnahme 4: geriatrische Tageskliniken**

Die Ausgaben und Einnahmen einer Tagesklinik berechnen sich wie folgt:

Einmalige Investitionen (Umbauarbeiten, Möblierung usw.)	Fr. 450'000.-
Jährlich wiederkehrende Ausgaben (für eine Tagesklinik)	
Ausgaben	
Besoldungen	Fr. 450'000.-
Sachaufwand	Fr. 90'000.-
Total	Fr. 540'000.-
Jährlich wiederkehrende Einnahmen (für eine Tagesklinik, 10 Plätze, 1'800 Patiententage)	
- Krankenversicherer und Eigenleistung (Fr. 175.-/Patiententag)	Fr. 315'000.-
- Betriebsergebnis (Deckungsbeitrag Kanton: Fr. 125.-/Patiententag)	Fr. 225'000.-

Bei drei neu zu schaffenden Tageskliniken - die Tagesklinik im Bürgerspital St.Gallen besteht bereits - betragen die einmaligen Investitionen Fr. 1'350'000.-, der jährliche Betriebsaufwand Fr. 1'620'000.-, der Ertrag Fr. 945'000.- sowie der Deckungsbeitrag des Kantons Fr. 675'000.- pro Jahr.

#### **Massnahme 5: gerontopsychiatrische Tagesklinik**

Gemäss der Kalkulation der kantonalen psychiatrischen Dienste-Sektor Nord betragen die Betriebskosten pro Patiententag Fr. 300.-, die Einnahmen Fr. 120.- (Krankenkasse und Eigenbeitrag des Patienten). Dies ergibt einen Deckungsbeitrag des Kantons von Fr. 180.-. Somit setzen sich die Ausgaben/Einnahmen einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit fünf Patientinnen /Patienten pro Tag während 250 Tagen bei 80 Prozent-Belegung wie folgt zusammen:

Einmalige Investitionen (Mobiliar etc.) pro Tagesklinik:	Fr. 200'000.-
Ausgaben pro Tagesklinik	
Jährliche Betriebskosten (Fr. 300.-/Patiententag)	Fr. 300'000.-
Einnahmen pro Tagesklinik	
- Krankenkasse/Patient (Fr. 120.-/Patiententag)	Fr. 120'000.-
- Deckungsbeitrag Kanton (Fr. 180.-/Patiententag)	Fr. 180'000.-

Drei gerontopsychiatrische Tageskliniken mit je fünf Plätzen haben einmalige Investitionskosten von Fr. 600'000.– sowie jährliche Betriebskosten von Fr. 900'000.– zur Folge. Der Staatsbeitrag beträgt Fr. 540'000.–. Diese Kostenberechnung berücksichtigen die Synergien mit einer Geriatrischen Abteilung mit geriatrischer Tagesklinik nicht. Bei der Berücksichtigung dieser Faktoren ist eine Reduktion um 30 Prozent wahrscheinlich.

### Massnahme 6: weitere Massnahmen

Für diese Massnahmen werden keine Berechnungen angestellt, da sie nicht Gegenstand des stationären Geriatriekonzeptes sind.

### 6.3. Zusätzlicher Finanzbedarf und Zeithorizont der Massnahmen

Werden die Massnahmen 1 bis 5 in den nächsten Jahren umgesetzt, so ergeben sich folgende Kosten:

Abbildung 13  
Finanzbedarf und Zeithorizont

Massnahmen und Zeithorizont	Investitionen in Fr.	Zusätzliche Betriebskosten pro Jahr in Fr.	Zusätzlicher Deckungsbedarf für den Kanton pro Jahr in Fr.	Zuständigkeit und Bemerkungen
<b>Massnahme 1 bis 2009</b>	Einmalig 10'000.–	-	-	Fachpersonal der Spitäler unter Führung des Bürgerspitals St.Gallen
<b>Massnahme 2 bis 2010</b>	600'000.–*	Keine Zusatzkosten	Keine Zusatzkosten	Spitalregionen 1 - 4
<b>Massnahme 3 bis 2010</b>	-	360'000.–**	360'000.–**	Bürgerspital St.Gallen
<b>Massnahme 4 bis 2015</b>	1'350'000.–*	1'620'000.–	675'000.–	Geriatrische Abteilungen unter Einbezug der gerontopsychiatrischen Dienste Wil/Pfäfers
<b>Massnahme 5 bis 2015</b>	600'000.–*	900'000.–***	540'000.–***	gerontopsychiatrische Dienste Wil/Pfäfers unter Einbezug der Geriatrischen Abteilungen

\* Investitionen zusammen mit Massnahme 4 und 5

\*\* Bei Finanzknappheit: Reduktion um Fr. 180'000.– (weniger häufigere Fachteambesuche)

\*\*\* In Synergie mit Massnahmen 2 und 4: Reduktion um 30 Prozent möglich

## **7. Antrag**

Wir beantragen Ihnen, Frau Präsidentin, sehr geehrte Damen und Herren, von diesem Bericht Kenntnis zu nehmen.

Im Namen der Regierung  
Der Präsident:  
Dr. Josef Keller

Der Staatssekretär:  
lic.iur. Martin Gehrler

## Beilage 1

### **Glossar**

#### **Alter**

Gemäss WHO unterscheidet man zwischen älteren Menschen (60-75-jährigen), alten Menschen (75- bis 90-jährigen), hochbetagten (90 Jahre und älter) und langlebigen Menschen (100 Jahre und älter). In diesem Bericht umfasst der Name «ältere Menschen» alle Menschen über 64 Jahre.

#### **Assessment**

Das geriatrische Assessment ist ein standardisiertes interdisziplinäres Verfahren zur Abklärung und Beurteilung der medizinischen, funktionellen, psychischen und sozialen Situation des älteren Menschen und seiner Fähigkeit, entsprechend seiner Lebenssituation Aufgaben zu bewältigen.

#### **BESA-System**

Das BESA-System (= BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) ist ein Arbeitsmittel, mit dem die Pflege und Betreuungsleistungen in Alters- und Betagtenheimen definiert, gemeinsam vereinbart und abgerechnet werden können. Es ist einfach in der Anwendung, transparent für alle Beteiligten und stellt die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt.

