Gesundheitsamt

Thurgau

Alterskonzept Kanton Thurgau

überarbeitete Fassung vom 6. Dezember 2011

Impressum

Herausgegeben vom Kanton Thurgau im Januar 2012

© Departement für Finanzen und Soziales
Gesundheitsamt
Zürcherstrasse 194a
8510 Frauenfeld

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag und Vorgehen ---------- 1

2. Zweck des Alterskonzeptes ---------- 2

3. Übergreifende Ziele ---------- 3

4. Bevölkerungsentwicklung und finanzielle Situation ---------- 8

4.1 Entwicklung und Struktur der Thurgauer Bevölkerung ---------- 8

4.2 Künftige Entwicklung der älteren Bevölkerung ---------- 10

4.3 Alter und Migration ---------- 11

4.4 Finanzielle Situation der älteren Menschen ---------- 13

5. Aktivierung, Beratung, Begleitung und soziokulturelle Angebote ---------- 15

5.1 Ist-Situation ---------- 15

5.2 Ziele und Grundsätze ---------- 18

6. Wohn- und Infrastruktur im Alter ---------- 22

6.1 Grundlagen ---------- 22

6.2 Ziele und Grundsätze ---------- 25

7. Künftige Entwicklung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter ---------- 27

8. Ambulante Dienste (Hilfe und Pflege zu Hause) ---------- 30

8.1 Ist-Situation ---------- 30

8.2 Ziele und Grundsätze ---------- 33

9. Alters- und Pflegeheime ---------- 37

9.1 Ist-Situation ---------- 37

9.1.1 Angebot und Entwicklung ---------- 37

9.1.2 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ---------- 38

9.1.3 Marktsituation ---------- 40

9.1.4 Qualitative Aspekte ---------- 41

9.2 Bedarfsplanung des stationären Angebots ---------- 43

9.2.1 Einflussfaktoren für den Heimeintritt und Entwicklungstendenzen ---------- 43

9.2.2 Vergleiche mit anderen Kantonen ---------- 44

9.2.3 Festlegung der künftigen Richtwerte ---------- 45

9.3 Spezielle Angebote ---------- 48

9.3.1 Geschützte Wohngruppen/Abteilungen für Menschen mit einer Demenz ---------- 48

9.3.2 Tagesheime, Tages- und Nachtstrukturen ---------- 49

9.3.3 Temporäre Pflegeplätze ---------- 50

9.3.4 Akut- und Übergangspflege ---------- 51

9.4 Ziele und Massnahmen im Alters- und Pflegeheimbereich ---------- 52

10. Altersmedizin ----------56

10.1 Akutgeriatrie ---------- 56

10.1.1 Ist-Situation ---------- 57

10.1.2 Handlungsfelder im Bereich Geriatrie ---------- 57

10.2 Alterspsychiatrie und -Psychotherapie ---------- 58

10.2.1 Ist-Situation im Bereich Alterspsychiatrie ---------- 58

10.2.2 Handlungsfelder im Bereich der Alterspsychiatrie /-psychotherapie ----- 61

10.2.3 Ziele und Massnahmen Alterspsychiatrie ---------- 62

10.3 Ziele und Massnahmen im Bereich Altersmedizin ---------- 62

11. Organisation und Koordination ----------63

Bibliographie-Verzeichnis ----------65

Anhang I:
Bevölkerungsstruktur der Thurgauer Gemeinden 2009,
sortiert nach dem Anteil der 65-Jährigen und Älteren ----------

Anhang II:
Stationäres Angebot ----------

Anhang III:
Überblick über Gruppen im Bereich „Aktive Seniorinnen und Senioren“ -
Seniorenverbände TG ----------

1. Auftrag und Vorgehen

Im Jahre 1999 wurde erstmals im Kanton Thurgau ein eigentliches Alterskonzept erarbeitet, das gegenüber der damaligen Heimplanung eine umfassendere Sichtweise auf den Themenbereich des Alterns im Kanton Thurgau und die erforderlichen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen einnahm.

Nach rund zehn Jahren ist nun das Alterskonzept 1999 selbst in die Jahre gekommen. Insbesondere die gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) erforderliche Planung als Grundlage für die Aufnahme von Alters- und Pflegeheimplätzen auf die Pflegeheimliste bedurfte einer Überprüfung und Anpassung der seit 1999 geltenden Richtwerte.

Im Laufe der Arbeiten zeigte sich rasch, dass eine nur punktuelle Anpassung einzelner Teile des Alterskonzeptes nicht zielführend sein konnte. Deshalb wurde eine umfassende Überarbeitung eingeleitet und dafür eine Projektgruppe bestimmt, welche sich wie folgt zusammensetzte:

Dr. Susanna Schuppisser Fessler, Chefin Gesundheitsamt Thurgau, Vorsitz
Dr. Guido Bartelt, bbp –Berater im Gesundheits- und Heimwesen, Projektleitung
Ursula Dünner, Geschäftsführerin Pro Senectute Thurgau
Roland Kuttruff, Gemeindeammann Tobel-Tägerschen, Präsident VTG
Christa Lanzicher, Geschäftsführerin Spitex Verband Thurgau
Dominique Nobel, Leiter Alters- und Pflegezentrum Amriswil, Präsident Curaviva TG
Lisbeth Soppelsa, Gesundheitsamt, Leiterin Ressort Aufsicht und Alter
Bruno Tobler, Ressort Pflege Ost, santésuisse

Als Grundlage für die Überprüfung des Alterskonzeptes wurden Erhebungen bei den Gemeinden durchgeführt, welche mit einer Ausnahme von allen Gemeinden beantwortet wurden. Zudem wurde auch bei den Alters- und Pflegeheimen eine Befragung zum aktuellen Angebot, zur Nachfrage- und Angebotssituation und auch zu Verbesserungsmöglichkeiten durchgeführt. Im Bereich der ambulanten Hilfen konnte auf Datenmaterial des Spitex Verbandes Thurgau zurückgegriffen werden.

Die Projektgruppe traf sich zu mehreren halbtägigen Sitzungen, an denen die Ergebnisse der Erhebungen sowie Ziele und Massnahmenvorschläge diskutiert wurden. Der im April 2011 fertig gestellte Bericht wurde den interessierten Kreisen zur Vernehmlassung zugestellt. Die Projektgruppe hat die zahlreich eingegangen Antworten an einer weiteren Sitzung im August 2011 behandelt und daraufhin den vorliegenden Schlussbericht erstellt.

Das Alterskonzept enthält Richtwerte für die stationäre Alterspflege als Basis für die kantonale Pflegeheimplanung, welche vom Kanton erstellt und vom Regierungsrat in Kraft gesetzt werden muss. Das Alterskonzept als Ganzes wird vom Regierungsrat zur Kenntnis genommen. Soweit Massnahmen seitens des Kantons vorgesehen sind, werden diese in separaten Anträgen weiterverfolgt.

2. Zweck des Alterskonzeptes

Das Alterskonzept soll Leitplanke und Anregung für die Gestaltung und Entwicklung des Altersbereichs im Kanton Thurgau sein. Es richtet sich damit

- an die Gemeinden[1], welche allein oder im Verbund mit Anderen de facto im Kanton Thurgau die Hauptverantwortung für die Sicherstellung der erforderlichen Angebote im Altersbereich tragen und mitfinanzieren;
- an den Kanton, welcher in verschiedenen, für das Alter relevanten, Versorgungsbereichen die Rahmenbedingungen festlegt bzw. die bundesrechtlichen Vorgaben konkretisiert und umsetzt und zur Finanzierung beiträgt;
- an die vielen in der Altersarbeit tätigen Verbände, Stiftungen, Vereine, Unternehmen und Privatpersonen, welche Angebote und Dienstleistungen für ältere Menschen bereitstellen bzw. organisieren und
- selbstverständlich auch an die älteren Menschen im Kanton Thurgau selbst, in dem es zum Nachdenken über das eigene Alter und zu selbstverantwortlichem Handeln anregt, aber auch in dem es aufzeigt, was bereits vorhanden ist, und in welchen Bereichen zur Verbesserung des Angebots Engagement in unterschiedlicher Form gefragt sein könnte.

Primäre Zielgruppe des Alterskonzepts sind die älteren Menschen im Kanton Thurgau, in Anwendung des kalendarischen Altersbegriffs und des Pensionierungsalters als Abgrenzungskriterium, etwa die 65-Jährigen und Älteren. Eine kalendarische Altersgrenze bleibt aber willkürlich, schliesslich führen andere Definitionen wie das biologische, funktionale, soziologische oder psychologische Alter, aber auch nicht zu griffigeren Abgrenzungen. Die Tatsache, dass das „gefühlte“ Alter im Durchschnitt etwa 12 Jahre tiefer liegt als das Effektive (Schafer & Shippee, 2010), zeigt zudem, dass ein erheblicher Teil der anvisierten Zielgruppe sich dieser (noch) nicht zugehörig fühlt. Das erschwert auch deren Bezeichnung. Die häufig verwendete Bezeichnung „Betagte“ oder gar „Hochbetagte“ ist bei den meisten negativ belegt und auch der Ausdruck „Seniorinnen und Senioren“ spricht nur einen Teil an. Im vorliegenden Alterskonzept wird deshalb der Ausdruck „ältere Menschen bzw. ältere Personen“ verwendet. Wenn spezifische Alterskategorien gemeint sind, wird auch von den 65-Jährigen und Älteren bzw. den 80-Jährigen und Älteren gesprochen.

Trotz dem Fokus auf die Zielgruppe der älteren Menschen, sind andere Bevölkerungsgruppen tangiert. Das Alterskonzept muss sich auch Gedanken über die Beziehungen zwischen den Generationen machen. Zudem sind jüngere Personen vielfältig in die Altersarbeit eingebunden, z. B. als freiwillige Helferinnen und Helfer oder als pflegende Angehörige.

Mit dem Alterskonzept will der Kanton dazu beitragen, dass die Lebensqualität der älteren Menschen erhalten und gefördert wird. Das Konzept soll Rahmenbedingungen für ein aktives und sinnerfülltes Altern, für ein gutes Zusammenleben der Generationen und für die Bereitstellung der notwendigen Hilfsangebote schaffen.

[1] Wo nicht anders erwähnt, sind mit Gemeinden die politischen Gemeinden gemeint.

3. Übergreifende Ziele

Die Alterspolitik muss die grossen Unterschiede in der Gruppe der älteren Bevölkerung anerkennen, zielgruppenorientiert erfolgen und in ihren Gestaltungsmassnahmen Spielräume zulassen.

Die Unterschiede zwischen älteren Personen in Bezug auf ihre Wünsche, Vorstellungen, Voraussetzungen und Ressourcen für das Leben im Alter sind beträchtlich und vieles deutet darauf hin, dass sie sich in Zukunft noch verstärken. Was Lebensqualität im Alter ausmacht, ist subjektiv, durch eine einzigartige Lebensgeschichte individuell geprägt und durch das soziale Umfeld wesentlich beeinflusst.

Dementsprechend könnten die „typischen" Gestaltungsmodelle des nachberuflichen Lebens kaum unterschiedlicher sein (Perrig Chiello & Höpflinger, 2009, S. 47f): Während die einen die bisherigen beruflichen und ausserberuflichen Aktivitäten auch im AHV-Alter mehr oder weniger unverändert weiterführen (Modell „Weitermachen"), geniessen andere die neue Lebensphase, um sich in aller Ruhe ihren Hobbys, Freunden und ihrer Familie zu widmen (Modell „Befreiung"). Andere sehen das Alter vor allem als Gelegenheit, Dinge nachzuholen, die sie während der Berufs- und Familienzeit nicht verwirklichen konnten (Modell „Nachholen") und wieder Andere nutzen die freie Zeit, um neue soziale Aufgaben und Engagements einzugehen („Modell nachberufliches Engagement"). Zudem unterscheiden sich die Bedürfnisse der aktiven Senioren und Seniorinnen fundamental von einer in der Regel hochaltrigen Minderheit von fragilen, hilfs- und pflegebedürftigen älteren Menschen.

Ältere Menschen sollen selbst bestimmen können, wie sie ihr Leben im Alter gestalten wollen.

Das setzt Wahlmöglichkeiten voraus. Insbesondere soll zwischen verschiedenen Wohnformen, bei Hilfsbedürftigkeit auch zwischen verschiedenen stationären sowie auch zwischen stationären und ambulanten Angeboten gewählt werden können. Das heisst, dass es so weit als möglich den älteren Menschen selbst überlassen werden soll, ob sie zu Hause durch die ambulanten Dienste betreut werden oder in ein Alters- und Pflegeheim eintreten wollen. Es ist auch anzustreben, dass zwischen verschiedenen Formen der Betreuung (z. B. Pflegewohnung, betreutes Wohnen, Alters- und Pflegeheim) und verschiedenen Anbietern (z. B. verschiedene Alters- und Pflegeheime in der Region) gewählt werden kann.

Wahlmöglichkeiten ausüben können, bedingt eine gute Information und, soweit notwendig, auch eine entsprechende Unterstützung in Form von Beratung über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen sowie über Rechte und Pflichten. Voraussetzungen sind auch ausreichende finanzielle Ressourcen bzw. Zugang zu finanzieller Unterstützung, wenn diese nicht genügen.

Die Möglichkeit zur selbstbestimmten Gestaltung des Lebens im Alter ist eng verbunden mit der Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Autonomie. Diese kann auf unterschiedlichen Ebenen positiv beeinflusst werden, z. B. durch präventive gesund-

heitsfördernde Massnahmen, aber auch durch hindernisfreie Umgebungsgestaltung, den Abbau von Barrieren im Mobilitätsbereich (Langsamverkehr, öffentlicher Verkehr), aber auch eine ausreichende Verfügbarkeit von Hilfsangeboten vor Ort.

Schliesslich ist der Wille der älteren Menschen, insbesondere auch in Bezug auf Entscheide über Pflege- und Behandlungsmassnahmen am Ende des Lebens, wenn sie nicht mehr selbst entscheiden können, zu achten (z. B. im Rahmen von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten).

Den älteren Menschen sollen im Kanton Thurgau für sie attraktive Betätigungsfelder offenstehen. Sie leisten damit auch einen gesellschaftlichen Beitrag zur Solidarität zwischen den Generationen und innerhalb der eigenen Generation.

Die in den letzten Jahrzehnten kontinuierliche Erhöhung der Lebenserwartung hat dazu geführt, dass eine 65-jährige Person noch gut 20 Jahre vor sich hat, einen grösseren Teil davon als behinderungsfreie Lebensjahre. Für diese Zeit gilt es einerseits sinnvolle Aufgaben und Handlungsperspektiven zu erschliessen und anderseits die vielfältigen Ressourcen der Älteren gesellschaftlich zu nutzen.

Der Übergang vom Berufsleben ins Pensionsalter sollte individuell und flexibel gestaltet und Erwerbsarbeit auch im Pensionsalter vermehrt ermöglicht werden. Zudem sollte Pensionierten ein möglichst breites Spektrum an Möglichkeiten zu gesellschaftlichem Engagement eröffnet bzw. erhalten bleiben.

Die Anliegen der älteren Menschen müssen fair gegen die Bedürfnisse und Anliegen anderer gesellschaftlicher Gruppen abgewogen werden.