#### **Facharzt/Fachärztin FMH mit Schwerpunkt Geriatrie**

Für die ärztliche Weiterbildung in Geriatrie besteht seit 1.1.2000 ein Schwerpunkt Geriatrie zum Facharzt/Fachärztin FMH für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin<sup>17</sup>. Dabei ist eine mindestens zweijährige Weiterbildung in Geriatrie und eine einjährige Weiterbildung in Psychiatrie, wovon 50 Prozent davon in Gerontopsychiatrie, obligatorisch. Bis Ende August 2004 gab es gemäss FMH-Statistik 132 Ärztinnen und Ärzte mit diesem Schwerpunkttitel, sechs davon im Kanton St.Gallen; von diesen sechs arbeiten fünf im Bürgerspital St.Gallen.

**Case manager:** siehe Patientinnen/Patientenmanagement

#### **Geriatrie**

= Altersheilkunde

Zweig der Medizin, der sich mit den klinischen, präventiven, therapeutischen, rehabilitativen, psychischen und sozialen Aspekten von Krankheiten bei älteren Leuten befasst.

Die moderne Geriatrie zeichnet sich durch vier wesentliche Elemente aus:

1. biopsychosoziales Konzept als wissenschaftliche Grundlage;
2. ausgesprochene Interdisziplinarität;
3. Palliation = Palliative Care;
4. Ermessensentscheide.

ad 1:

Das biopsychosoziale Konzept als Erkenntnis-theoretische Grundlage für die Geriatrie bedeutet, dass bei Diagnose, Behandlung und Betreuung, Rehabilitation und Palliation körperliche, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt, gewichtet und integriert werden. In keiner anderen medizinischen Disziplin ist das Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren so augenfällig wie in der Altersmedizin. Deswegen sind Integration und Gewichtung all dieser Faktoren im interdisziplinären Team Voraussetzung der Behandlungs- und Betreuungserfolge in der Geriatrie.

---

<sup>17</sup> Facharzt FMH mit Schwerpunkt Geriatrie; [http://www.fmh.ch/de/data/pdf/allgemeinmedizin\\_2002\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/de/data/pdf/allgemeinmedizin_2002_d.pdf).

ad 2:

Ohne intensive, reflektierte und institutionalisierte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine effiziente Geriatrie nicht zu betreiben. Geriatrie heisst «Altersmedizin», grundsätzlich müsste es heissen: Altersmedizin – Pflege – Betreuung. Die Geriatrie ist nicht nur eine ärztliche Aufgabe, sondern die Aufgabe eines interprofessionellen Teams der in der Betreuung von alten Menschen involvierten Berufsgruppen wie Ärzte/Ärztinnen, Pflegenden, Übergangspflege, Sozialarbeiter/Arbeiterinnen, nichtärztliche Therapeuten/Therapeutinnen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und andere mehr.

ad 3:

Palliative Medizin, Pflege und Betreuung hat sich in den letzten 25 Jahren aus der Krebsmedizin heraus entwickelt und in der Geriatrie berechtigt Eingang gefunden.

ad 4:

Geriatrie ist wie jede andere medizinische Disziplin evidenzbasiert. Es gibt aber in der geriatrischen Medizin häufig wenig harte Daten, da diese Patientinnen und Patienten bis vor kurzem nur selten in klinische Studien eingeschlossen wurden. Geriaterinnen/Geriater sind also gezwungen, Resultate von jüngeren Patientinnen/Patientenpopulationen auf ältere zu übertragen. Zudem spielen in der Akutgeriatrie, in der geriatrischen Rehabilitation und in der geriatrischen Palliation Ermessensentscheide eine wesentliche Rolle. Aufgrund der Polymorbidität und der Gebrechlichkeit ist das biopsychosoziale Gleichgewicht von älteren Menschen sehr labil, was den Verlauf einer Krankheit nur schwer vorhersehbar und Ermessensentscheide immer wieder notwendig macht. Die Anwendung der zum Teil spärlich vorhandenen Evidenz auf die einzelne, ältere Patientin/den einzelnen älteren Patienten ist immer schwierig. Mit anderen Worten, es drängt sich beim älteren Menschen immer die Frage auf, was ist nötig, was ist sinnvoll, schaden wir mehr als wir nützen.

### **Geriatrische Abteilung**

Die Geriatrische Abteilung umfasst mindestens 15 - 20 Betten und wird von einer Ärztin/Arzt mit Schwerpunkt FMH in Geriatrie medizinisch geleitet. Die wichtigsten Aufgaben/Anforderungen sind:

- biopsychosoziales Konzept als wissenschaftliche Grundlage;
- übliche geriatrische Behandlungs- und Rehabilitationsangebote;
- multidimensionale Assessment-Methodik als Kernkompetenz geriatrischer Arbeit;
- Angebot und Kompetenz in Palliative Care;
- rascher und direkter Zugang von Patientinnen und Patienten zu akutmedizinischen Diagnose- und allfälliger Therapiemöglichkeiten;
- Förderung/Vernetzung der Zusammenarbeit mit den verschiedensten Akteuren in der Geriatrie (Rehabilitationseinrichtungen, Hausärztinnen/Hausärzte, nichtärztliche Therapeutinnen/Therapeuten, Pflegedienst, sozialpsychiatrische Dienste, Pflegeheime, Spitex, Pro Senectute etc.);
- Demenzabklärungen vor Eintritt in eine Demenzwohngruppe/Heim;
- Konsiliar- bzw. Liaisondienst (von Ärztinnen/Ärzten, Pflegenden und Therapeutinnen/Therapeuten) für Akutspitäler, Hausärztinnen/Hausärzte und Heime sowie beratendes ambulantes Angebot;
- bedarfsgerechte, flexible Angebote, um den Patientinnen/den Patienten nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig Pflege und Behandlung zukommen zu lassen;
- betreiben einer Tagesklinik;
- Weiter- und Fortbildungen im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereich in der entsprechenden Spitalregion;
- enge Zusammenarbeit mit dem geriatrischen Zentrum mit institutionalisierten wöchentlichen Fallbesprechungen mit einem interdisziplinären Team des geriatrischen Zentrums.

In der Geriatrischen Abteilung sind stationäre/teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote vorhanden. Es arbeitet ein interdisziplinäres Team mit Ärztinnen/Ärzten, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialberatung, das gemeinsam mit den anderen Abteilungen des Spitals vernetzt ist. Die Geriatrische Abteilung muss die personelle und organisatorische Voraussetzung erfüllen wie eine Weiterbildungsstätte der Kategorie B für Schwerpunkt Geriatrie gemäss FMH Weiterbildungsordnung.

Der Personalbedarf für eine Geriatrische Abteilung mit Rehabilitation am Beispiel Spitalzentrum Biel mit 20 Betten ist in Tabelle 16 dargestellt, wobei sämtliche im gleichen Spital tätigen Spezialisten sowie die gesamte Infrastruktur des Spitals bei Bedarf zur Verfügung gestellt werden.

Abbildung 14  
Personalbedarf 20 Betten Geriatrie-Rehabilitation Beispiel Spitalzentrum Biel

Anzahl	Personalkategorie
0.55	Leitende Ärztin/Leitender Arzt oder Oberärztin/Oberarzt Geriatrie
1.0	Assistenzärztin/Assistenzarzt
10.8	Dipl. Pflegende (inkl. Übergangspflege)
3.8	Hilfen
1.6	Schülerin/Schüler Pflegeberufsschule
1.0	Physiotherapeutin/Physiotherapeut
1.0	Ergotherapeutin/Ergotherapeut
0.2	Logopädin/Logopäde
0.4	Sozialdienst
0.1	Kunst- und Ausdruckstherapie

Mit diesem Personalbestand wurden im Jahr 2003 auf der Geriatrischen Abteilung in Biel 160 Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter: 80-jährig) betreut, wobei 60 Prozent nach Hause zurückkehrten. Die Patienten und Patientinnen blieben im Durchschnitt 40 Tage auf dieser Station.

### Geriatrische Akutmedizin

Die Akutgeriatrie umfasst Diagnostik, mehrdimensionale Evaluation (= Assessment) und medizinisch-therapeutische Massnahmen bei älteren Menschen mit akuten, vor allem internistischen Problemen oder psychosozialer Hospitalisationsindikation.

### **Geriatrisches Kompetenzzentrum**

Die Anforderungen an ein modernes geriatrisches Zentrum – nebst den Anforderungen an eine Geriatrische Abteilung – in Zukunft sind:

- geriatrische Referenzeinrichtung für den Kanton sowie geriatrische Grundversorgung für die entsprechende Region;
- grosser Stellenwert rehabilitativer Arbeit auf allen Stufen und bei allen Berufsgruppen;
- Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie klinische Forschung im medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereich;
- institutionalisierte geriatrische Beratung mit allen verantwortlichen Fachkräften in den Geriatrischen Abteilungen mit regelmässigen wöchentlichen Fallbesprechungen vor Ort;
- externe Beratung bei Therapieplänen und Rehabilitationsmassnahmen.

Zur Erfüllung der Aufgaben eines geriatrischen Zentrums sind folgende Funktionsbereiche nötig:

- ärztlicher Bereich;
- nichtärztlich-therapeutischer Bereich (Krankengymnastik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie);
- pflegerischer Bereich;
- sozial-betreuerischer Bereich;
- Verwaltungsbereich;
- personelle und organisatorische Voraussetzung wie bei einer Weiterbildungsstätte der Kat. A für Schwerpunkt Geriatrie gemäss FMH.

Diese Anforderungen sind berufsübergreifend (Pflege, Ärztinnenteam/Ärzteteam, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.), klinikübergreifend (geriatrische Fachkompetenz, Spezialwissen) und sektorenübergreifend (stationär, ambulant, Zusammenarbeit mit Hausärzten, Spitex, Pro Senectute etc.).

Beim geriatrischen Zentrum handelt es sich um eine eigenständige Abteilung bzw. Spital. Es sind stationäre/teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote vorhanden. Das geriatrische Zentrum hat intensive und enge Verbindungen zu Geriatrischen Abteilungen, zur Gerontopsychiatrie und zu den Rehabilitationseinrichtungen; ideal sind Rehabilitationseinrichtungen und geriatrisches Zentrum eine Einheit.

### **Geriatriebetten**

Dieser Begriff ist unscharf bzw. nicht definiert und sollte nicht mehr verwendet werden. Auseinanderzuhalten sind Betten:

- zur Behandlung von akuten Gesundheitsstörungen im Alter, was integrierender Bestandteil der Grundversorgung der Akutspitäler ist;
- zur Behandlung von Patientinnen/Patienten auf einer Geriatrischen Abteilung;
- zur geriatrischen Rehabilitation in spezialisierten Institutionen zur Wiedererlangung der Selbständigkeit;
- der Gerontopsychiatrie in Spezialstationen der psychiatrischen Kliniken;
- in Alters- und Pflegeheimen, in Privathaushalten;
- zur palliativen Betreuung in geriatrischen Institutionen.

### **geriatrischer Patient – geriatrische Patientin**

Die geriatrische Patientin/der geriatrische Patient hat folgende Charakteristika:

- Patientin/Patient über 64 Jahre alt mit vielen und komplexen Krankheiten, oft zusätzlich noch an chronischen Krankheiten leidend;
- veränderte Reaktionen der Organe und Systeme mit längerer Heilungs- und Rehabilitationsdauer;
- erhöhte Empfindlichkeit auf Krankheiten und auf physischen, emotionalen und sozioökonomischen Stress;

- grösseres Komplikationsrisiko sowie begrenzte Kompensationsfähigkeiten;
- funktionelle Einschränkungen, welche die Autonomie beeinträchtigen;
- begrenzt reversible Behinderungen;
- Modifikation des Behandlungsziels auf Erhalt oder Verbessern der funktionellen Kapazität, nicht jedoch auf Restitutio ad integrum;
- sehr aufwändige Pflege, besonders bei bestimmten Gruppen (z. B. Demenzkranke);
- oft vorhandene Compliance-Probleme;
- Mitberücksichtigung der sozialen (Angehörigen, Bekannte) und wirtschaftlichen Situation (Finanzierbarkeit von Hilfe und Pflege);
- Miteinbezug und Annahme von Tod und Sterben.

### **Gerontologie**

Unter Gerontologie werden alle wissenschaftlichen und praxisbezogenen Disziplinen verstanden, die sich mit den körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbedingten Vorgängen im Laufe des Alterns befassen.

### **Gerontopsychiatrie**

Die Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie und befasst sich mit sämtlichen psychiatrischen Leiden, die im Alter vorkommen mit enger Verknüpfung zu anderen medizinischen Disziplinen und sozialen Bereichen.