Eine überwiegende Mehrheit kann heute den dritten Lebensabschnitt in ausreichendem Wohlstand und bei guter Gesundheit verbringen (vgl. zur wirtschaftlichen Situation der älteren Menschen auch Abschnitt 4.4, Seite 18).

Künftige Generationen werden noch verstärkt mit Zahlungen der beruflichen Vorsorge rechnen können. Gleichzeitig wird aber eine Verstärkung der sozialen Ungleichheiten erwartet. Auch unter den Jungen gibt es mehr und mehr Gruppen, die dringend auf die Solidarität der Gesellschaft angewiesen sind.

Solidarität wird deshalb künftig in verschiedenen Richtungen gefordert werden: Zwischen der älteren Bevölkerung selbst, in dem leistungsfähigere und gesunde sich für leistungsschwächere und kranke ältere Menschen einsetzen; zwischen leistungsfähigen Jungen, die sich für hilfsbedürftige ältere Menschen einsetzen; aber auch zwischen älteren Menschen, welche sich für hilfsbedürftige Junge einsetzen.

Ein differenzierteres Verständnis der Solidarität bedingt deshalb,

- dass Junge sich weiterhin für ihre älteren Mitmenschen einsetzen und Rahmenbedingungen aufrechterhalten bzw. schaffen, die ein erfülltes und würdiges Altern erlauben;
- dass ältere Menschen bereit sind, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an den Kosten der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit zu beteiligen;
- dass die Bedürfnisse des Umfeldes und vor allem diejenigen der pflegenden Angehörigen den Bedürfnissen der Hilfs- und Pflegebedürftigen gleichgestellt werden;
- dass Ältere auch gegenüber Jüngeren, welche in wirtschaftlichen oder sozialen Schwierigkeiten sind, solidarisch sind und sich ihren Möglichkeiten entsprechend für diese engagieren.

Ältere Menschen sind integriert, indem sie am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und über soziale Kontakte zu Angehörigen, Freunden, Bekannten, Gleichgesinnten und Nachbarn verfügen.

Aus verschiedenen Gründen ist die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte für die älteren Menschen häufig schwierig. Ein beträchtlicher Teil von ihnen lebt alleine. Mit zunehmendem Alter und verminderter Mobilität nimmt die Zahl der Kontakte ab; es besteht die Gefahr der Vereinsamung. Etwa die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren lebt allein und rund ein Drittel davon fühlt sich einsam. Die Aufrechterhaltung der Integration der älteren Menschen bedarf aktiver Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen.

Vor allem ist wichtig, dass ältere Menschen selbst auch Verantwortung für ihre Integration übernehmen, sich frühzeitig mit der optimalen Gestaltung ihres Umfeldes für das Alter auseinandersetzen und soziale Kontakte pflegen, die auch im Alter tragen.

Integriert sein meint aber auch Kontinuität, auf Gewohntes und Liebgewordenes nicht verzichten zu müssen. Die Verwurzelung vieler älterer Menschen bezieht sich auf ihre Umgebung, in der sie oftmals seit Jahrzehnten wohnen und die im Laufe des Alterungsprozesses und mit zunehmender Hilfsbedürftigkeit zwar kleiner geworden ist, zu der aber umso intensivere Bindungen bestehen.

Die Zielsetzung der Integration bedeutet demnach, dass ein effektives ambulantes Angebot vorhanden ist und das stationäre Angebot so wohnortnah wie wirtschaftlich vertretbar bereitgestellt werden soll. Ältere Menschen sollen die Gemeinde in der Regel nicht wegen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter verlassen müssen.

Besondere Aufmerksamkeit ist auch der wachsenden Gruppe von älteren Migrantinnen und Migranten zu schenken, deren Integration spezifische Probleme stellt und nur mit einer hohen kulturellen Sensibilität der in der Altersarbeit Tätigen gegenüber diesen Bevölkerungsgruppen gelingen kann.

Der Stellenwert von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen für ein Alter in guter körperlicher und seelischer Gesundheit soll vermehrt erkannt und entsprechende Verhaltensweisen umgesetzt werden.

Es besteht weitgehend Konsens, dass das Potential für Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (auch) bei älteren Menschen bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist (Blozik et al., 2007). Bereits vor der Pensionierung bestehende lebensstilbezogene Verhaltensmuster (wie Bewegungsverhalten, Rauchen, Ess- und Trinkgewohnheiten, Vorsorgeverhalten etc.) beeinflussen die physische und psychische Gesundheit sowie das Entstehen von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter massgeblich und erweisen sich als relativ zeitstabil (Perrig Chiello & Höpflinger, 2009, S. 95). Für gesundheitsfördernde Veränderungen ist es aber nie zu spät. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass auch späte Verhaltensanpassungen noch zu erstaunlichen Ergebnissen führen (Berk et al., 2006; Campbell & Campbell, 2006).

Obwohl Interventionen auf verschiedenen Ebenen möglich und nötig sind, muss bei deren Umsetzung die Eigenverantwortung des älteren Menschen ins Zentrum gestellt werden.

Von einer Verstärkung der präventiven Anstrengungen wird auch ein positiver Effekt auf die Entwicklung der Gesundheitskosten erwartet.

Älteren Menschen steht ein auf ihre Bedürfnisse ausgerichtetes, qualitativ gutes, bezahlbares und koordiniertes Angebot an medizinischen, pflegerischen Leistungen und Alltagshilfen zur Verfügung.

Gerade für ältere Menschen ist eine gute Koordination der verschiedenen Angebote, z. B. an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, von grosser Bedeutung. In besonderen Situationen ist auch ein Case-Management erforderlich, welches hilfs- und pflegebedürftige Personen bei der Inanspruchnahme von Leistungen in einem teilweise stark segmentierten Angebotsmarkt unterstützt.

Von einer optimierten Koordination der verschiedenen Angebote im Sinne einer integrierten Versorgung, welche Übergänge und Schnittstellen zwischen Akut- und Langzeitversorgung, zwischen stationären und ambulanten Angeboten und generell zwischen den zahlreichen in die Pflege und Behandlung involvierten Akteure steuert, profitieren alle Bevölkerungskreise, die älteren Menschen aber verstärkt.

Hausärzte können gerade in diesem Bereich eine wichtige Rolle wahrnehmen. Die dezentrale Verfügbarkeit einer qualitativ hochstehenden Hausarztmedizin, welche bei Bedarf auch in Form von Hausbesuchen erbracht wird, ist für ältere Menschen von grosser Bedeutung. Die Schwierigkeiten in der personellen Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an Hausärzten sind deshalb aus dem Blickwinkel der Alterspolitik äusserst ernst zu nehmen und zügig geeignete Massnahmen einzuleiten.

Notwendig ist, dass die verschiedenen Angebote für die älteren Menschen bezahlbar bleiben. Wichtiges Ziel ist deshalb, dass niemand im Alter aus finanziellen Gründen von benötigten Hilfen ausgeschlossen wird.

Entstehende Kosten sollen mit den eigenen Mitteln, den AHV-Renten, den Beiträgen der Versicherer, den Beiträgen der öffentlichen Hand, den Ergänzungsleistungen und der Hilflosenentschädigung finanziert werden können. Sozialhilfeabhängigkeit als Folge von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sollte vermieden werden können.

Produkte und Dienstleistungen der Grundversorgung sollen für ältere Menschen zugänglich und erreichbar sein.

In Bezug auf den Langsamverkehr, den öffentlichen Verkehr, die Verfügbarkeit von Arztpraxen, Einkaufsmöglichkeiten und Post-/Finanz-Dienstleistungen unterscheiden sich die Bedürfnisse älterer Menschen von denjenigen junger Familien mit Kleinkindern oder Behinderten wenig. Als Grundlage für den Erhalt der Selbständigkeit setzen sich Gemeinden und Kanton in ihren Aufgabenbereichen für eine qualitativ gute Grundversorgungsinfrastruktur in allen Lebensbereichen ein.

Angebote der Gemeinden und des Kantons im Bereich der Altershilfe werden grundsätzlich als subsidiär betrachtet.

Gemeinden und Kanton sollen erst dann tätig werden, wenn die Selbst-, Familien- und Nachbarschaftshilfe nicht mehr genügt oder entlastet werden muss und keine anderen Trägerschaften eine qualitativ ausreichende, allen zugängliche Versorgung garantieren können.

Vom einzelnen älteren Menschen wird erwartet, dass er seine eigenen Möglichkeiten und Ressourcen ausschöpft. Von den Älteren als Gruppe wird erwartet, dass sie sich gegenseitig Hilfe zukommen lassen, und von den Angehörigen, Nachbarn und Bekannten wird erwartet, dass sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für hilfsbedürftige Personen einsetzen und aktive Anstrengungen für ihre Integration unternehmen.

Das Prinzip der Subsidiarität bedeutet auch, dass das Engagement von privaten Organisationen willkommen ist und die öffentliche Hand und die Sozialversicherungen nur dort tätig werden, wo die anstehenden Aufgaben die Möglichkeiten von privaten Organisationen übersteigen. Dabei bleibt die Gesamtverantwortung für ein funktionierendes, qualitativ gutes und den Bedürfnissen entsprechendes Angebot für die älteren Menschen bei der öffentlichen Hand.

4. Bevölkerungsentwicklung und finanzielle Situation

4.1 Entwicklung und Struktur der Thurgauer Bevölkerung

In den letzten zwölf Jahren (1998 bis 2010) hat sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren im Kanton Thurgau sowohl absolut als auch anteilmässig erhöht. Lebten im Jahre 1998 noch rund 31‘600 65-Jährige und Ältere im Kanton Thurgau, waren es Ende 2010 bereits 38'209, 20.9 % mehr. Noch stärker war das Wachstum bei den 80-Jährigen und Älteren (27.0 %).

Dem allgemeinen Trend folgend, sind auch die Anteile der oberen Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung gestiegen, liegen aber mit 15.5 % bei den 65-Jährigen und Älteren und mit 4.3 % bei den 80-Jährigen und Älteren noch deutlich unter den gesamtschweizerischen Werten (16.6 % bzw. 4.7 %, 2008). Im schweizerischen Quervergleich hat der Kanton Thurgau eine noch relativ „junge“ Bevölkerung. Dazu trägt vor allem auch der positive Wanderungssaldo bei.

Tabelle 1: Struktur und Entwicklung der Thurgauer Bevölkerung 1998-2009

	TG-1998	TG-2010	Wachstum TG 98-10	Männlich	Weiblich
Total	226'864	247'073	9 %	123'468	123'605
0-19		54'731		28'145	26'586
20-39		62'607		31'891	30'716
40-64		91'526		46'594	44'932
65-79		27'643		13'015	14'628
80+		10'566		3'823	6'743
65+	31'597	38'209	20.9 %	16'838	21'371
80+	8'321	10'566	27.0 %	3'823	6'743
65+ in %	13.9 %	15.5 %		13.6 %	17.3 %
80+ in %	3.7 %	4.3 %		3.1 %	5.5 %

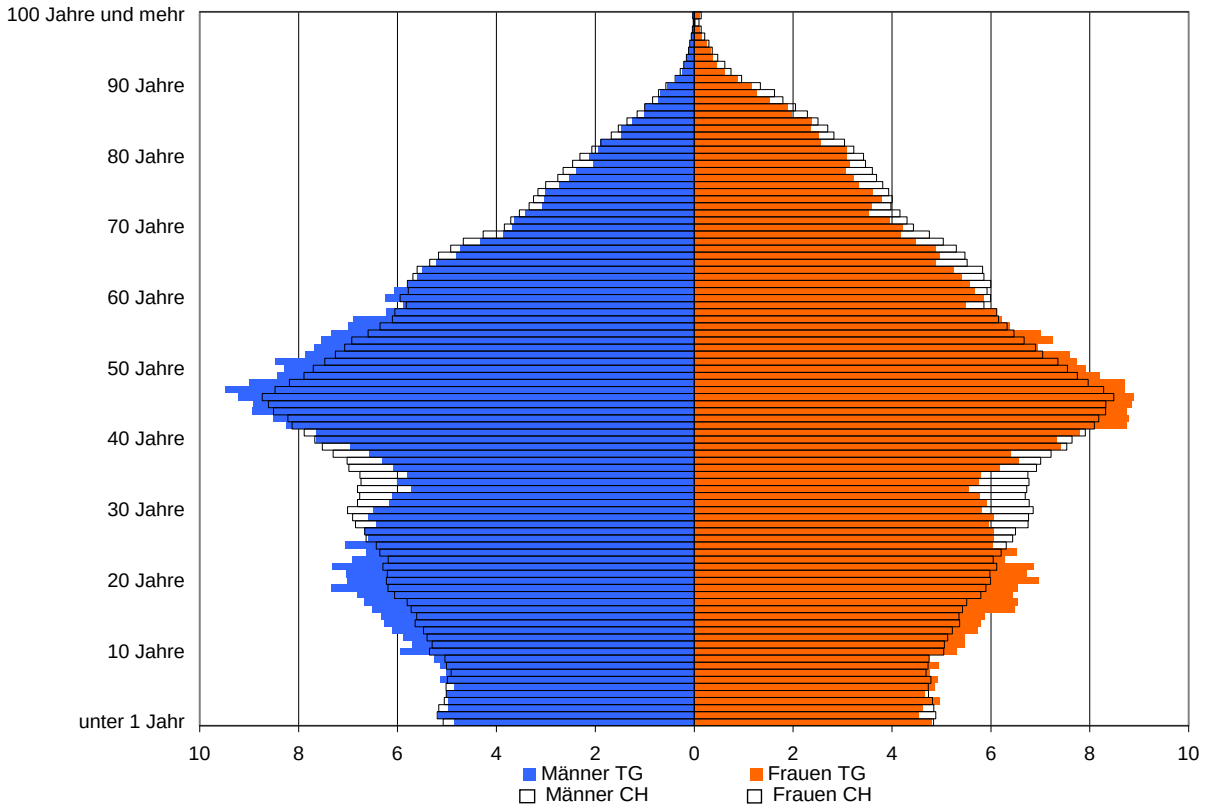
Quelle: Alterskonzept 2000; Kantonale Bevölkerungserhebung 2009

Deutlich sichtbar wird auch im Kanton Thurgau die „Feminisierung des Alters“ (Perrig Chiello & Höpflinger, 2009, S.14). Bereits bei den 65 - 79-jährigen Thurgauerinnen und Thurgauer sind die Frauen deutlich in der Mehrheit. Ihr Anteil steigt aufgrund der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern auf rund 64 % bei den 80-Jährigen und Älteren an. Und bei den 90-Jährigen sind fast drei von vier Personen Frauen.

Abbildung 1, Seite 9 zeigt die Struktur der Thurgauer Bevölkerung im Detail. Gut sichtbar ist dabei auch die starke Besetzung der Jahrgänge 45 bis 54, welche Perrig-Chiello und Höpflinger (2009, S.21ff) der Generation der Babyboomer zuordnet und von der

wesentliche Veränderungen der Einstellungen zum Alter und der Art und Weise der Gestaltung dieses Lebensabschnitts erwartet werden[2].