Schätzungsweise leiden 25 bis 45 Prozent der älteren Bevölkerung an psychischen Störungen. Gemäss einer Arbeit bei Spitex-Klienten und Klientinnen<sup>18</sup> liegt der Anteil mit mindestens einem deutlich vorhandenen psychiatrischen Problem bei 45 Prozent. Die beiden häufigsten Erkrankungen in dieser Altersgruppe sind Depressionen und demenzbedingte Störungen. Zur Akutbehandlung psychisch kranker älterer Menschen gehört eine gezielte fachspezifische und meist länger als in der übrigen Erwachsenenpsychiatrie dauernde Rehabilitation mit einem multimodalen therapeutischen Angebot, um nach Abklingen der akuten Störungen eine gewisse Belastbarkeit und Stabilisierung zu erreichen.

Berufsverständnis und Arbeitsfeld von Geriatrie (= geriatischer Medizin) und Gerontopsychiatrie (= geriatische Psychiatrie) sind klar überlappend; nicht nur der Geriater/die Geriaterin auch die Gerontopsychiaterin/der Gerontopsychiater muss vom anderen Fach soviel wissen, dass eine unkomplizierte und flexible Zusammenarbeit möglich wird.

### **Gerontopsychiatrische Akutbehandlung**

Die strukturellen Voraussetzungen für eine moderne gerontopsychiatrische Akutbehandlung unterscheiden sich in nichts von der Struktur, die für eine moderne psychiatrische Akutbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie nötig sind. Dies sind im Einzelnen die folgenden Elemente:

- psychiatrische Aufnahmestation
- mehrere Therapiestationen mit spezialisierter Abklärung und Behandlung
  - für Demente mit ausgeprägten Verhaltensstörungen
  - für psychisch Kranke aus dem ganzen Diagnosespektrum
  - inklusive Suchtbehandlung und Psychotherapie
- Breites Spektrum des Therapieangebotes entsprechend den verschiedenen Krankheitsbildern und Bedürfnissen, für kurzfristige Kriseninterventionen wie auch differenzierte länger dauernde psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen. Dabei findet die gerontopsychiatrische Akutbehandlung sinnvollerweise in den bestehenden Kliniken statt, wo bereits erprobte Teams mit spezialisiertem Personal arbeiten und wo im Sinne einer Res-

<sup>18</sup> Abderhalden et al; Februar 2003; Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St.Gallen WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Feldstrasse 133, 8004 Zürich

sourceennutzung das vielfältige Therapieangebot der gesamten Klinik gezielt genutzt werden kann;

- halbstationäre Angebote = Tagesklinik (Therapie-, Aufenthalts- und Ruheräume);
- in Form von Tagesklinik mit einem regelmässigen Angebot für Abklärungen und Behandlungen, wegen der verminderten Mobilität möglichst wohnortnah;
- ambulante Abklärung und Therapie;
- unter Einbezug des sozialen Umfeldes, Assessment (einschliesslich Memory Klinik), nachgehende Behandlung. Letztere erfolgt sinnvollerweise wohnortnahe und durch möglichst konstante Betreuungspersonen;
- gerontopsychiatrische Spitex;
- Liaison- und Konsiliardienste;
- Ausbildungsangebote von gerontopsychiatrischen Fachleuten für fachspezifische Fort- und Weiterbildungen, einschliesslich Fallbesprechungen, Supervisionen und andere Formen der theoretischen und praktischen Unterstützung für nicht spezialisierte Institutionen und professionell tätige Einzelpersonen;
- Administration.

### **Gute geriatrische Arbeit**

Geriatrische Standards von guter klinisch-geriatrischer Arbeit sind (nach dem englischen Geriater Grimley Evans):

- Niemandem sollte der Nutzen einer medizinischen Behandlung aufgrund seines Alters verweigert werden;
- Die Behandlung sollte der Situation und der Lebensperspektive des Patienten/der Patientin angepasst sein;
- Jede Veränderung in der Abhängigkeit eines betagten Patienten/einer betagten Patientin sollte zu einer Beurteilung in Bezug auf mögliche therapeutische Interventionen führen, bevor über den Einsatz von Ersatz-Diensten entschieden wird;
- Niemand sollte dauerhaft institutionalisiert sein, bis alle möglichen Alternativen durch ein Team von Spezialisten ausgelotet wurden;
- Betagte Menschen sollten so weit wie möglich dort gepflegt werden, wo sie es wünschen;
- Wohnortsveränderungen sind nach Möglichkeit zu minimieren;
- Eine einzige Person sollte für die Koordination der verschiedenen Dienste und für die Kommunikation mit dem Patienten/der Patientin und dessen Angehörigen verantwortlich sein;
- Jegliche Intervention sollte klar definierte, realistische und akzeptable Zielsetzungen haben;
- Fortschritte in bezug auf die Zielsetzungen sollten permanent reevaluiert werden;
- Die Planung von Interventionen sollte sowohl das Wohlbefinden des Patienten/der Patientin wie auch dasjenige von dessen/deren Angehörigen in Betracht ziehen;

### **Hilfesysteme**

- informelle: Angehörige, Freunde, Nachbarn, Bekannte
- formelle: Spitex, Pro Senectute etc.

### **Hausbesuche präventive**

Präventive Hausbesuche, meist von Gesundheitsschwestern durchgeführt, werden nach dem in Santa Monica (Kalifornien) entwickelten und getesteten Verfahren durchgeführt. Dabei wird beim ersten Hausbesuch eine multidimensionale geriatrische Beurteilung in Form einer strukturierten Erhebung der psychischen, sozialen, funktionellen und medizinischen Situation vorgenommen. Die dabei erkannten Probleme werden mit dem Geriater besprochen, und darauf aufbauend werden individuelle präventive Empfehlungen für diese Personen erarbeitet. Besonders wichtig ist es, dass es den Gesundheitsschwestern gelingt, ein Vertrauensverhältnis zu den Personen aufzubauen.

## **Memory Klinik**

Die Memory Klinik dient der umfassenden Abklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hirnleistungsschwächen sowie der ausführlichen Beratungsgespräche mit der Patientin/dem Patienten und den Angehörigen. Therapien gehören nicht zwingend zum Angebot einer Memory Klinik, können von dort aus aber eingeleitet und supervidiert werden. Eine Memory Klinik kann in einem erweiterten Angebot Therapien führen. Der Name kommt vom Englischen, dabei ist der Begriff «Memory» ein Hinweis darauf, dass das Gedächtnis, im weiteren Sinn die nestischen und kognitiven Funktionen im Focus stehen; «Klinik» meint etwas unpräzis «Institution» und nicht im üblichen medizinischen Sprachgebrauch Spital.

Die Zielgruppe ist mit «Demenz» primär nicht altersspezifisch sondern störungsspezifisch definiert. Erst in der Folge ergeben sich als hauptsächliche Zielgruppe ältere Patientinnen und Patienten. Die Aufnahmen erfolgen in der Regel via Zuweisungen durch Hausärztinnen/ Hausärzte, die ihre Patientinnen und Patienten für eine Memory Klinik triagieren und wieder übernehmen.

Ziele einer Abklärung in der Memory Klinik sind:

- Differentialdiagnose der verschiedenen Demenzformen und Triage zu den entsprechenden Therapien;
- Früherkennung einer Demenz, wodurch heute zwar nicht der Krankheitsverlauf aufgehalten, aber das Einsetzen einer Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann.

Zum Assessment gehören: Anamneseerhebung (persönliche Anamnese und Fremdanamnese), Somatostatus inkl. Neurostatus, Psychostatus, Laboruntersuchungen, evtl. MRI/CT, klinische Beobachtung, Neuropsychiatrie, Verhaltensneurologie.

Personalbedarf:

Gerontopsychiaterin/Gerontopsychiater als untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt und Koordinatorin/Koordinator des Assessment und Geriaterin/Geriater als Konsiliarärztin/-arzt (oder umgekehrt), Neuropsychologe, Pflegekraft mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie oder Geriatrie, Sekretärin/Sekretär. Von einem interdisziplinären Team mit je einer Person aus den oben erwähnten Berufsgruppen können 1 bis maximal 2 Fälle pro Tag abgeklärt werden. Der hohe Personalbedarf erklärt sich folgendermassen: Patienten und Patientinnen mit einer Demenz benötigen einen grossen Zeitaufwand für alle Verrichtungen. Ihre Beobachtung muss über den ganzen Tag und individuell erfolgen. Es können nicht beliebig viele Personen nebeneinander, beispielsweise in einer Gruppe, abgeklärt werden.

## **Palliation = Palliative Care**

Palliative Medizin und Pflege beinhalten eine aktive und umfassende Behandlung, Pflege und Begleitung von sterbenden und schwerkranken Menschen mit begrenzter Lebenserwartung durch ein multiprofessionelles Team mit dem Ziel einer hohen Lebensqualität für die Patientin/für den Patienten und für seine Angehörigen<sup>19</sup> sowie Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen. Palliative Medizin und Betreuung umfasst also medizinische Behandlungen, körperliche Pflege, aber auch psychologische, soziale und seelsorgerische Unterstützung.<sup>20</sup>

## **Patientinnen/Patientenmanagement/case manager**

Ein professionelles Patientinnen/Patientenmanagement mit dem verantwortlichen case manager muss den älteren kranken Patientinnen und Patienten durch die verschiedenen Institutionen optimal führen sowie die verschiedenen Betreuungsebenen (Hausärztinnen/Hausärzte, Akutspitäler, Rehabilitationskliniken, stationäre und ambulante Pflege, Angehörige etc.) eng miteinander vernetzen. Dadurch kann die ältere Patientin/der ältere Patient effektiver durch die

<sup>19</sup> R. Kunz, Palliative Medizin für ältere Menschen; Schweiz Med Forum 2002,5: 100-105.

<sup>20</sup> Aus: Schweiz. Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP), Januar 2001.

verschiedenen Institutionen geführt und zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der richtigen Therapie behandelt werden.

### **Prävention**

Die Prävention gliedert sich in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention

- **Primäre Prävention**

Massnahmenbündel, welches die Entwicklung neuer Störungen bzw. Krankheiten verringern soll. Die primäre Prävention dient der Erhaltung der Gesundheit durch Gesundheitsförderung, Verhinderung von Krankheiten, Störungen und Belastungen, Schutz und Erhaltung von Gesundheit durch entsprechende Veränderungen der Lebensbedingungen.

- **Sekundäre Prävention**

Die sekundäre Prävention dient der Minimalisierung der tatsächlich vorhandenen Störungen bzw. Erkrankungen. Dazu gehört u.a. das Bemühen um frühzeitige Erkennung vorhandener Störungen, Krankheiten und Belastungen.

- **Tertiäre Prävention**

Die tertiäre Prävention versucht Langzeitfolgen von Krankheiten, Störungen etc. z.B. durch Rehabilitation zu verhindern. Sie versucht, Chronifizierungen entgegenzuarbeiten.

Nebst den üblichen Präventionsmassnahmen wie Vermeidung der klassischen Risikofaktoren, Vorbereitung auf das Alter etc. braucht es aber starke Aufmerksamkeit auf folgende Punkte:

- Erhaltung und Förderung des sozialen Umfeldes; Problem der Isolation und Vereinsamung;
- Erhaltung körperlicher und geistiger Funktionen;
- Früherkennung von Krankheiten und Krankheitsfolgen;
- spezifische geriatrische Präventionsansätze.

### **Rehabilitation: geriatrische**

Spezialisierte geriatrische Methode zur Wiederherstellung von Selbständigkeit und Funktionsfähigkeit sowie Betreuung älterer Menschen mit vor allem neurologischen und orthopädisch-rheumatologischen Erkrankungen gemäss einem biopsychosozialen Konzept (Berücksichtigung, Gewichtung und Integration körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren) in einer interdisziplinären Teamarbeit. Sie zielt primär auf die Wiederherstellung der funktionellen Gesundheit und die soziale Reintegration ab. Sie unterscheidet sich damit grundsätzlich von konventioneller Rehabilitation, welche primär auf die Wiederherstellung einzelner Organfunktionen gerichtet ist. Die geriatrische Rehabilitation beinhaltet viele präventive Elemente und kann daher auch als Sekundär- oder Tertiärprävention (siehe dort) bezeichnet werden.