Abbildung 1: Bevölkerung Kanton TG nach Altersklassen 2010



Grafik: Dienststelle für Statistik Kanton Thurgau
Quelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Die ***altersspezifischen Bevölkerungsstrukturen der Gemeinden*** (vgl. für eine Gesamtübersicht Anhang I) weisen grössere Unterschiede auf. Beträgt der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in der Gemeinde mit dem höchsten Anteil über 20 % (Berlingen), liegt dieser bei der Gemeinde mit dem niedrigsten Anteil bei etwa der Hälfte (Hauptwil-Gottshaus, 10.5 %). Auffallend ist, dass in der Tendenz in den städtischen Gemeinden der Anteil der 65-Jährigen und Älteren überdurchschnittlich hoch ist. Dies ist zumindest teilweise auch auf Wanderungen von Aussengemeinden in städtische Zentren zurückzuführen.

Die Unterschiede in der altersspezifischen Bevölkerungsstruktur der Gemeinden sind relevant, weil sich damit unterschiedliche Anforderungen an die lokale Alterspolitik ergeben und auch die noch zu erwartenden Wachstumsraten der 65-jährigen und älteren Bevölkerung sehr unterschiedlich ausfallen können.

[2] „Die Babyboom-Generation – in ihrer Jugend Trägerin einer Jugendrevolution – entwickelt sich im Alter zur Botschafterin einer stillen Revolution des «dritten Lebensalters».“ (S. 23).

4.2 Künftige Entwicklung der älteren Bevölkerung

Für die Beurteilung der künftigen Entwicklung der älteren Bevölkerung im Kanton Thurgau ist von einer weiteren ***Erhöhung der Lebenserwartung*** auszugehen. Die folgende Tabelle zeigt die für die Schweiz erwarteten Werte: Ausgegangen wird von einer konstant starken Erhöhung der Lebenserwartung, wobei sich die bestehende Differenz zwischen Frauen und Männern tendenziell verkleinert.

	1)	2)	2)	2)	3)
	1958-1963	1981	2000	2008	2050
Männer					
- bei Geburt	68.7	72.4	76.9	79.7	85
- mit 65 Jahren		14.3	17	18.7	22.5
- mit 80 Jahren	4.1	6.2	7.4	8.3	
Frauen					
- bei Geburt	74.1	79.2	82.6	84.4	89.5
- mit 65 Jahren		18.2	20.7	22.0	25.5
- mit 80 Jahren	6.1	7.6	9.1	10.0	

Tabelle 2 Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz

Quellen: 1) Höpflinger (2009, S. 13); 2) Bundesamt für Statistik, Lebenserwartung nach Alter 1981 - 2008; 3) Kohli (2006, S. 20), Szenario A_00_2005

Im Jahre 2008 hatte ein 65-jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von fast zwei Jahrzehnten, eine gleichaltrige Frau eine solche von 22 Jahren. Das Bundesamt für Statistik hat verschiedene Szenarien für die Entwicklung der Lebenserwartung formuliert.

Die Hypothese „Mittlere Lebenserwartung bei Geburt“ geht von einer relativ wirksamen Prävention von Unfällen, Suizid und degenerativen Erkrankungen aus und nimmt an, dass neue Epidemien und Krankheiten nicht auftreten bzw. bewältigt werden können und der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht beschränkt wird. Zudem wird davon ausgegangen, dass „regelmässige medizinische Fortschritte, vor allem bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs, … einen weiteren Anstieg der Lebenserwartung, zunächst entsprechend den aktuellen Trends und später mit regelmässig abflachender Tendenz [erwarten lassen]“ (Kohli et al., 2006, S.20).

Wie Tabelle 2 zeigt, führt die Hypothese „Mittlere Lebenserwartung“ bis ins Jahr 2050 zu einem Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt bei den Männern auf 85 und bei den Frauen auf 89.5 Jahre. Für beide Geschlechter beträgt dannzumal die mittlere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren mehr als 22 Jahre, bei den Frauen gar ein Viertel-Jahrhundert.

Seit einigen Jahren berechnet das Bundesamt für Statistik auch ***kantonale Szenarien***, die auf den aktuellen Szenarien für die gesamte Schweiz basieren. Es handelt sich dabei um eine Regionalisierung der nationalen Szenarien. Es macht deshalb Sinn, diese Szenarien auch für die Perspektive der Bevölkerung des Kantons Thurgau zu verwen-

den. Eine nähere Prüfung der Szenarios AR-00-2005 und AR-00-2010 Thurgau zeigte aber vor allem in den oberen Altersgruppen bereits auf kurze Frist erhebliche Abweichungen von der effektiven Entwicklung: Für das Jahr 2008 wird für die 80-Jährigen und Älteren beim Szenario AR-00-2005 ein Wert von 11‘165 Personen prognostiziert. Gemäss der jährlichen kantonalen Erhebung lag dieser mit 10‘054 effektiv mehr als 10 % tiefer, was für einen nur vierjährigen Prognosezeitraum (2004 bis 2008) nicht akzeptabel ist. Auch der, gemäss dem Szenario AR-00-2010 für die 80-Jährigen und Älteren, angegebene Wert liegt 2010 mit 11'583 um über 1000 Personen über dem effektiven Wert der kantonalen Statistik (10'566).

Für eine Perspektive der Entwicklung der älteren Bevölkerung des Kantons Thurgau wird auf die Daten der ***kantonalen Erhebung*** und die Übergangswahrscheinlichkeiten des aktuellen gesamtschweizerischen Szenarios A-00-2010 abgestellt.

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Perspektive für den Kanton Thurgau:

- Es wird erwartet, dass die 65-jährige und ältere Bevölkerung in den nächsten 20 Jahren nochmals stark ansteigen wird und im Jahr 2030 rund 30‘000 (78 %) mehr 65-Jährige und Ältere im Kanton Thurgau leben werden als heute.
- Noch stärker ist das erwartete Wachstum bei den 80-Jährigen und Älteren. Gemäss der kantonalen Erhebung lebten im Jahre 2010 10‘566 80-Jährige und Ältere im Kanton, in rund 20 Jahren werden es fast 10‘000 mehr sein, was einer Erhöhung von 91.7 % entspricht.

Tabelle 3: Bevölkerungsentwicklung und -perspektive Kanton TG (Basis CH-Szenario A_00_2010)

	1990	2000	2005	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
65+	28'567	31'846	33'775	36'114	37'164	38'209	44'382	50'991	59'120	68'163
2010= 100	74.8	83.3	88.4	94.5	97.3	100.0	116.2	133.5	154.7	178.4
80+	6'983	8'545	9'496	10'054	10'339	10'566	12'175	13'975	16'764	20'250
2010=100	66.1	80.9	89.9	95.2	97.9	100.0	115.2	132.3	158.7	191.7

Quellen: Volkszählung 1990, 2000; Kantonale Erhebung 2005, Kantonale Erhebung 2008/2009/2010, Übergangswahrscheinlichkeiten BFS Szenario A_00_2010.

Die Entwicklung der älteren Bevölkerung, insbesondere der 80-Jährigen und Älteren, ist eine wichtige Grösse für die Planung und Steuerung im Zusammenhang mit der kantonalen Pflegeheimliste, aber auch für die Klärung der Bedarfsentwicklung von stationären und ambulanten Anbietern. Es ist deshalb anzustreben, dass regelmässig eine auch für die oberen Alterskategorien verlässliche und mit den Daten der kantonalen Erhebungen abgestimmte kantonale Perspektive erstellt wird.

4.3 Alter und Migration

Nach und nach erreichen die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen in der damaligen Hochkonjunktur eingewanderten ausländischen Bevölkerungsgruppen das Pensionsalter. Es ist eine ältere Migrationsbevölkerung entstanden, welche in Zukunft weiter ansteigen wird (Wanner et al., 2005).

Die folgenden Tabellen zeigen deren Ausmass für den Kanton TG. Von den 65-jährigen und älteren Thurgauerinnen und Thurgauer sind über 3800 - rund 10 % - Ausländerinnen und Ausländer und weitere rund 13 % sind Schweizerinnen und Schweizer, welche im Ausland geboren wurden, sodass sich eine beachtliche ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund von rund 23 % ergibt.

Tabelle 4: Ständige Wohnbevölkerung TG nach Alter und Staatszugehörigkeit 2010

Alter	Schweizer in der Schweiz geboren	im Ausland geboren	Ausländer in der Schweiz geboren	im Ausland geboren	Total	Anteil Ausländer	Anteil Ausländer und im Ausland geborene Schweizer
0-19	42360	1122	8438	3082	55002	21 %	23 %
20-64	105457	11605	4619	33543	155224	25 %	32 %
65-79	20444	3863	56	3292	27655	12 %	26 %
65+	29371	4996	86	3765	38218	10 %	23 %
80+	8927	1133	30	473	10563	5 %	15 %
Total	177188	17723	13143	40390	248444	22 %	29 %

Quelle: BFS, Eigene Darstellung, Online Datenrecherche, Stat-Tab 01.3 Migration und Integration

Tabelle 5: Ständige Wohnbevölkerung TG nach Alter und Nationalität 2010

Nationalität	Total	0-19	20-64	65-79	80+	Anteil an 65+ Bevölkerung (insgesamt 38'218)
Schweiz	194911	43482	117062	24307	10060	89.92 %
Italien	8284	1408	5503	1200	173	3.59 %
Deutschland	16768	2675	12727	1167	199	3.57 %
Österreich	1565	167	1052	302	44	0.91 %
Türkei	2886	799	1951	118	18	0.36 %
Serbien	3387	1044	2252	88	3	0.24 %
Spanien	1029	166	784	69	10	0.21 %
Mazedonien	6286	2045	4176	64	1	0.17 %
Niederlande	405	76	270	51	8	0.15 %
Kosovo	1424	556	816	51	1	0.14 %
Bosnien und Herzegowina	1099	266	787	43	3	0.12 %
Übrige Staaten	10400	2318	7844	195	43	0.62 %
Total	248444	55002	155224	27655	10563	100.00 %

Quelle: BFS, Eigene Darstellung, Online Datenrecherche, Stat-Tab 01.3 Migration und Integration

Die bereits bei den 65-Jährigen und Älteren generell grossen individuellen Unterschiede sind innerhalb der älteren Migrationsbevölkerung noch akzentuierter (Nationalität, Migrationsgrund, kulturelle und religiöse Unterschiede, Integrationsgrad, Sprache etc.). In Beachtung dieser individuellen Unterschiede können einige allgemeine Aussagen gemacht werden: Ältere Migrantinnen und Migranten gehören eher unteren Gesellschafts-

schichten an und weisen ein deutlich höheres Armutsrisiko aus. Sie beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als gleichaltrige Schweizerinnen und Schweizer. Sie sind - solange solche vorhanden sind - stärker in familiäre Netze eingebunden (Wanner et al., 2005; Brühlmann, 2011).

Obwohl in den letzten Jahren das Bewusstsein für das Vorhandensein von spezifischen Problemlagen der älteren Migrantinnen und Migranten gestiegen ist[3], bestehen nach wie vor Barrieren beim Zugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Altersangeboten. Die Herausforderung besteht in einer weiteren Erhöhung der Sensibilität und der transkulturellen Kompetenz der im Altersbereich tätigen Institutionen, insbesondere auch durch entsprechende Information und den Einbezug von Schlüsselpersonen bei der Gestaltung von niederschwelligen Angeboten.

4.4 Finanzielle Situation der älteren Menschen

Gesamtschweizerisch ist das Armutsrisiko bei den Älteren gering und im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen nicht überdurchschnittlich: Je nach Definition sind 3.6 - 9.6 % der Altersrentnerinnen und -rentnern arm, während die entsprechenden Werte bei der Gesamtbevölkerung bei 5.6 - 9.6 % liegen (Höpflinger,1997, S.6). Das relativ geringe Armutsrisiko bei den älteren Menschen ergibt sich allerdings nur, weil mit dem System der Ergänzungsleistungen eine bedarfsgerechte Existenzsicherung besteht.

Eine neuere Untersuchung aufgrund von umfassenden Auswertungen der Steuerregisterdaten und der AHV-Daten in fünf Kantonen (Wanner & Gabadinho, 2008, S. 12) zeigt, dass 15.4 % der Rentnerinnen und Rentner nur über „geringe finanzielle Mittel“ verfügen (definiert als 60 % des Median-Äquivalenzeinkommens[4], inkl. 5 % der liquiden Vermögensmittel). Interessant ist, dass dieser Wert nur leicht unter demjenigen der Erwerbstätigen liegt (15.5 %). Nach Altersgruppen betrachtet, zeigt sich ein U-förmiger Verlauf des Armutsrisikos mit einem Anfangswert um die 20 % bei den 25 - 39-Jährigen und einem Minimum in der Altersgruppe der 55 - 59-Jährigen mit rund 10 %. Anschliessend steigt das Armutsrisiko wieder an und beträgt für die Altersgruppe ab 80 Jahren um die 17 %. Alleinstehende Frauen haben mit 21.6 % (Erwerbstätige) und 19.0 % (im Ruhestand) ein deutlich höheres Armutsrisiko. Auf der anderen Seite verfügen über 17.7 % der Steuerpflichtigen im Ruhestand über ein Äquivalenzeinkommen von mehr als 180 % des Medianwertes (für eine Alleinstehende Person mehr als Fr. 91‘800.--).

Das Bundesamt für Sozialversicherung zieht aus dieser Studie die Erkenntnis, dass „das Bild der Rentnerinnen und Rentner, die als Einkommensquelle einzig AHV und Ergänzungsleistungen zur Verfügung haben, nicht mehr zeitgemäss“ sei, dass es insbesondere der Gruppe der 55 - 75-Jährigen im Vergleich zum Rest der Bevölkerung gut gehe und nur wenige Rentnerinnen und Rentner von Armut betroffen seien (Wanner & Gabadinho, 2008, Vorwort Y. Rossier).

---

[3] Inzwischen gibt es z. B. ein Nationales Forum Alter und Migration (siehe www.alter-migration.ch)

[4] Das Äquivalenzeinkommen berücksichtigt die Anzahl Personen im Haushalt, indem das Gesamteinkommen durch einen entsprechenden Faktor geteilt wird (z. B. 1.0 für die erste Person, 0.5 für jede weitere. Das Median Äquivalenzeinkommen betrug in der Stichprobe Fr. 51‘000.--. Als finanziell schwach wurden deshalb Personen bzw. Familien mit einem Äquivalenzeinkommen unter Fr. 30‘600.--, wobei auch 5 % der liquiden Mittel und Vermögensanlagen eingerechnet wurden (vgl. (Wanner & Gabadinho, 2008, S. 9f).

Etwas weniger optimistisch sieht dies eine von Pro Senectute Schweiz in Auftrag gegebene Studie (Pilgram & Seifert, 2009): Rund ein Drittel der Pensionierten verfügt noch immer ausschliesslich über Einkünfte aus der AHV und die Quote der Ergänzungsleistungsbezüger im AHV-Alter liegt seit Jahren bei 12 %. Zudem wird auf spezielle Konstellationen aufmerksam gemacht, in denen Rentnerinnen und Rentner trotz bestehenden staatlichen Stützungssystemen in Notlagen geraten können. Aber auch die Autoren dieser Studie gehen davon aus, dass „der grösste Teil der Rentnerinnen und Rentner in der Schweiz heute dank sozialpolitischen Errungenschaften hohe materielle Sicherheit geniesst“ (Pilgram & Seifert, 2009, S. 6).