Wenn die geriatrische Patientin/der geriatrische Patient zur Rehabilitation fähig, bedürftig aber auch willig ist, dann verkürzt sich die Krankheitsdauer durch eine gezielte geriatrische Rehabilitation. Zudem können Pflegebedürftigkeit vermieden oder verringert und die Selbständigkeit, aber auch die Lebensqualität erhalten oder verbessert respektive zurückgewonnen werden.

Geriatrische Rehabilitation richtet sich auch an den individuellen Bedarf zur Bewältigung des Alltags (Alltagskompetenz). Dabei ist die Zusammenarbeit mit dem sozialen Netz und den ambulanten Diensten wichtig.

Eine geriatrische Rehabilitation kann auch durchgeführt werden um eine bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, d.h. Menschen in einem Pflegeheim können auch noch von einer Rehabilitation profitieren. Es muss aber sichergestellt sein, dass Rehabilitationseinrichtungen nicht zu Chronischkrankenabteilungen umfunktioniert werden.

Rehabilitation ist heute zu einem eigenständigen Spezialgebiet geworden, das eine besondere Ausbildung in rehabilitativen Methoden sowohl der ärztlichen wie auch der nicht-ärztlichen Mitglieder des Rehabilitationsteams erfordert. Das KVG anerkennt in Art. 25 Abs. 2, lit. d Rehabi-

litation als gleichberechtigten Bereich neben Diagnosen und Therapie. Grundsätzlich soll nur so viel stationär wie nötig, bzw. so viel wie möglich ambulant oder teilstationär rehabilitiert werden.

Geriatrische und spezialisierte Rehabilitation befassen sich beide mit Patientinnen/Patienten mit vorwiegend folgenden Krankheitsgruppen: Muskel- und Skeletterkrankungen, Krankheiten des Nervensystems, pulmonale und kardiovaskuläre Krankheiten, nach Verletzungen und schweren operativen Eingriffen.

Es gibt folgende drei geriatrische Rehabilitationsmassnahmen:

– **erste rehabilitative Massnahmen**

bei jeder Akutbehandlung beginnen am ersten Tag schon rehabilitative Massnahmen unterstützend zur Akutversorgung = erste rehabilitative Massnahmen.

Anforderungen an eine moderne frühe geriatrische Rehabilitation im Akutspital sind:

- Miteinbezug aller Beteiligten bereits in der initialen Therapie/Behandlungsplanung;
- standardisiertes Assessment;
- Rehabilitationskonzept: Ziel: patientinnen-/patientenorientiertes Arbeiten;
- Vernetzung mit teilstationären/ambulanten Angeboten und Übergangspflegekonzept.

typische Krankheitsbilder sind:

- Infekte (Pneumonie, Harnwegsinfekte);
- zerebrovaskuläre Insulte;
- Herzinsuffizienz.

– **Geriatrische Rehabilitation**

Die Indikation zur geriatrischen Rehabilitation ist gegeben, wenn zusätzlich der Patient/die Patientin als typisch geriatrisch wie folgt charakterisiert wird:

- gebrechliche/multimorbide ältere Menschen mit Reha-Potenzial vor allem bezüglich;
- der Aktivitäten des täglichen Lebens;
- ältere Patientinnen/Patienten, die medizinisch instabil sind bzw. während der Rehabilitation von den verschiedenen Erkrankungen interkurrent bedroht und auf eine intensive geriatrisch-aktivierende Pflege angewiesen sind;
- ältere Patientinnen/Patienten, die bezüglich ihrer therapeutischen Möglichkeiten in der Rehabilitation dauerhaft reduziert bzw. stark schwankend belastbar sind;
- ältere Patientinnen/Patienten, die hinsichtlich ihrer psychosozialen Kontextfaktoren eine wohnortnahe Rehabilitation benötigen.

Strukturanforderungen einer modernen geriatrischen Rehabilitation sind:

- interdisziplinäres Behandlungskonzept;
- standardisierte Anwendung von Assessments;
- breitgefächertes Therapieangebot (Logopädie, Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie, spezialisierte Pflege, psychologische, psychotherapeutische und evt. neuropsychologische Dienste etc.);
- adäquate diagnostische Ausstattung;
- strukturierte Austrittsplanung, enge Zusammenarbeit mit Spitex, Pro Senectute, Hausärzten/Hausärztinnen;

typische Krankheitsbilder sind:

- Status nach operativer Versorgung bei bestehender Multimorbidität;
- Status nach akuter Erkrankung bei bestehender Multimorbidität;
- dekompensierte chronische Erkrankungen bei bestehender Multimorbidität.

– **spezialisierte Rehabilitation**

Die Indikation zur spezialisierten Rehabilitation in spezialisierten Rehabilitationskliniken ist gegeben, wenn die Patientin/der Patient nicht zusätzlich als typisch geriatrisch charakterisiert ist und vor allem folgende Krankheiten (ob jüngere oder ältere Patientinnen/Patienten) hat:

- schwere neurologische Krankheiten (z.B. MS);
- Krankheiten des muskuloskeletalen Systems und des Bindegewebes (z. B. chronische rheumatologische Erkrankungen);
- Status nach schweren Verletzungen und schweren Operationen (z.B. massiv eingeschränkte Mobilität und Selbständigkeit nach Verletzungen).

Der Begriff «Frührehabilitation» ist besetzt; gemäss WHO ist die Frührehabilitation zur Rehabilitation gehörend, dabei handelt es sich um ein hoch differenziertes Angebot (z.B. neurologische Frührehabilitation), die nur in spezialisierten Kliniken angeboten werden kann.

**Rehabilitation: ambulante geriatrische**

Die Anforderungen an eine moderne ambulante geriatrische Rehabilitation sind:

- Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialdienst, Pflegedienst mit entsprechender personeller und räumlich-apparativer Ausstattung;
- gerontologisch gut ausgebildetes Personal in Spitex- und Entlastungsdiensten;
- Miteinbezug, Unterstützung und Information des sozialen Umfeldes, z.B. der Angehörigen und/oder der freiwilligen Betreuungspersonen; Heimabklärungen/präventive Heimbesuche;
- optimale Austrittsvorbereitung in den Akuteinrichtungen und eine offene Zusammenarbeit mit allen Beteiligten (Betroffene – Spital – Spitex - Hausarzt/Hausärztin - soziales Umfeld - Case-Management);
- zumutbarer Anfahrtsweg;
- Entlastungsangebote für Angehörige wie beispielsweise Hütedienst, Tages- und Nachtstätten.

Die Ziele einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind:

- Aufrechterhaltung resp. Wiederherstellung der Selbständigkeit;
- Vermeidung, Verringerung bzw. Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit;
- Abkürzung von stationären Aufenthalten in Akutspitalern oder in geriatrischen Rehabilitationskliniken;
- Verbesserung der Lebensqualität.

**Spitex**

Spitex bedeutet Hilfe und Pflege zu Hause. Es werden einerseits die kassenpflichtigen Leistungen der Abklärung und Beratung, der Behandlung und des Untersuchs und der Grundpflege erbracht und andererseits die hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen. Die meisten Spitex-Dienste sind Non-Profit-Organisationen. Der Spitex Verband Schweiz ist ihr Dachverband. Spitex-Dienste sind für alle Menschen jeden Alters, die bedingt durch Krankheit, Unfall, Behinderung, Altersgebrechen, Mutterschaft auf Unterstützung angewiesen sind. Bei jedem Einsatz wird der Bedarf abgeklärt.

**Tagesklinik geriatrische**

Das Angebot einer geriatrischen Tagesklinik umfasst:

- ganzheitliche Rehabilitation, schwerpunktmässig Patientinnen/Patienten mit neurologischen (Schlaganfall, Parkinson), rheumatologischen und orthopädischen Erkrankungen. Die Belastbarkeit der Patientinnen/Patienten für Transport und Therapien muss gewährleistet sein, wie auch die häusliche Betreuung in der therapiefreien Zeit;
- Betreuungsangebote: Dazu gehören medizinische Abklärungen und Behandlungen (jeweils in Absprache mit der Hausärztin/de Hausarzt), eine aktivierende und reaktivierende Betreuung, Physiotherapie, Ergotherapie, Aktivierungstherapie, Logopädie, psychologische

Betreuung, Beratung von Patientinnen/Patienten sowie deren Angehörigen und Hausabklärungen bei Bedarf. Reine Entlastungsaufenthalte sind nicht möglich;

- ein präventives, beratendes ambulantes Angebot;
- ein flexibles Angebot, um rasch auf veränderte Patientinnen/Patientenbedürfnisse eintreten zu können. Das Angebot muss spitalintern und auch spitalextern (mit Hausärzten, Spitex, Pro Senectute, sozialmedizinisches Netz etc.) intensiv vernetzt sein;
- ein multidimensionales geriatrisches Assessment;
- die Verstärkung der Angehörigenarbeit;
- Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten der häufigsten geriatrischen Syndrome (z. B. Demenzabklärungen, Sturzabklärung, Inkontinenzsprechstunde);

Die teilstationäre Form der Rehabilitation trägt zu einer besseren Lebensqualität in der gewohnten Umgebung zu Hause bei. Sie vermeidet oder verkürzt Spitalaufenthalte und bietet eine Tagesstruktur.

Der Personalbestand einer Tagesklinik, die vom Montag bis Freitag geöffnet ist und 10 Plätze umfasst, kann folgendermassen aussehen:

*Abbildung 15  
Personalbestand Tagesklinik vom Bürgerspital St.Gallen  
(mündliche Mitteilung)*

<b>Anzahl</b>	<b>Personalkategorie</b>
0.1	Oberärztin/Oberarzt Geriatrie
0.3	Assistenzärztin/Assistenzarzt
0.8	Stationsleitung Pflege
0.8	Dipl. Pflegende (inkl. Übergangspflege)
1.0	Pflegeassistentin/Pflegeassistent
0.8	Physiotherapeutin/Physiotherapeut
0.2	Logopädin/Logopäde
0.1	Psychologin/Psychologe
1.0	Aktivierungs-/Ergotherapeutin/-therapeut

### **Tagesklinik gerontopsychiatrische**

Die Behandlung in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik tagsüber ist kombiniert mit dem abendlichen und nächtlichen Aufenthalt zu Hause. Unter täglicher Anleitung findet ein Training zum Leben in der ursprünglichen Wohnsituation statt. Dieses führt einerseits zur psychischen Stabilisierung und ermöglicht andererseits die Reintegration bzw. den Verbleib im angestammten sozialen Umfeld. Eine Tagesklinik bietet auch die Möglichkeit für eine Übergangsbearbeitung im Behandlungsnetz zwischen stationärem und ambulantem Setting, wenn sich ein langer Krankheitsverlauf abzeichnet. Die stationäre Behandlung kann so verkürzt und die ambulante Behandlung trotzdem ohne Überforderung angegangen werden.

Die Aufgabe der gerontopsychiatrischen Tagesklinik besteht darin, der Patientin/dem Patienten eine Tagesstruktur zu geben, die sie/er zu Hause oder in einem nicht weiter betreuten Heim

nicht bekommen könnte. Erforderlich sind dafür professionelles know-how im Umgang mit psychisch kranken Menschen. Neben der psychiatrischen Behandlung und Betreuung im engeren Sinn wird in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik in einem ganzheitlichen biopsychosozialen Ansatz immer auch die somatische Situation berücksichtigt, wobei Patientinnen und Patienten mit einer vorwiegend somatischen Problematik besser einer geriatrischen Tagesklinik zugewiesen werden. In dieser erfolgt die Behandlung und Betreuung quasi komplementär primär somatisch und sekundär psychiatrisch orientiert. In diesem Sinne verfolgen die geriatrischen rehabilitativen und die alters-psychiatrischen Tageskliniken unterschiedliche Ziele, auch wenn es breite Überlappungen gibt.

Personen, die einen psychisch kranken älteren Menschen zu Hause pflegen, stark gefordert. Entlastung, Unterstützung aber auch fachliche Begleitung bietet die gerontopsychiatrische Tagesklinik an. Das Ziel ist die Erhaltung und Förderung der Selbständigkeit wie auch der psychischen Stabilität. Die tagesklinische Behandlung in Gerontopsychiatrie kann als Ersatz einer stationären Behandlung dienen; die Tagesklinik muss aber einer psychiatrischen Klinik angeschlossen sein. Die Struktur einer modernen gerontopsychiatrischen Tagesklinik entspricht in allen Teilen der Struktur einer modernen Tagesklinik in der Erwachsenenpsychiatrie. Sie unterscheidet sich von reinen Entlastungsbetten, die nur in den Heimen anzubieten wären, durch folgende Möglichkeiten:

- psychiatrische Abklärung, Behandlung und Betreuung mit einem breiten, diagnostischen und therapeutischen Angebot;
- flexible Nutzungsmöglichkeit: stundenweise, tageweise oder nach anderen individuellen Mustern, üblicherweise ohne Wochenende;
- Vernetzung mit anderen Zuständigen, Einbezug der Angehörigen;
- rehabilitatives Training mit individuellen Therapieprogrammen mit dem Ziel der grösstmöglichen Selbständigkeit im Alltag mit dem ganzen interdisziplinären Therapieangebot inkl. Physiotherapie;
- poststationäre Übergangsbehandlungen;
- aktives Wiedereingliedern ins bisherige oder neue soziale Umfeld.