Gemäss kantonaler Steuerstatistik erzielten die 46 - 55-jährigen Steuerpflichtigen im Kanton Thurgau mit knapp Fr. 58'000.-- die höchsten Einkommen. Die Rentnerinnen und Rentner kamen im Mittel auf ein steuerbares Einkommen von Fr. 38'000.--. Der Vermögensanteil der 65-Jährigen und Älteren am Gesamtvermögen lag im Kanton TG 2006 fast bei 47 %, deutlich über dem bevölkerungsmässigen Anteil der Altersgruppe. Im Jahr 2006 verfügten die 65-jährigen und älteren Steuerpflichtigen über steuerbare Vermögen von durchschnittlich Fr. 487'000.--. Jede vierte steuerpflichtige Rentnerin bzw. jeder vierte steuerpflichtige Rentner besitzt steuerbare Vermögenswerte von mehr als einer halben Million Franken.

Obwohl diese kantonalen Daten nicht mit gleicher Differenzierung Aussagen über die finanzielle Situation der Rentnerinnen und Rentner im Kanton Thurgau zulassen, gibt es keine Hinweise, dass die Situation wesentlich von der Gesamtschweizerischen abweicht.

Insgesamt ergibt sich die Schlussfolgerung, dass ein grosser Teil der Rentnerinnen und Rentner in ausreichenden bis guten finanziellen Verhältnissen lebt. Auf der anderen Seite besteht aber eine erhebliche Minderheit in der Grössenordnung von über 15 %, welche über knappe bis sehr knappe finanzielle Ressourcen verfügen. Für diese ist es künftig entscheidend, dass die AHV-Renten der laufenden Preisentwicklung angepasst werden und die Ergänzungsleistungen vermehrt ungedeckte Kosten auffangen. Zudem gibt es immer wieder ältere Menschen in Notlagen, welche durch die bestehenden Sozialversicherungssysteme nicht oder ungenügend abgedeckt sind.

5. Aktivierung, Beratung, Begleitung und soziokulturelle Angebote

5.1 Ist-Situation

Die bei den Gemeinden durchgeführte Erhebung zeigt, dass im Bereich der Aktivierung, der Beratung und der soziokulturellen Angebote ein gut ausgebautes, traditionelles Angebot vorhanden ist.

Tabelle 6 : Angebote im Bereich Aktivierung, Prävention und Beratung

Welche Angebote gibt es in Ihrer Gemeinde?		ja	nein	Gesamt
Geburtstagsbesuche - Besuche an (runden) Geburtstagen zu Hause	Anzahl	76	2	78
	in %	97.4 %	2.6 %	100.0 %
Besuchsdienste - regelmässige Besuche von weniger mobilen älteren Personen durch Freiwillige:	Anzahl	52	20	72
	in %	72.2 %	27.8 %	100.0 %
Altersnachmittage - periodische gesellschaftliche Veranstaltung für ältere Menschen:	Anzahl	73	5	78
	in %	93.6 %	6.4%	100.0 %
Altersausflüge, organisierte gemeinsame Ausflüge	Anzahl	70	7	77
	in %	90.9 %	9.1 %	100.0 %
Seniorengruppe - Feste Gruppe von Seniorinnen und Senioren, welche sich regelmässig trifft, Aktivitäten und evtl. gegenseitige Hilfen organisiert	Anzahl	49	27	76
	in %	64.5%	35.5 %	100.0 %
Alterssport - spezifische Angebote für ältere Personen vor Ort, z. B. Altersturnen	Anzahl	71	8	79
	in %	89.9 %	10.1 %	100.0 %
Spezifische Information über Angebote vor Ort im Bereich Alter	Anzahl	53	22	75
	in %	70.7 %	29.3 %	100.0 %
Beratung in Altersfragen, insbesondere auch in der Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungen	Anzahl	66	11	77
	in %	85.7%	14.3 %	100.0 %

Quelle: Erhebung Überprüfung Alterskonzept Gemeinden 2009

Dieses genügt aus der Sicht der antwortenden Gemeinden weitgehend den Anforderungen der älteren Menschen. Mängel zeigen sich in folgenden Bereichen (Anteil der antwortenden Gemeinden, welche das entsprechende Angebot als nur beschränkt oder gar nicht genügend beurteilen in Klammern):

- Spezifische Information über Angebote vor Ort (39.3 %);
- Besuchsdienste – regelmässige Besuche von weniger mobilen älteren Menschen durch Freiwillige (36.8 %);
- Beratung in Altersfragen – insbesondere auch in der Inanspruchnahme von finanziellen Unterstützungen (31.3 %);
- Seniorengruppen – aktive Senioren (29.1 %).

Aktive Seniorinnen und Senioren: Im Alterskonzept 1999 wurde die Entwicklung von Gruppen „Aktive Seniorinnen und Senioren“ im Sinne der Seniorenselbsthilfe als Zielsetzung postuliert (S.11 f.). Anhang III gibt einen Überblick über den aktuellen Stand im Kanton Thurgau: Von den 10 aufgeführten Gruppen sind 8 lokal tätig. Schwerpunkte sind bei den Meisten die Organisation und Durchführung von gemeinsamen Aktivitäten

bzw. die Pflege der Geselligkeit. Obwohl es damit verschiedene gute Beispiele von aktiven Seniorengruppen gibt, ist eine breite Entwicklung ausgeblieben.

Die **Kirchgemeinden** engagieren sich neben ihrem Kerngebiet der Seelsorge in beachtlichem Ausmass in der Betreuung von älteren Menschen und bieten je nach Gemeinde Besuchsdienste, Altersnachmittage, Mittagstische, Ausflüge und spezielle Gottesdienste an (vgl. zur kirchlichen Altersarbeit z.B.Interkantonale Arbeitsgruppe "Runder Tisch Alter", 2011)

Pro Senectute Thurgau: Die Fach- und Dienstleistungsorganisation im Dienste der älteren Menschen ist mit Beratungsstellen in Amriswil, Arbon, Diessenhofen, Frauenfeld, Kreuzlingen, Romanshorn, Sirnach und Weinfelden in den Regionen des Kantons gut vertreten. Das Angebot umfasst:

- **Soziales**
  - Beratung: Unentgeltlich für Seniorinnen und Senioren und deren Bezugspersonen zu Themen wie Wohnen, Finanzen, Gesundheit, Recht und Altersfragen.
  - Gemeinwesenarbeit: Einsitz in Kommissionen und Projektgruppen, fachliche Unterstützung von Gruppen und Institutionen, Soziale Netzwerkarbeit, Referate, Beratung und Unterstützung von Seniorengruppen zur Selbstorganisation und Hilfe bei der Bearbeitung öffentlicher Anliegen.
  - Arbeit mit Gruppen: Gesprächsgruppen, Erzählcafé, Singgruppen.
- **Alltagshilfen**
  - Hilfen im und ums Haus: Aufräumen, Putzen, Waschen, Garten- und kleine Handwerkerarbeiten, Botengänge, Einkaufsbegleitung, Fahrdienste.
  - Besuchs- und Integrationsdienste: Treffen, Gespräche, gemeinsame Aktivitäten, Spaziergänge.
  - Administrative Hilfen: Steuererklärungs- und Treuhanddienste.
- **Bildung**
  - Umfassendes Kursangebot in den Bereichen Computer, Multimedia, Sprachen, Lebensgestaltung, Bewegung, Gesundheit, Pensionierungsvorbereitung.
  - Veranstaltungen mit folgenden Inhalten: Kultur, Kunst, Politik, Gesellschaft (Club).
- **Freiwilligenarbeit**
  - Insbesondere durch mehr als 100 Ortsvertretungen, welche Seniorentreffen, Besuchsdienste, Mittagstische, Geburtstagsbesuche, Gesangsgruppen und die Herbstsammlung organisieren.
  - Senioren im Klassenzimmer (Bereich Bildung).
- **Sport**
  - Vielseitiges Angebot, flächendeckend im Kanton Thurgau.
  - Fortlaufende Angebote in den Sportarten Aqua-Fitness, Fit/Gym-Turnen, Nordic Walking, Tanz.

- Regelmässiges Tourenangebot in den Sportarten Velo fahren und Wandern.
- Kurse in verschiedenen Sportarten wie Sturzprophylaxe, Tennis etc.
- Anlässe, vor allem in der Sportart Tanzen.

Das Angebot wird aktuell von rund 22 Festangestellten (mit einem Pensum von 13 Vollzeitstellen) und über 400 Teilzeitmitarbeiterinnen und -mitarbeitern sowie freiwillig Tätigen bereitgestellt.

Die Finanzierung erfolgt zu rund 39 % aus Dienstleistungs- und Warenerträgen, zu 47 % aus Beiträgen der öffentlichen Hand und zu 14 % aus Spenden/Legaten und Fundraising. Zwischen dem Departement für Finanzen und Soziales und Pro Senectute besteht eine Leistungsvereinbarung, welche das Leistungsangebot regelt. Der Kanton unterstützt Pro Senectute mit einem jährlichen Sockelbeitrag sowie einem pro Kopf-Beitrag von Fr. 1.60 pro Einwohnerin und Einwohner ab 60 Jahren.

Freiwilligenzentrum Thurgau: Das Freiwilligenzentrum Thurgau ist als Verein organisiert und betreibt eine Fachstelle für Freiwilligenarbeit im Kanton Thurgau. Aufgaben sind im Wesentlichen:

- Information von Personen, welche Freiwilligenarbeit leisten oder leisten möchten über Einsatzmöglichkeiten, Einsatzbedingungen und über die Standards der Freiwilligenarbeit.
- Beratung von Organisationen, Behörden und Freiwilligen.
- Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen für Menschen, die sich freiwillig engagieren.
- Vermittlung von Stellen und Personen (im Freiwilligenbereich).
- Förderung und Unterstützung des Schweizerischen Sozialzeit-Ausweises.
- Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Förderung und Wertschätzung der Freiwilligenarbeit.

Das Freiwilligenzentrum Thurgau hat sich im Jahre 2010 mit verschiedenen Möglichkeiten einer Neuausrichtung und einer neuen Trägerschaft auseinandergesetzt. Pro Senectute Thurgau, Pro Juventute Thurgau, Schweizerisches Rotes Kreuz Thurgau und Caritas Thurgau haben Ende 2010 beschlossen, die Überführung des Freiwilligenzentrums Thurgau in eine Fachstelle für Freiwilligenarbeit "Benevol Thurgau" gemeinsam umzusetzen.

Sport, Bildung und Kultur: In den Bereichen Sport, Bildung und Kultur besteht im Kanton Thurgau ein vielfältiges, auch auf die spezifischen Bedürfnisse der älteren Menschen ausgerichtetes Angebot (Seniorenakademie in Berlingen, Sportvereine, Clubschulen, etc.).

Sozialnetz Thurgau: Das Informationsportal "Sozialnetz Thurgau" (www.sozialnetz.tg.ch) bietet einen umfassenden Überblick auch über Organisationen im Altersbereich und deren Angebote.

5.2 Ziele und Grundsätze

(1) In den Gemeinden soll ein vielfältiges Angebot an aktivierenden Massnahmen für ältere Menschen vorhanden sein. Die Leistungen der Kirchgemeinden, Vereine und Gruppierungen sowie der Pro Senectute Thurgau sind für die älteren Menschen wertvoll. Die entsprechenden Trägerschaften werden aufgefordert, ihre Angebote auch in Zukunft aufrechtzuerhalten und, soweit erforderlich, den Bedürfnissen anzupassen.

Die Zeit, die ältere Menschen im sogenannten dritten Lebensabschnitt verbringen, ist in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen. Die Bedeutung des dritten Lebensabschnittes wird in Zukunft - auch im Hinblick auf den Trend vermehrter Frühpensionierungen - noch zunehmen.

Eine bewusste Auseinandersetzung mit dem dritten Lebensabschnitt erlaubt eine aktive Altersplanung. Chancen und Potentiale können erkannt, bestehende Lebensumstände wie z. B. die Wohnsituation nicht einfach weitergeführt, sondern im Hinblick auf künftige Bedürfnisse neu optimiert werden. Verschiedene Kursangebote, welche sich mit der Vorbereitung auf das Alter auseinandersetzen, sind vorhanden. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber werden aufgefordert, ihren älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Teilnahme an solchen Kursen zu ermöglichen und sie dazu zu animieren. Forschungsergebnisse machen deutlich, dass eine nur kurzfristige Vorbereitung auf den Ruhestand nicht genügen kann und ein erfolgreiches Altern wesentlich auf den während des Lebens entwickelten Ressourcen aufbaut (Buchmüller et. al.,1996, S. 259ff).

Es ist deshalb unerlässlich, dass das bestehende Angebot an Aktivitäten vielfältig ist und damit den unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Altersgruppen, aber auch den unterschiedlichen Interessen, die ältere Menschen verschiedener Herkunft und Lebenserfahrung mit sich bringen, gerecht werden kann.

Besonders wichtig sind auch Bildungsangebote, welche sehr vielfältigen inhaltlichen Zielsetzungen genügen (Perrig Chiello & Höpflinger, 2009, S. 56f): „Insgesamt fördert Bildung als Nebenprodukt immer auch Elemente wie Geselligkeit, soziale Integration, strukturierte Tätigkeit. Deshalb gilt: Bildung kann nicht nur funktional für Beruf oder Alltag betrachtet werden, sondern sie macht per se Sinn.“

Bereits heute gibt es im Kanton Thurgau verschiedene Angebote für ältere Menschen im Bildungsbereich (Bildungs- und Kursangebote der Pro Senectute, Seniorenakademie in Berlingen, Volkshochschulen und Klubschulen mit teilweise separatem Angebot für Ältere, 55plus etc.).

(2) Die öffentliche Hand betrachtet ihr Angebot im Bereich der Aktivierung als subsidiär. In erster Linie sollen private Anbieter, die älteren Menschen selbst, die Kirchen, Vereine und gemeinnützige Organisationen tätig werden.

Subsidiäre Aufgaben der Gemeinden für eine aktive Integration sind:

- Sicherstellung einer guten allgemeinen Information in den Gemeinden über vorhandene Angebote für ältere Menschen.

- Anregung von neuen Angeboten und, soweit erforderlich, auch finanzielle Unterstützung im Sinne von Starthilfen und Beiträgen an den Betrieb.
- Förderung von Gruppen „Aktive Seniorinnen und Senioren“.
- Koordination der verschiedenen, in der Gemeinde in der Altersarbeit tätigen Institutionen.
- Zur Verfügung stellen von geeigneten Räumlichkeiten für Aktivitäten.
- Wertschätzung der geleisteten Arbeit von Freiwilligen und Organisationen.

(3) Die Eigeninitiative von älteren Menschen im Sinne von lokalen Gruppen „Aktive Seniorinnen und Senioren“ soll vermehrt initiiert und unterstützt werden. Möglicherweise könnten regionale Seniorengruppen dazu geeignet sein. Von entscheidender Bedeutung für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Formen der Seniorenselbsthilfe sind das Engagement von einzelnen Persönlichkeiten und die direkte persönliche Kontaktaufnahme.

Neben den bestehenden Angeboten sind in erster Linie auch die älteren Menschen selbst aufgefordert, neue, ihren Bedürfnissen entsprechende Aktivitäten zu organisieren.