Abbildung 16  
Personalbedarf gerontopsychiatrische Tagesklinik Wil

Anzahl	Personalkategorie
0.5	Oberärztin/Oberarzt Gerontopsychiatrie
1.0	Fachärztin/Facharzt
2.5	Pflege PsyKP
0.5	Psychologenstelle
0.5	Aktivierungstherapie/Bewegungstherapie

Indikation zur Tagesklinik:

Alle psychischen Störungen bei älteren Menschen, die nicht im stationären oder ambulanten Setting behandelt werden können oder müssen, wobei für die tagesklinische teilstationäre Behandlung folgende Aspekte zu beachten sind:

- Es muss ein soziales Umfeld vorhanden sein, das es den Betroffenen erlaubt, die Nächte, das Wochenende und die Feiertage in zumutbaren Umständen sinnvoll privat zu verbringen;
- Dabei ist stets das Ziel im Auge zu behalten, dass die Betroffenen im Anschluss an die tagesklinische Behandlung wieder definitiv in dieses Umfeld zurückkehren. Wenn der Verlauf zeigt, dass dies nicht möglich ist, muss eine Veränderung des ganzen Settings, z.B. eine Platzierung in einem Heim oder die Einweisung für einen stationären Klinikaufenthalt, vorgenommen werden.

### **Übergangspflege**

= spezielle geriatrische Pflegemethode, bei welcher der Pflegedienst oder eine andere Berufsgruppe des betreffenden Spitals die Entlassung nach Hause mit Einbezug eines interdisziplinären Teams vorbereiten, durchführen und dort festigen. Sie ist dafür verantwortlich, denn viele pflegerische und andere Massnahmen im Spital müssen zu Hause weitergeführt werden.

Die wichtigsten Aufgaben der Übergangspflege sind dabei:

- Unterstützung der älteren Patientinnen und Patienten und Angehörigen während des Spitalaufenthaltes mit Beratungsgesprächen;
- Planung des Spitalaustrittes mit der Patientin/dem Patienten sowie mit den Angehörigen und Organisation der Nachbetreuung, sowie Vernetzung mit spitalexternen Diensten;
- Unterstützung der Patientin und des Patienten bei einer Anpassung der Lebensumstände an Krankheit und Behandlung;
- Sicherheit in der Medikamenteneinnahme zu Hause;
- reibungsloser Informationsfluss Spital – Hausärztin/Hausarzt – Spitex – Pro Senectute.

Dabei sind Abklärungen in den vier Lebensbereichen wie folgt vorzunehmen:

- Gesundheit, ambulante Grundversorgung: Pflege- und Therapiebedarf;
- Wohnen: Anforderungen an Lage und Einrichtung zur Behindertentauglichkeit;
- Finanzen und administrative Angelegenheiten;
- Lebensgestaltung/Prävention: Erhalt des sozialen Umfeldes;

Dadurch können folgende Verbesserungen erreicht werden:

- Vermeidung unnötiger und langdauernder Akutspitalaufenthalte;
- möglichst reibungsloser Übertritt nach Hause durch sorgfältige Abklärungen;
- fundierte Triage mit der Fragestellung: wieder nach Hause oder in ein Pflegeheim;

Die Übergangspflege arbeitet an der Schnittstelle von Spital und Spitex oder mit ähnlicher Methode an der Schnittstelle von Pflegeheim und Spitex, allerdings mit völlig verschiedenen Patientinnen-/Patientenpopulationen. Dabei ist es das Ziel der Übergangspflege, die Selbstversorgung und damit die Autonomie der Patientinnen und Patienten so zu fördern, dass eine Spitalweisung respektive aktiv eine Langzeitpflegebedürftigkeit verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden kann.

**Beilage 2**

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Zusammenfassung geriatrische Versorgung Ist-Zustand und in Zukunft .....	4
Abbildung 2	Stationäre geriatrische Versorgung – Ist-Zustand.....	5
Abbildung 3	Stationäre geriatrische Versorgung im Kanton St.Gallen in Zukunft .....	6
Abbildung 4	ständige Wohnbevölkerung Kanton St.Gallen nach Altersklassen 1990 bis 2040.....	8
Abbildung 5	Abbildung 4 in Zahlen ausgedrückt: Bevölkerungsentwicklung Kanton St.Gallen 1990 – 2040.....	9
Abbildung 6	Vergleich ständige Wohnbevölkerung Kanton St.Gallen 1980 und 2040 nach Fünfjahresaltersklassen und Geschlecht .....	9
Abbildung 7	Bevölkerungszahl und Altersverteilung in den Spitalregionen gemäss Volkszählung 2000 und Szenario Trend für 2040.....	10
Abbildung 8	Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung von Männern und Frauen im Alter von 65 Jahren in der Schweiz 1981/1982 und 1997/99 .....	11
Abbildung 9	Prävalenz von Demenzen nach dem Alter.....	12
Abbildung 10	Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen der zu Hause lebenden Bevölkerung .....	12
Abbildung 11	Tagesklinikplätze für geriatrische Rehabilitation Richtwerte auf die Bevölkerung des Kantons St.Gallen berechnet.....	27
Abbildung 12	Einnahmen und Ausgaben pro Tag in Franken .....	30
Abbildung 13	Finanzbedarf und Zeithorizont.....	32
Abbildung 14	Personalbedarf 20 Betten Geriatrie-Rehabilitation Beispiel Spitalzentrum Biel .....	36
Abbildung 15	Personalbestand Tagesklinik vom Bürgerspital St.Gallen.....	44
Abbildung 16	Personalbedarf gerontopsychiatrische Tagesklinik Wil.....	45