Im Kanton Thurgau gibt es verschiedene gute Beispiele der Seniorenselbsthilfe (siehe Anhang III.). Als Kristallisationspunkte für Kontaktmöglichkeiten, gemeinsame Aktivitäten, Selbsthilfe und Freiwilligenarbeit eignen sich regionale Seniorengruppen (vgl. Braun,1997).

Diese könnten etwa folgende Aufgaben übernehmen:

- **Geselligkeit:** Der Seniorentreffpunkt ist ein Ort der Geselligkeit. Ältere Menschen sollen hier möglichst ungezwungen miteinander in Kontakt treten können.
- Organisation von Vorträgen, Kursen und Ausstellungen ergänzend zum bestehenden Angebot.
- **Vertretung der Interessen** der älteren Menschen in der Gemeinde.
- **Lokale Freiwilligenarbeit**: Erbringung und Organisation von lokaler Freiwilligenarbeit innerhalb der eigenen Generation (z. B. Hilfen für andere ältere Menschen im Garten, bei administrativen Angelegenheiten etc.) oder zwischen Generationen.
- **Spezielle Aufgaben im Auftrag der Gemeinde:** z. B. Bearbeitung und Aktualisierung von Informationsschriften für ältere Menschen, Aufnahme von Mobilitätshindernissen in der Gemeinde, Mithilfe bei Präventionsprojekten etc.

(4) Die Freiwilligenarbeit von und für ältere Menschen soll verstärkt werden.

Gemäss dem Freiwilligenmonitor Schweiz 2010 (Stadelmann-Steffen et al., 2010; Stadelmann-Steffen et al., 2010) liegt der Anteil der Personen, welche sich für Freiwilligenarbeit engagieren, im Kanton Thurgau im Quervergleich im Mittelfeld. Im Bereich der informellen Freiwilligenarbeit (ausserhalb von Vereinen z. B. Nachbarschaftshilfe, generell für Personen, welche nicht im gleichen Haushalt wohnen) liegt

der Kanton Thurgau über dem Durchschnitt (32 % der Wohnbevölkerung über 15 Jahre), wobei gegenüber der ersten Erhebung im Jahre 2006 (Stadelmann-Steffen et al., 2007) - wie in den meisten anderen Kantonen auch - eine Abnahme zu verzeichnen ist. Das Engagement in der formellen Freiwilligenarbeit (im Rahmen von Organisationen, Vereinen) liegt bei der neuesten Erhebung im unteren Mittelfeld (17. von 26 Kantonen).

Die Förderung der Freiwilligenarbeit bedarf aber besonderer Anstrengungen. Bei ihrer Entwicklung müssen die Potentiale und der Nutzen, die für die freiwillig tätigen Älteren entstehen, betont werden. Motive für das Engagement im Freiwilligenbereich sind neben uneigennützigen, wohltätigen Aspekten vor allem selbstbezogene Argumente wie Zusammensein mit Freunden und Spass an der Tätigkeit. Für die Übernahme von freiwilligen Arbeiten spielen vor allem persönliche Kontakte und Netzwerke und weniger allgemeine Hinweise aus den Medien oder durch Informationsstellen eine Rolle. Ebenso scheint es entscheidend, die freiwillig Tätigen in die Gestaltung ihrer Einsätze einzubinden und sie zu unterstützen. Ausweise, nachträgliche Anerkennung oder eine stärkere Monetisierung sind von geringerer Bedeutung (Stadelmann-Steffen et al., 2007, S. 21f)

Ein möglicher Ansatzpunkt für die Förderung der Freiwilligenarbeit könnte im Aufbau von Koordinations- und Vermittlungs- bzw. Anlaufstellen für Freiwilligenarbeit auf regionaler/lokaler Ebene liegen, welche eine vermehrt lokale Unterstützung, Begleitung und Wertschätzung der Freiwilligenarbeit ermöglichen.

Zudem ist die Arbeit des Freiwilligenzentrums Thurgau vermehrt im Rahmen eines Leistungsauftrages zu unterstützen. Ziel ist es, dass das Freiwilligenzentrum vermehrt regionale und lokale Strukturen und Initiativen der Freiwilligenarbeit im Altersbereich unterstützt und als Fachstelle für Freiwilligenarbeit im Kanton Thurgau Wissen vermittelt, wie die Freiwilligenarbeit gefördert werden könnte.

(5) Der Pro Senectute Thurgau kommt eine wichtige Rolle im Bereich der Altersarbeit im Kanton zu. Die Schwergewichte sollen in folgenden Bereichen liegen:

- Information und unentgeltliche Sozialberatung zu Themen wie Wohnen, Finanzen, Recht und Alltagsfragen in regionalen Beratungsstellen.
- Gemeinwesenarbeit und Arbeit mit Gruppen.
- Einsatz, Begleitung und Koordination der Freiwilligenarbeit insbesondere der Ortsvertreter und Ortsvertreterinnen.
- Bedarfsgerechte und kostendeckende Angebote im ganzen Kanton im Bereich Bildung und Sport.
- Alltagshilfen wie Putzen, Bügeln, Waschen, Garten- und kleine Handwerkerarbeiten, Botengänge, soziale Kontakte und Gespräche, administrative Hilfen verbunden mit Sozialzeit-Engagement der Mitarbeitenden.
- Unbürokratische finanzielle Hilfe mit Bundes- und Stiftungsmitteln als Ergänzung zu Leistungen der Sozialversicherungen.

Die Finanzierung soll auch künftig durch Beiträge der öffentlichen Hand (Bund, Kanton im Rahmen der Leistungsvereinbarung, durch die Gemeinden) sowie durch eigene Mittel (Sammlung, Spenden, Legate, Erträge aus Dienstleistungen) erfolgen.

(6) Die Gesundheitsförderung und Prävention im Alter soll verstärkt werden. Dazu ist ein Konzept „Gesund Altern im Thurgau“ zu erarbeiten.

Der Kanton Thurgau verfügt bereits über ein Konzept Gesundheitsförderung, welches auch für ältere Menschen relevante Ziele enthält (Regierungsrat Kanton Thurgau, 2009), aber nicht spezifisch auf die Prävention im Alter ausgerichtet ist. Wie bereits erwähnt, besteht weitgehend Einigkeit, dass das Potential für Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (auch) bei älteren Menschen bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist (vgl. vorne Abschnitt Übergreifende Ziele, S. 6). Dass präventive Verhaltensanpassungen auch im späteren Alter die Entstehung von Hilfsbedürftigkeit und deren Verlauf positiv beeinflussen können, wurde mehrfach dargelegt.

Weniger klar ist allerdings, wie die älteren Menschen zu solchen Verhaltensänderungen und generell zu präventiven Massnahmen motiviert werden können. Neuere Studien zeigen, dass die lange im Zentrum der Diskussion stehenden präventiven Hausbesuche und inzwischen adaptierten Methoden wie das Gesundheitsprofilverfahren nicht die gewünschten Wirkungen belegen können (Harari et al., 2008; Huss et al., 2008).

Es wird deshalb vorgeschlagen, die Frage einer wirksamen Prävention im Alter mit einem frischen Blick im Rahmen eines zu erarbeitenden Konzeptes anzugehen. Dabei dürfte es vermehrt auch darum gehen, präventives Denken und Handeln bei bestehenden Angeboten zu verstärken.

6. Wohn- und Infrastruktur im Alter

6.1 Grundlagen

Gesamtschweizerisch wohnen von den 65 - 79-Jährigen nur 2.1 % und von den 80-Jährigen und Älteren 19.1 % in einem Alters- und Pflegeheim (Höpflinger, 2009, S. 68). Der überwiegende Teil der Älteren lebt damit in einem Privathaushalt. Externe Voraussetzung dafür ist die nahe Erreichbarkeit von Produkten und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs und der Grundversorgung wie Detaillist, Hausarzt, Post, Bank etc.

Neben der privaten Wohnung und dem Heim gibt es noch eine ganze Reihe von anderen Wohnformen für ältere Menschen.

Alterswohnungen: Dabei handelt es sich um alters- und behindertengerechte (Klein)Wohnungen, welche in normale Überbauungen eingestreut oder als Alterssiedlung zusammengefasst werden. Oftmals werden Alterssiedlungen in unmittelbarer Nähe zu Heimen errichtet (heimverbundene Alterswohnungen). Gemäss der 1998 durchgeführten Erhebung gab es im Kanton Thurgau rund 550 Alterswohnungen, welche mit 94.4 % recht gut ausgelastet waren. Die erneute Erhebung bei den Gemeinden im Jahre 2009 zeigt, dass in rund zwei Fünftel aller Gemeinden Alterswohnungen zur Verfügung stehen, insgesamt etwas mehr als 1’000. Damit wird ein erhebliches Wachstum im Bereich der Alterswohnungen in den letzten Jahren sichtbar.

Im Rahmen der Überprüfung des Alterskonzeptes wurde auch die Zahl der heimverbundenen Alterswohnungen (im Rahmen der Erhebung Alters- und Pflegeheime 2009) neu erhoben: Die Heime gaben insgesamt 479 Wohnungen in unmittelbarer Nähe des Heims an, die von der Heimträgerschaft angeboten oder betrieben wurden. Am Stichtag waren 99.2 % dieser Wohnungen ausgelastet.

Betreutes Wohnen: Mit dem Begriff des betreuten Wohnens (auch *Wohnen mit Services*) werden in der Regel Wohnformen bezeichnet, bei denen der ältere Mensch in einer altersgerechten Wohnung lebt und verschiedene Dienstleistungen sichergestellt sind. Die Spannweite der angebotenen Dienstleistungen reicht dabei von Sicherheitsleistungen (Notruf), hauswirtschaftlichen Hilfen bis zu einer pflegerischen Betreuung, die mit derjenigen einer stationären Einheit vergleichbar ist.

Der **Begriff des betreuten Wohnens** bezeichnet aber in der Praxis recht unterschiedliche Strukturen und wird nicht einheitlich verwendet. Unter betreutem Wohnen (Wohnen mit Services) werden hier Wohnformen verstanden, welche kumulativ folgende Elemente umfassen:

- Basis ist eine baulich geeignete Klein-Wohnung (Alterswohnung, behindertengerecht ausgestattet).
- Es besteht ein vertraglich fixiertes Grundleistungsangebot, das gegen eine pauschale Entschädigung angeboten wird (minimal 24h Notruf, über den rechtzeitig eine qualifizierte Fachkraft verfügbar ist, eventuell weitere Basis- oder Vorhalteleistungen wie Lebenszeichenkontrolle, gelegentliche Hilfen z. B. bei vorübergehender Krankheit, Möglichkeit zu Teilnahme an Aktivitäten).

- Weitere Dienstleistungen können im Bedarfsfall, gegen Entschädigung in Anspruch genommen werden (insbesondere volle Verpflegung und Reinigung der Wohnung, Betreuungs- und Pflegeleistungen, allenfalls bis zu einer bestimmten oberen Limite).
- Das Verhältnis zwischen dem Klienten und dem Träger wird im Rahmen eines Mietverhältnisses ergänzt mit einem Servicevertrag oder im Rahmen eines Pensionsvertrags geregelt, sofern permanent KVG-pflichtige Leistungen erbracht werden.

Formen des betreuten Wohnens verbinden die Vorteile einer eigenen Wohnung mit der Sicherheit von abrufbaren und bedarfsgerechten Leistungen, welche je nach Ausgestaltung mit denjenigen eines Alters- und Pflegeheims vergleichbar sind. Das betreute Wohnen entspricht einem klaren Trend. Besonders geeignet für die Entwicklung von Formen des betreuten Wohnens sind Alterswohneinrichtungen in unmittelbarer Nähe eines Pflegeheims.

Wohngemeinschaften, Wohnpartnerschaften: Damit werden Wohn- und Haushaltsgemeinschaften von zwei oder mehr in der Regel nicht verwandten Personen bezeichnet. Jede Person verfügt über ein eigenes Zimmer, während Küche, Wohnzimmer etc. als Gemeinschaftsräume geteilt werden.

Alterswohngemeinschaft: In diese Kategorie fallen einerseits die Alterswohngemeinschaften, wie sie in der Schweiz bereits an verschiedenen Orten bestehen, in denen ca. vier bis sechs nicht oder nur leicht pflegebedürftige Personen zusammenleben. Die Betreuung erfolgt durch die ambulanten Dienste.

Eine andere Form wird mit dem Begriff "geteiltes Wohnen" oder "Wohnpartnerschaft" bezeichnet ("Shared Housing"). Dabei nimmt in der Regel eine ältere Person eine andere oder auch eine jüngere Person in seinem Haushalt auf und teilt die Gemeinschaftsräume. Die aufgenommene Person beteiligt sich an den Mietkosten. Dabei können auch Dienstleistungen der in der Regel jüngeren Person gegen Mietzinsreduktionen getauscht werden.

Wohngemeinschaften und Wohnpartnerschaften sind in der Schweiz noch wenig verbreitet. Versuche zur Förderung von Wohnpartnerschaften in der Stadt Zürich haben sich als wenig erfolgreich erwiesen. Offensichtlich scheinen diese neuen Wohnformen nur in Ausnahmefällen den Bedürfnissen der Älteren zu entsprechen.

Altershausgemeinschaft: Bei Altershausgemeinschaften verfügen alle Bewohner über eine abgeschlossene Wohnung, pflegen aber in gemeinschaftlich genutzten Räumen Kontakte, organisieren Aktivitäten und teilweise auch Hilfsangebote gemeinsam bzw. in gegenseitiger Unterstützung (Höpflinger, 2004, S. 102f).

Sowohl bei Wohngemeinschaften wie auch bei Altershausgemeinschaften wird die Hilfe und Pflege soweit überhaupt erforderlich in der Regel durch die Spitex erbracht. Intensivere Pflegesituationen, welche über das in der ambulanten Pflege und Betreuung mögliche Mass hinausgehen, können in diesen Wohnformen nicht bewältigt werden und erfordern in der Regel eine Verlegung in ein Pflegeheim.

Pflegewohngruppen: Darunter sind Wohngemeinschaften von wenigen pflegebedürftigen älteren Menschen, die von dafür ausgebildetem Personal rund um die Uhr betreut werden, zusammengefasst. Pflegewohngruppen können leicht angepasste Normalwohnungen benutzen, in denen ca. fünf bis neun ältere Menschen betreut werden.

Die Qualität dieser Betreuungsform für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für das Personal wurde in der Pionierphase der Pflegewohngruppen umfassend evaluiert und ist gut dokumentiert (Meister,1992). Aufgrund der geringen Betriebsgrösse ergeben sich in der Tendenz überdurchschnittliche Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner. Damit die Kosten in einem vernünftigen Rahmen gehalten und die Qualität auf Dauer gesichert werden können, sollten Pflegewohngruppen nur im Verbund (mehrere Pflegewohngruppen, mit einem stationären oder ambulanten Anbieter) realisiert werden und eine minimale Grösse von sechs bis acht Betreuten nicht unterschreiten. Gemäss § 6a des Sozialhilfegesetzes müssen mindestens 5 Personen betreut werden, damit die Einrichtung als Heim gelten kann.[5]

Die **Wohnvorstellungen der älteren Personen** wurden im Rahmen der Age Reports 2003 und 2008 mittels von Befragungen erfasst (Höpflinger, 2009; Höpflinger, 2004): Ein Viertel bis ein Fünftel der Befragten könnte sich vorstellen, in Zukunft in einer kleineren Wohnung, einer speziellen Alterswohnung, bzw. in einer Seniorenresidenz zu wohnen, alle übrigen ziehen offensichtlich ihre aktuelle Wohnsituation vor.

Alters- und Pflegeheime kommen gar nicht oder mehrheitlich nur in Frage „wenn es sein muss“. Wenig Anklang finden auch Wohn- und Hausgemeinschaften sowie ein privates Zimmer bzw. ein privater Wohnungsteil.

Beurteilung durch Gemeinden: Tabelle 7, S. 25 zeigt, wie die Gemeinden verschiedene Angebotselemente im Altersbereich beurteilen. Dabei kommt klar zum Ausdruck, dass die Gemeinden vor allem im Bereich der Alterswohnungen, insbesondere bei den betreuten Alterswohnungen eine Knappheitssituation orten: Fast 90 % der Befragten geben an, dass das Angebot an betreuten Alterswohnungen „eher zu knapp“ oder „deutlich zu knapp“ sei.

[5] **§ 6a Sozialhilfegesetz Kanton Thurgau:** Unter einem Heim ist ein von einer oder mehreren Personen geleiteter Kollektivhaushalt zu verstehen, der bezweckt, mehr als vier Personen für die Dauer von mindestens fünf Tagen in der Woche, in der Regel gegen Entgelt, Unterkunft, Verpflegung, Betreuung oder weitere Dienstleistungen zu gewähren.

Tabelle 7: Beurteilung verschiedener Angebote im Altersbereich durch die Gemeinden

		Deutlich zu grosses Angebot	eher zu grosses Angebot	Ausreichendes Angebot	eher zu knappes Angebot	deutlich zu knappes Angebot	Gesamt
Kurs- und Bildungsangebot	Anzahl	0	0	57	16	4	77
	in %	0 %	0 %	74.0 %	20.8 %	5.2 %	100 %
Veranstaltungen und Anlässe für Seniorinnen und Senioren (z. B. Altersnachmittag, Altersausflug, Altersturnen etc.)	Anzahl	0	2	72	4	0	78
	in %	0 %	2.6 %	92.3 %	5.1 %	.0 %	100 %
das ambulante Angebot (Spitex-, Gesundheits- und Krankenpflege, Hauspflege, Haushilfe etc.)	Anzahl	0	1	75	2	0	78
	in %	0 %	1.3 %	96.2 %	2.6 %	0 %	100 %
das Angebot an Alterswohnungen	Anzahl	0	2	22	26	25	75
	in %	0 %	2.7 %	29.3 %	34.7 %	33.3 %	100 %
das Angebot an betreuten Alterswohnungen	Anzahl	0	0	8	26	34	68
	in %	0 %	0 %	11.8 %	38.2 %	50.0 %	100 %
das Angebot an Heimplätzen	Anzahl	0	2	49	12	10	73
	in %	0 %	2.7 %	67.1 %	16.4 %	13.7 %	100 %

Quelle: Befragung Gemeinden 2009

6.2 Ziele und Grundsätze

(1) Die Mindestanforderungen an den hindernisfreien und anpassbaren Wohnungsbau sollten vermehrt verpflichtend in den Bauordnungen auch für Bauten, welche nicht in den Geltungsbereich des Behindertengleichstellungsgesetzes fallen, umgesetzt werden. Im Minimum sollte deren Einhaltung im Rahmen des Baubewilligungsverfahrens geprüft und entsprechende Empfehlungen abgegeben werden.

Bauliche Barrieren verunmöglichen oftmals den Verbleib in den eigenen vier Wänden auch schon bei geringen Behinderungen. In der Erstellungsphase eines Gebäudes kann dem Anliegen des hindernisfreien Bauens mit geringen Kosten Rechnung getragen werden (Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen, 2004).

Für Fragen des behindertengerechten Bauens ist ein kompetentes Beratungsangebot vorhanden. Ein solches wird von Pro Infirmis Thurgau-Schaffhausen angeboten und steht Baubehörden, Bauherren und Architekten zur Verfügung.

(2) Anzustreben ist ein vielfältiges Angebot an Wohnformen, welches den unterschiedlichen Bedürfnissen Rechnung trägt. Kanton und Gemeinden fördern die Entwicklung und Erprobung von weniger bekannten ergänzenden Wohn- und Betreuungsformen.

(3) Die Gemeinden fördern ein hindernisfreies, altersgerechtes Wohnangebot, das sich insbesondere auch Personen mit geringeren finanziellen Mitteln leisten können.

(4) Sofern konzentrierte Wohnformen (Alterssiedlungen) geschaffen werden, sollten auch entsprechende Betreuungsangebote im Sinne des betreuten Wohnens entwickelt werden, welche über das auch zu Hause verfügbare Spitexangebot hinausgehen.

(5) Besonders gefördert werden sollten Wohnangebote in der Nähe von Alters- und Pflegeheimen bzw. anderen stationären Institutionen.

(6) Sofern in betreuten Wohnformen ein stationärer Angebotscharakter überwiegt, ist das Angebot zumindest anteilsmässig in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen und auf die kantonale Pflegeheimliste gemäss KVG aufzunehmen. Dabei sind die baulichen und personellen Anforderungen an Alters- und Pflegeheime sinngemäss anzuwenden. Auch bei weiteren Sozialversicherungen ist auf eine adäquate Berücksichtigung der betreuten Wohnformen hinzuwirken.

Das betreute Wohnen liegt zwischen ambulanter und stationärer Betreuung mit fliessenden und unscharfen Übergängen. Primär werden die pflegerischen Leistungen ambulant als Spitexleistungen erbracht. Je nach Ausgestaltung der vertraglichen Beziehung zum Wohnungsbewohner, des Umfangs des Grunddienstleistungsangebots und der Intensität der Pflege, welche in den Wohnungen bei Bedarf geleistet wird, entstehen Betreuungssituationen, welche sich kaum noch von denjenigen in einem Pflegeheim unterscheiden. Ob es sich noch um eine ambulante oder bereits eine stationäre Betreuungsform handelt, muss anhand der konkreten Verhältnisse entschieden werden.

Anhaltspunkte zum Entscheid über das Vorliegen einer stationären Betreuungssituation im Sinne eines Kollektivhaushaltes sind:

- Der Umfang des minimalen Grundleistungspaketes (nur Notruf oder als Minimum bereits eine Mahlzeit, wöchentliche Reinigung).
- Das Vorliegen einer minimalen Pflegeintensität der Wohnungsbewohner und Wohnungsbewohnerinnen gemessen mit einem anerkannten Bedarfsabklärungsinstrument und die schriftlich festgelegten Verlegungskriterien.
- Der Anteil an Pflege- und Betreuungsleistungen, welche vom Heimpersonal (anstelle der Spitexorganisationen) erbracht wird.
- Rechtliche Anforderungen an einen Heimplatz, welche im Rahmen einer Richtlinie zu präzisieren sind.

Entsprechend der Absicht, Formen des betreuten Wohnens in Zukunft zu fördern, sind auch die Bedingungen für die Finanzierung (Ergänzungsleistungen, Pflegefinanzierung) so festzulegen, dass diese für ältere Menschen mit Hilfs- und teilweiser Pflegebedürftigkeit attraktiv sind bzw. zumindest nicht zu einer Benachteiligung führen.

7. Künftige Entwicklung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter

Die Erwartungen in Bezug auf die Entwicklung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter sind für die Ausgestaltung und die Dimensionierung sowohl der ambulanten wie auch der stationären Angebote von grosser Bedeutung. In diesem Abschnitt werden deshalb die wichtigsten Trends, von denen im Alterskonzept ausgegangen wird, dargestellt.

Gesündere ältere Menschen - Ansteigen der behinderungsfreien Lebensjahre

Künftige ältere Menschen sind tendenziell gesünder und die Zahl der behinderungsfreien Lebensjahre nimmt mit steigender Lebenserwartung zu: „Die in den letzten Jahrzehnten durchgeführten empirischen Analysen zur gesunden bzw. behinderungsfreien Lebenserwartung lassen insgesamt immer deutlicher erkennen, dass Männer und Frauen in hochentwickelten Ländern nicht nur lange leben, sondern im Durchschnitt auch lange Zeit gesund und ohne massive Behinderung verbleiben“ (Höpflinger & Hugentobler, 2004, S. 25f). Verschiedene neuere internationale Untersuchungen zeigen direkte und deutliche Trends {Schoeni, 2008 14094 /id;Manton, 2006 2 /id} in Richtung einer Reduktion der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit.

Vermehrte präventive Anstrengungen

Zudem können vermehrte präventive Anstrengungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Alter zu einem geringeren Pflegebedarf beitragen. Dazu wurden in den letzten Jahren verschiedene Strategien, insbesondere präventive Hausbesuche bzw. das Gesundheitsprofilverfahren vorgeschlagen und erprobt (Schmocker et al., 2000; Blozik et al., 2007).

Die Wirksamkeit dieser präventiven Interventionen bei älteren Personen wurde in den letzten Jahren intensiv in Bezug auf die Verminderung von Heimeintritten evaluiert. Dabei stehen den ursprünglich positiven Ergebnissen aus der in der Schweiz durchgeführten EIGER-Studie (Schmocker & Stuck, 2000) zunehmend Untersuchungen gegenüber, welche in Bezug auf die Verminderung von Heimeintritten keine klaren Wirkungen (Huss et al., 2008; Bouman et al., 2008) bzw. eher geringe nachhaltige Effekte aufzeigen (Harari et al., 2008). In der neuesten Metastudie, an der auch der Verfasser der schweizerischen EIGER-Studie mitgewirkt hat, kann kein signifikanter Einfluss von präventiven Hausbesuchen auf den Eintritt in Alters- und Pflegeheime mehr nachgewiesen werden.

Der Nutzen der Gesundheitsförderung im Alter liegt aber nicht nur in der Verminderung von Heimeintritten. Eine möglichst gute Erhaltung und Förderung der Gesundheit, verbunden mit einer langen Selbständigkeit liegt insbesondere auch im Interesse des älteren Menschen selbst.

Trotzdem bleibt die Suche und das Finden von wirksamen Methoden zur Förderung der Prävention im Alter eine grosse Herausforderung für die Zukunft. Evidenz ist erwiesen für Rauchabstinenz, reichliche, altersadaptierte Bewegung, wenig Alkoholkonsum und mediterrane Ernährung. Wichtig sind zudem Programme und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Vermehrte Nutzung des Spitexangebotes anstelle eines Alters- und Pflegeheim-eintritts

Zahlreiche bei der älteren Bevölkerung durchgeführte Befragungen[6] zeigen, dass auch bei einer gewissen Hilfsbedürftigkeit die Pflege und Betreuung in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus einem Heimeintritt vorgezogen wird. Ein Heimeintritt wird von der überwiegenden Mehrzahl „nur wenn es sein muss“ in Betracht gezogen (Höpflinger, 2004).

Die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines leistungsfähigen ambulanten Angebotes ist ein wichtiges Ziel der Alterspolitik (vgl. Abschnitt ambulanten Versorgung).

Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass ein gut ausgebautes Spitexangebot Heimeintritte in Zukunft tendenziell noch vermehrt verzögern wird.

Raschere Verlegungen ab Akutspital

Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (SwissDRG’s) ab 2012 in allen Akutspitälern der Schweiz wird auch im Kanton Thurgau der Druck auf eine rasche Entlassung nach der Akutspitalbehandlung weiter zunehmen. Betroffen davon sind vor allem ältere Menschen, welche einerseits aufgrund ihrer körperlichen Verfassung eine längere Rekonvaleszenz benötigen und deren Umfeld nicht oder nicht ohne weiteres in der Lage ist, temporäre Betreuungs- und Pflegemassnahmen zu übernehmen. Damit stellen sich neue Herausforderungen an die nachgelagerten ambulanten und stationären Dienste. Vor allem im Bereich der Alterstraumatologie und der Neurologie werden künftig die Akutgeriatrie und die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung einen grösseren Stellenwert erhalten.

Dementielle Erkrankungen

Die Häufigkeit von dementiellen Erkrankungen steigt mit zunehmendem Lebensalter stark an. Nur jeder dritte Demenzkranke hat überhaupt eine solche Diagnose und der Anteil der angemessen untersuchten Menschen fällt noch geringer aus (vgl. Literatur Kap. 10.2.2.). Im Thurgau leben ca. 50 % der Demenzkranken zuhause. Die Prävalenz von Demenzkranken (ohne frühe Fälle) wird im Kanton Thurgau auf ca. 3000 Personen geschätzt (Alzheimervereinigung Thurgau).

Das Vorhandensein von kognitiven Einschränkungen stellt grosse Herausforderungen an die ambulante Versorgung und ist ein zunehmend wichtiger werdender Grund für einen Heimeintritt. Vor allem allein lebende Personen mit kognitiven Einschränkungen sind oft nicht mehr in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen und benötigen vielfach eine zeitlich umfassende Betreuung. Medikamentöse Therapien sind zwar teilweise in der Lage, den Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit zu verzögern. Bisher ist aber keine ursächliche Behandlung von dementiellen Erkrankungen bekannt.

Für die Zukunft kann davon ausgegangen werden, dass die Zahl der Heimeintritte wegen dementiellen Erkrankungen ansteigt.

[6] Im Kanton Thurgau z. B. im Rahmen des Alterskonzeptes der Gemeinde Weinfelden.

Familiale Pflege und Betreuung

Das Vorhandensein einer Partnerin bzw. eines Partners oder von Angehörigen, welche bereit sind, pflegerische und Betreuungsaufgaben zu übernehmen, sind wichtige Voraussetzungen, welche einen Heimaufenthalt verhindern oder hinausschieben.

Entgegen der allgemeinen Meinung kann zumindest die kurzfristige Entwicklung der familialen Pflege und Betreuung optimistisch beurteilt werden. Höpflinger und Hugentobler (2005, S. 37) gehen davon aus, dass sich aus demografischen Gründen „das partnerschaftliche und familiale Hilfs- und Pflegepotenzial eher erhöhen wird, weil mehr hochbetagte Menschen als in früheren Geburtsjahrgängen in Partnerschaften leben und Nachkommen haben“. Zudem sehen sie keine signifikanten Veränderungen der Kontakthäufigkeit zwischen den Generationen und damit keine Grundlagen für die These von einer Auflösung der intergenerationellen Kontakte.

Allerdings ist zu beachten, dass Partnerinnen und Partner von pflegebedürftigen Personen aufgrund des höheren Lebensalters leichter überfordert sind und auch Söhne und Töchter oft bereits im fortgeschrittenen Alter sind. Deshalb wird die Bedeutung von Entlastungsangeboten deutlich zunehmen.

Trend zu Formen des betreuten Wohnens

Bereits in Kapitel 6 wurde darauf hingewiesen, dass der Alterswohnbereich und insbesondere Formen des betreuten Wohnens im Trend liegen. Dabei entstehen noch vermehrt Pflege- und Betreuungssituationen in einem Zwischenfeld zwischen stationärer und ambulanter Betreuung. Es kann davon ausgegangen werden, dass Formen des betreuten Wohnens, vor allem wenn sie von den Dienstleistungen her gesehen intensiver ausgestaltet werden, stationäre Angebote teilweise substituieren können.

8. Ambulante Dienste (Hilfe und Pflege zu Hause)

8.1 Ist-Situation

Das Angebot an ambulanten Dienstleistungen für zu Hause lebende ältere Menschen ist im Kanton Thurgau gut ausgebaut. Die Kernleistungen (Krankenpflege, Hauspflege und Haushilfe) werden flächendeckend angeboten[7]: Auch die Versorgung mit Mahlzeiten ist insgesamt in allen Gemeinden möglich, in den meisten besteht das Angebot einer Zulieferung von Frischmahlzeiten. Noch nicht in allen Gemeinden bekannt bzw. vorhanden sind Entlastungsangebote für pflegende Angehörige.

Das ambulante Angebot wird von der überwiegenden Mehrzahl der Gemeinden (96.2 %) als ausreichend beurteilt. Lücken im ambulanten Dienstleistungsangebot sind gemäss Erhebung praktisch keine sichtbar. Einige Hinweise betreffen die Information und die Koordination der Angebote, eine zeitliche Ausdehnung der Spitexangebote (24h-Dienste, Abend- und Spätdienst) sowie die bessere Entlastung der Angehörigen.

Tabelle 8: Ambulante Angebot für ältere Menschen

Welche Angebote gibt es in Ihrer Gemeinde?		ja	nein	Gesamt
Krankenpflege zu Hause (Spitexleistungen gemäss KVG)	Anzahl	78	0	78
	in %	100.0 %	0 %	100.0 %
Haushilfe - Unterstützung im Haushalt (Reinigung, Wäsche, Einkaufen etc.)	Anzahl	74	2	76
	in %	97.4 %	2.6%	100.0 %
Vermietung von Krankenmobilien	Anzahl	69	6	75
	in %	92.0 %	8.0 %	100.0 %
Mahlzeitendienst - tägliche Zulieferung von Frischmahlzeiten	Anzahl	75	2	77
	in %	97.4 %	2.6 %	100.0 %
Mahlzeitendienst - periodische Zulieferung von konservierten Mahlzeiten	Anzahl	14	48	62
	in %	22.6 %	77.4 %	100.0 %
Mittagstisch -täglich Möglichkeit, Mahlzeiten z. B. in einem nahe gelegenen Alters- und Pflegeheim einnehmen zu können	Anzahl	27	47	74
	in %	36.5 %	63.5 %	100.0 %
Fahrdienst - vergünstigt, durch Freiwillige zu Arzt, Anlässen	Anzahl	73	4	77
	in %	94.8%	5.2%	100.0%
Unterstützungs-/Entlastungsangebote für pflegende Angehörige:	Anzahl	56	16	72
	in %	77.8%	22.2%	100.0%

Quelle: Erhebung Alterskonzept 2009

[7] Die zwei Nennungen, dass diese Leistungen in der Gemeinde nicht vorhanden seien, beruht auf einer Informationslücke der antwortenden Person aus der Gemeinde. Gemäss den Daten des Spitex Verbandes werden diese Leistungen in allen Gemeinden angeboten.

Tabelle 9 gibt einen Überblick über das ***Spitexangebot im engeren Sinne*** (Pflege- und hauswirtschaftliche Leistungen) im Kanton Thurgau:

Tabelle 9: Entwicklung des Spitexangebotes 2000 - 2009

Verrechnete Stunden	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Index 2000=100
. Kassenpflichtige Leistungen	159'438	170'937	180'758	196'614	205'923	210'135	216'086	135.5
. Hauswirtschaftliche Leistungen	137'797	124'584	125'263	134'336	139'208	146'707	150'018	108.9
. Total	297'235	295'521	306'021	330'950	345'131	356'842	366'104	123.2
Anzahl Klienten	5'316	5'231	5'519	5'768	5'924	6'417	5'933	111.6
Vollzeitstellen	215	228	254	262	286	286	313	145.6

Quelle: Kantonale Spitexstatistik 2009

Dazu kommen noch Haushilfeleistungen, welche von Pro Senectute Thurgau erbracht wurden (2009 rund 18'000 Stunden mit stark steigender Tendenz).
Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungen von selbständig tätigen Pflegefachmännern und Pflegefachfrauen (gemäss SBK-Vertrag) und teilweise noch weiteren privaten Anbietern nicht erfasst sind.

Die Entwicklung zeigt, dass die verrechneten Spitex-Stunden in den Jahren 2000 bis 2010 etwa im Umfang des Wachstums der 65-jährigen und älteren Bevölkerung, welche im gleichen Zeitraum um 20 % gewachsen ist, angestiegen ist. Vor allem die kassenpflichtigen Leistungen sind stark gestiegen, während die hauswirtschaftlichen Leistungen nach einer Phase des Rückgangs zwischen 2000 - 2005 in den letzten Jahren ebenfalls wieder stark zunehmen.

Insgesamt waren im Jahr 2010 im Spitexbereich 203 Vorstandsmitglieder und 888 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, die ein Stellenpensum von 313 Vollzeitstellen besetzen.

Gemäss der schweizerischen Spitexstatistik fallen im Jahre 2008 auf 1000 65-Jährige und Ältere 7.5 Vollzeitstellen in der Spitex. Gegenüber dem entsprechenden Wert im Alterskonzept 1999 von 5.8 bedeutet dies eine erhebliche Steigerung der Versorgungsdichte. Allerdings sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Spitex-organisationen immer noch beträchtlich und reichen von ca. 5 Stellen auf 1000 65-Jährige und Ältere bis zu über 11 Stellen.

Im kantonalen Quervergleich liegt die Spitex-Versorgungsdichte des Kantons Thurgau etwas unter einem ostschweizerischen Durchschnitt:

Tabelle 10: Spitex-Versorgungsdichte in Ostschweizer-Kantonen 2008

		Wohnbevölkerung[1]		**Vollzeitstellen pro 1'000 Einw.**	
Kanton	Vollzeitstellen	Gesamt-bevölkerung	65+ Jahre	Gesamt-	65+ Jahre
ZH	1'675	1'319'769	212'216	1.3	7.9
SG	533	468'424	73'422	1.1	7.3
GR	308	189'779	32'371	1.6	9.5
AR	58	52'863	9'367	1.1	6.2
AI	18	15'510	2'511	1.2	7.3
GL	41	38'322	6'562	1.1	6.2
TG	268	240'072	36'307	1.1	7.4
Total	**2'901**	**2'324'739**	**372'756**	**1.2**	**7.8**

Quelle: BFS, Spitex Statistik 2008, 1) Ständige Wohnbevölkerung in der Jahresmitte

Spitex-Richtlinien: Die vom Departement für Finanzen und Soziales per 01.01.2008 erlassenen Spitex-Richtlinien als Grundlage der Erteilung einer gesundheitspolizeilichen Bewilligung enthalten im Wesentlichen Vorgaben

- zum Dienstleistungsangebot und der zeitlichen Verfügbarkeit der Spitex;
- zur beruflichen Qualifikation des Personals;
- zur Qualitätssicherung und –entwicklung;
- zur gesundheitspolizeilichen Aufsicht durch das Gesundheitsamt.

Die Befragung der Gemeinden hat gezeigt, dass es in rund einem Drittel der Gemeinden ältere Menschen gibt, welche eine Hilfs- und Betreuungsperson angestellt haben. Häufig dürfte es sich dabei um Ausländerinnen handeln. Bereits existieren verschiedene Vermittlungsstellen, welche gegen Entschädigung Betreuungspersonen vermitteln. Neben der Einhaltung der arbeitsrechtlichen und ausländerrechtlichen Vorschriften stellt sich hier auch die Frage der Qualität von solchen Betreuungssituationen, insbesondere wenn es sich um Hilfs- und Pflegebedürftige oder Personen mit kognitiven Einschränkungen handelt. Pflegerische Tätigkeiten unterstehen der kantonalen Bewilligungspflicht (Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung als Pflegefachperson oder Bewilligung als Spitexorganisation).

Anzuführen sind auch verschiedene Angebote, welche hilfs- und pflegebedürftige Personen begleiten und in schwierigen Lebenssituationen unterstützen.

Schweizerisches Rotes Kreuz Kanton Thurgau (SRK): Das SRK richtet seine Dienstleistungen an Menschen jeden Alters. Für die älteren Menschen von besonderem Interesse sind folgende Angebote:

- Kurse in der Gesundheitsförderung;
- Kurse für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer;
- Ergotherapiepraxis;
- Notrufsystem (Sicherheit rund um die Uhr);
- Fahrdienst mit Freiwilligen für Menschen, die nicht in der Lage sind, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benützen;
- Entlastungsdienst vor allem für pflegende Angehörige.

Für die Abklärung und Organisation der Einsätze steht eine Vermittlungsstelle zur Verfügung.

Entlastungsdienst TG: Angehörigen von Menschen mit einer Behinderung oder einer chronisch fortschreitenden Krankheit bietet der Entlastungsdienst TG regelmässig stunden-, halbtage- oder tageweise Betreuungseinsätze in oder ausserhalb des Hauses an. Für die Abklärung und die Organisation der Einsätze steht eine Vermittlungsstelle zur Verfügung. Der Entlastungsdienst Thurgau ist ein Verein und finanziert sich aus Einnahmen von Entlastungsleistungen und Spenden.

Ambulanter Hospizdienst Thurgau: Der ambulante Hospizdienst unterstützt Menschen auf ihren beschwerlichen Krankheitswegen in der letzten Lebensphase zu Hause, im Heim und im Spital. Die Einsätze erfolgen auf freiwilliger Basis, kostenlos und unabhängig vom Alter, der Art der Erkrankung und ungeachtet des konfessionellen und kulturellen Hintergrundes. Der Hospizdienst trägt dazu bei, eine lebenswerte Zeitspanne bis zum Ende zu ermöglichen. Dort wo Zeit und Kräfte von Angehörigen und pflegenden Diensten an Grenzen gelangen, kann der Hospizdienst Entlastung bringen. Die als Verein organisierte Trägerschaft betreibt eine Koordinationsstelle, welche die Einsätze der über 30 freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter plant und koordiniert. Der ambulante Hospizdienst arbeitet eng mit medizinischen, pflegerischen oder seelsorgerischen Fachpersonen zusammen.

8.2 Ziele und Grundsätze

(1) *Es entspricht dem Wunsch der meisten älteren Menschen, möglichst lange in ihrer angestammten Wohnung bzw. in ihrem Eigenheim bleiben zu können. Damit diesem Wunsch entsprochen werden kann, bedarf es eines leistungsfähigen ambulanten Angebotes sowie auch Anstrengungen im Bereich der Integration von allein lebenden älteren Menschen in das gesellschaftliche Leben.*

(2) Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll auch in finanzieller Hinsicht Rechnung getragen werden, indem die durch die Tarife und Kostenbeteiligungen gesetzten fi-

nanzielle Anreize das ambulante Angebot bevorzugen bzw. nicht benachteiligen sollen.

(3) Einwohnerinnen und Einwohnern im Kanton Thurgau soll ein gut ausgebautes Spitex-Angebot - mindestens wie folgt - zur Verfügung stehen:

- Pflegeleistungen: tagsüber an allen Wochentagen (inkl. Samstag und Sonntag) von 07.00 bis ca. 21.00 Uhr; nachts vorübergehend und in speziellen Situationen (kein Notfalldienst);
- Hauswirtschaftliche Leistungen: tagsüber von 07.00 bis 18.00 Uhr, wenn notwendig auch samstags und sonntags;
- Erreichbarkeit für bestehende Klientinnen und Klienten.

Gegenüber den bestehenden Richtlinien wird damit das Angebot eines Spätdienstes bis 21.00 Uhr angeregt. Grundsätzlich sollen auch Leistungen ausserhalb dieser Einsatzzeiten angeboten werden, insbesondere auch während der Nacht, wenn dies die Klientensituation vorübergehend oder in speziellen Situationen auf Dauer erfordert. Leistungsgrenzen ergeben sich aus dem KVG sowie aus der generellen Sicht, dass Spitexleistungen dann nicht mehr sinnvoll sind, wenn sie die effektiven Kosten einer stationären Betreuung über längere Zeit erheblich übersteigen.

(4) Der Bedarf nach Spitexleistungen wird mit dem vom Kanton anerkannten Bedarfsinstrument (RAI-HC) abgeklärt.

(5) Neben den Spitex-Kernleistungen sollen bedarfsgerecht ergänzende Angebote der Hilfe und Betreuung für alle Einwohnerinnen und Einwohner, die sie benötigen, vorhanden sein, insbesondere

- Betreuung zu Hause;
- Hilfen im und ums Haus;
- Mahlzeitendienst;
- Vermietung von Krankenmobilien;
- Tagesplätze und Temporärplätze in Alters- und Pflegeheimen, welche von den Betroffenen gut finanziert werden können;
- Fahrdienste;
- Entlastungsdienst für pflegende Angehörige;
- Treuhanddienst.

(6) Die Anforderungen an die Spitex aufgrund der neuen Pflegefinanzierung im Bereich der Akut- und Übergangspflege sowie für die Palliative Care sind in der Verordnung konkretisiert und sind von den einzelnen Organisationen umzusetzen.

(7) Der Kanton prüft, inwieweit im Bereich der Anstellung von privaten Betreuungspersonen durch ältere Menschen bzw. deren Angehörigen ein über die bestehenden arbeits- und ausländerrechtlichen Vorschriften hinausgehender Regelungsbedarf

besteht und wie der Schutz der betreuten Personen vor Missbrauch sichergestellt werden kann.

(8) Die Gemeinden sind für die Koordination der verschiedenen Angebote der Hilfe und Pflege zu Hause verantwortlich, können diese aber an eine Organisation delegieren. Sie sind grundsätzlich in der Wahl der Leistungspartner frei und regeln die Aufgabenzuteilungen der einzelnen Angebote mittels Leistungsvereinbarungen. Den Gemeinden wird empfohlen, den Spitexorganisationen einen Gesamtleistungsauftrag für ein möglichst breites Spektrum an ambulanten Leistungen zu erteilen.

Die Koordination der verschiedenen Angebote wird von vielen Gemeinden noch als Problemfeld wahrgenommen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass für eine bestimmte Gruppe von fragilen zu Hause lebenden hilfsbedürftigen älteren Menschen eine gegenüber dem Klienten bzw. der Klientin verbindliche Koordination der verschiedenen Leistungserbringer erforderlich ist (Care Management).

(9) Obwohl kleine Organisationen nicht a priori unwirtschaftlich sind und in qualitativer Hinsicht auch Vorteile aufweisen können, bewegen sich mehrere Spitexorganisationen immer noch an einer von der Grösse her gesehen unteren Grenze. Vermehrte organisatorische Zusammenschlüsse sind zwingend notwendig, ohne die Vorteile einer Bezugspflege und -betreuung ausser Acht zu lassen.

Um eine dezentrale, kunden- und gemeindenahe Leistungserbringung längerfristig zu garantieren, ist auch die Bildung regionaler Leistungszentren zu prüfen, welche die kleineren Spitexorganisationen im administrativen Bereich wirkungsvoll entlasten könnten.

Grössere organisatorische Einheiten werden künftig aus verschiedenen Gründen wichtiger:

- Für die Leitung auch von Non-Profit-Organisationen (NPOs) wird Führungs- und Management-Know-how immer wichtiger. Die Anstellung entsprechend qualifizierter Personen ist in kleinen Organisationen kaum möglich.
- Die Leistungsanforderungen an die Spitexorganisationen im Bereich der Akut- und Übergangspflege sowie im Bereich der Palliative Care verlangen nach höherer zeitlicher Flexibilität und Spezialisierung, welche in grösseren Einheiten besser bewältigt werden können.
- Die Rekrutierung von geeigneten Vorstandsmitgliedern wird schwieriger und es muss vermehrt Vorstandsarbeit auf eine professionelle (bezahlte) Ebene verlagert werden.

(10) Da die nur an private Non-Profit-Organisationen ausgerichteten Subventionen des Bundes weggefallen sind, können künftig vermehrt auch Modelle organisatorischen Zusammengehens von Spitexorganisation und einem stationären Anbieter in Frage kommen.

Das ambulante Angebot unterscheidet sich allerdings in vielerlei Hinsicht recht erheblich vom stationären Pflegeangebot und die zu erzielenden Synergien sind eher

gering. Um die Effektivität in der Spitex zu erhöhen, werden deshalb horizontale Zusammenschlüsse zwischen Spitexorganisationen empfohlen.

(11) Den Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen muss noch vermehrt Rechnung getragen werden. Zur Aufrechterhaltung ihrer Leistungsbereitschaft sind Entlastungsangebote (Tagesplätze, Ferienbetten) wichtig. Ebenso müssen ambulante Entlastungsdienste angeboten werden.

Verschiedene Studien belegen die hohen, oftmals die eigene Person vernachlässigenden Belastungen, denen pflegende Angehörige sich aussetzen (vgl. z. B. Kesselring, 1998). Vor allem die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung sind für die Angehörigen in hohem Masse belastend.

Entlastungsangebote müssen finanziell tragbar sein. Bei der Festlegung der Tarife für die Inanspruchnahme soll berücksichtigt werden, dass durch den Einsatz der Angehörigen erhebliche Einsparungen bei den formellen Pflegeleistungen anfallen. Um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden, müssen Tages- und Nachtstrukturen wie auch Entlastungsangebote zu Hause, wie sie derzeit im Kanton Thurgau insbesondere vom Schweizerischen Roten Kreuz angeboten werden, noch vermehrt bekannt gemacht und finanziell von den Gemeinden gefördert werden.

Der Umgang mit pflegenden Angehörigen ist noch vermehrt in der Fort- und Weiterbildung zu thematisieren. Zudem muss die Beratung und Begleitung von pflegenden Angehörigen intensiviert und die erforderlichen zeitlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

(12) Die Qualitätsförderung ist primär Sache jedes einzelnen Leistungserbringers. Der Kanton überwacht die Qualität im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit.

Grundlagen der Aufsichtstätigkeit bilden die kantonalen Spitex-Richtlinien. Mit diesen sind die Mindestanforderungen an die berufliche Qualifikation des Personals subsidiär definiert. Anstrengungen im Qualitätsbereich sollten konsequent am Nutzen bzw. an den Wirkungen für die Klienten und Klientinnen gemessen werden.

(13) Obwohl der Wettbewerbsdruck von privatem, erwerbswirtschaftlich orientiertem Pflegefachpersonal noch klein ist, benötigen die Spitexorganisationen Freiräume, um sich dem Wettbewerb stellen zu können. Insbesondere sollte es ihnen freistehen, Zusatzleistungen im nichtsubventionierten Bereich zu erbringen, wenn der Klient oder die Klientin bereit ist, dafür einen marktgängigen Preis zu zahlen.

9. Alters- und Pflegeheime

9.1 Ist-Situation

9.1.1 Angebot und Entwicklung

Insgesamt standen im Jahre 2009 2925 Plätze in 52 Alters- und Pflegeheimen zur Verfügung. Die Zahl der angebotenen Plätze hat sich damit gegenüber dem Jahr 1998 um rund 5 % erhöht. Tabelle 11 zeigt die Heime nach der Anzahl Plätze. Mehr als die Hälfte der Heime umfasst weniger als 51 Plätze, fast ein Drittel weniger als 31 Plätze.

Tabelle 11: Alters- und Pflegeheime 2009 nach Grösse

Heimgrössen	Anzahl Heime	in %
bis 30	16	30.8 %
31 bis 50	12	23.1 %
51 bis 80	11	21.2 %
81 bis 110	7	13.5 %
grösser als 110	6	11.5 %
Insgesamt	52	100.0 %

Quelle: Erhebung Alters- und Pflegeheime 2009

Das bisherige Alterskonzept (2000, S. 34) legte als Grundlage für die stationäre Planung Richtwerte fest. Für das Jahr 2010 beträgt dieser Richtwert 26.1 % der 80-Jährigen und Älteren, was bei einer Soll-Auslastung von 93 % einem Wert von rund 28 Plätzen pro 100 80-jährige und ältere Thurgauer und Thurgauerinnen entspricht.

Für die weitere Darstellung der Ist-Situation wird auf die im Rahmen der Überprüfung des Alterskonzeptes im Jahre 2009 durchgeführte Erhebung (Stichtag 30. September 2009), und auf die SOMED-Daten aus dem Jahre 2008 abgestellt.

Gemäss unserer Erhebung im September 2009 waren insgesamt 2’925 Alters- und Pflegeheimplätze vorhanden, welche mit 2’749 Bewohnern und Bewohnerinnen belegt waren (vgl. Tabelle 12, S. 46). Gegenüber der SOMED-Statistik 2008 ergibt sich in Bezug auf die Platzzahl eine Differenz von rund 100 Plätzen, welche im Wesentlichen auf Angebotsveränderungen und darauf beruhen, dass „Altersheimplätze“ bzw. „Wohnungen mit Pflegeangebot“ in der SOMED-Statistik von den betroffenen Institutionen nur teilweise erfasst wurden. Die Pflegeheimliste des Kantons Thurgau (Juni 2010) mit insgesamt 2’838 Plätzen umfasst nur die Plätze für Heimbewohner und Heimbewohnerinnen aus dem Kanton Thurgau.

Tabelle 12: Überblick über das stationäre Angebot 2008 / 2009

	SOMED-Statistik 31. 12. 2008	Erhebung 2009
. Anzahl Plätze	2'819	2'925
. Anzahl Bewohner und Bewohnerinnen	2'612	2'749
. Auslastung in %	92.7 %	94.0 %
. Ausserkantonale in Heimen des Kantons TG 1)	276	290
. Thurgauerinnen und Thurgauer in Heimen im Kanton TG	2'336	2'459
. Thurgauerinnen und Thurgauer in Heimen ausserhalb des Kantons 6.7 % 2)	157	165
. Thurgauer/Thurgauerinnen in Heimen insgesamt	2'493	2'623
. 80-Jährige und Ältere	10'054	10'399
. Plätze in % der 80-Jährigen und Älteren	28.0 %	28.1 %
. Heimquote (Thurgauerinnen und Thurgauer in inner- und ausserkantonalen Alters- und Pflegeheimen)	24.8 %	25.2 %
. Richtwert Bettendichte mit effektiver Auslastung	26.8 %	26.8 %

Quellen: Auswertung kantonale SOMED Statistik 2008, korrigiert für nicht einbezogene Heime; Erhebung Alterskonzept 2009; 1) gemäss Auswertung SOMED Statistik 2008, 2009 Schätzung gemäss Anteil 2008; 2) Schätzung Berechnung mit der CH-SOMED-Datenbank 2007, 6.7 % der Heimbewohnerinnen aus dem Kanton TG.

9.1.2 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

Von den 2819 Bewohnern und Bewohnerinnen (gemäss SOMED Statistik 2008) waren 276 ausserkantonaler Herkunft, bzw. 2'336 Thurgauer und Thurgauerinnen. Rund 160 Thurgauerinnen und Thurgauer leben in einem Alters- und Pflegeheim ausserhalb des Kantons. Das bedeutet, dass der Kanton Thurgau per Saldo einen positiven Wanderungssaldo von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern aus anderen Kantonen aufweist.

Der überwiegende Teil der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen ist über 80-jährig (77.7%) und rund drei Viertel sind Frauen (74.4%, vgl. Tabelle 13, S. 47). Dagegen sind nur rund 5 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner unter 65-Jährige, nur Vereinzelte sind weniger als 50 Jahre alt. Gegenüber 1998 hat sich der Anteil der 80-jährigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner leicht nach oben verschoben (77.7 %, gegenüber 72.4 % in 1998).

Tabelle 13: Heimbewohnerinnen und Heimbewohner 2008 nach Alter und Geschlecht

		Altersklassen					
		bis 34 Jahre	35 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	65 bis 79 Jahre	80 und mehr	Gesamt
Männlich	Anzahl	1	10	57	167	416	651
	in %	2 %	1.5 %	8.8 %	25.7 %	63.9%	100.0 %
Weiblich	Anzahl	0	5	49	279	1563	1896
	in %	0 %	3 %	2.6 %	14.7 %	82.4 %	100.0 %
keine Angabe	Anzahl	0	0	0	0	2	2
	in %	0 %	0 %	0 %	0 %	100.0 %	100.0 %
Gesamt	Anzahl	1	15	106	446	1981	2549
	in %	0 %	6 %	4.2 %	17.5 %	77.7 %	100.0 %

Quelle: SOMED Statistik 2008 Kanton Thurgau. Angaben von drei Heimen fehlen, in Tabelle 12 korrigiertes Total Platzzahl und Bewohnerinnen und Bewohner, deshalb der Unterschied zum Total dieser Tabelle

In % der 80-jährigen Bevölkerung machen die 80-jährigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner 19.2 % aus (1981/10339). Dieser Anteil hat sich von 22.1 % in 1998 auf 19.2 % in 2009 reduziert.

Tabelle 14: Herkunftsort der Eintritte in Alters- und Pflegeheime 2008

		Zu Hause	Sozialmedizinische Institution	Krankenhaus	Andere Institution Art. 73 IVG	Andere	Gesamt
Langzeit	Anzahl	2161	307	710	81	133	3392
	in %	63.7 %	9.1 %	20.9 %	2.4 %	3.9 %	100.0 %
Kurzzeit	Anzahl	250	11	122	7	7	397
	in %	63.0 %	2.8 %	30.7%	1.8 %	1.8 %	100.0 %
Gesamt	Anzahl	2411	318	832	88	140	3789
	in %	63.6 %	8.4 %	22.0 %	2.3 %	3.7 %	100.0 %

Quelle: Fälle 2008, SOMED Statistik 2008 Kanton Thurgau. Angaben von drei Heimen fehlen.

Über 60 % der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner treten von zu Hause in ein Alters- und Pflegeheim ein, rund ein Fünftel über ein Krankenhaus (Akutspital, Psychiatrie). Gegenüber 1998 hat damit der Anteil derjenigen, die direkt von zu Hause (bzw. einer Alterssiedlung) eintreten, abgenommen. Ebenso abgenommen hat der Anteil derjenigen, die aus einem anderen Alters- und Pflegeheim eintreten. Um zehn Prozent zugenommen haben der Anteil derjenigen, die aus einem Krankenhaus (Akutspital, Psychiatrische Einrichtung) eintreten (von 20 % auf 22 %), sowie der Anteil derjenigen, die aus einem IV-Heim eintreten.

Tabelle 15 Pflegeintensität nach BESA-Stufen 1998 und 2009[8]

Pflegestufen nach BESA 1998 und 2009			
Stufe	Pflegetage 2009	2009 in %	Bewohnerinnen und Bewohner 1998 in %
BESA0	50'382	5.5 %	10.8 %
BESA1	144'789	15.8 %	17.8 %
BESA2	231'382	25.2 %	21.7 %
BESA3	222'766	24.3 %	20.0 %
BESA4	267'520	29.2 %	29.7 %
Total	916'839	100.0 %	100.0 %

Quelle: Erhebung CURAVIVA TG 2009

Die Besetzung der einzelnen Pflegestufen hat sich gegenüber der Erhebung 1998 verändert, wobei auch Anpassungen beim entsprechenden Einstufungsinstrument zu Verschiebungen geführt haben dürften. Abgenommen hat insbesondere der Anteil der selbständigen Bewohnerinnen und Bewohner (von über 10 % auf noch 5.5 %), während die beiden mittleren Stufen BESA2 und BESA3 zugelegt haben. Insgesamt hat die Pflegeintensität zugenommen.

9.1.3 Marktsituation

Aufgrund der gemäss Umfrage 2009 verfügbaren Indikatoren zeigt sich bei den Alters- und Pflegeheimen eine relativ entspannte Marktsituation:

- Mit rund 94 % liegt die Auslastung zwar noch etwas über dem im Alterskonzept 2000 verwendeten Soll-Wert, ist aber im interkantonalen Vergleich tief und liegt deutlich unter einer maximal erreichbaren Auslastung von ca. 98 %.
- Die dringlichen Wartelisten der Heime waren per Ende September 2009 mit 268 Personen besetzt, was insgesamt etwa 9.1 % der verfügbaren Plätze entspricht. Die Meldungen von Personen auf der dringlichen Warteliste konzentrierten sich schwerpunktmässig auf einige wenige Heime, vorwiegend in der Region Frauenfeld.
- Rund 50 % der Heimleiterinnen und Heimleiter geben an, dass sie Schwierigkeiten hatten, einen im laufenden Jahr frei gewordenen Platz wieder zu besetzen.
- Die meisten Heimleiterinnen und Heimleiter beurteilen das bestehende Angebot an stationären Plätzen in ihrem Einzugsgebiet als ausreichend (49 %), etwas mehr als ein Viertel als eher bzw. deutlich zu gross (27.5 %) und etwas weniger als ein Viertel als eher (13.7 %) bzw. deutlich (9.8 %) zu knapp.
- Die Akutspitäler weisen für die Region Frauenfeld auf Verlegungsschwierigkeiten von pflegebedürftigen Personen nach Akutspitalaufenthalten hin.

[8] Beim BESA-System handelt es sich um ein Einstufungssystem, welches die Pflegeintensität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für die Taxberechnung erfasst. Ab 2010 erfolgt die Einstufung in 12 Pflegestufen aufgrund der zwei zugelassenen Systeme BESA und RAI/RUG.

- Aus der Sicht der befragten Gemeinden ist ein ausreichendes Angebot an Alters- und Pflegeheimen vorhanden (vgl. Tabelle 7, Seite 32).

Tabelle 16: Vergleich Angebot und Auslastung 1998 und 2009

	1998	2009
Anzahl Plätze	2'784	2'925
Anzahl Bewohner und Bewohnerinnen	2'585	2'749
Auslastung	92.90 %	94.00 %
Anzahl 80+	8'321	10'339
Bettendichte	33.46 %	28.29 %
Warteliste in %	7.30 %	9.10 %
Schwierigkeiten, Plätze zu belegen ja	49.00 %	47.20 %

Quelle: Alterskonzept 1998, Erhebung Alters- und Pflegeheime 2009

Fazit: Obwohl die Bettendichte seit 1998 gesunken ist, haben sich die Auslastung, die Wartelistensituation und das Ausmass an Belegungsschwierigkeiten nicht wesentlich verändert. Insgesamt präsentiert sich das Bild eines Angebots, welches die Nachfrage im Durchschnitt quantitativ gut decken kann. Damit bleiben Wahlmöglichkeiten offen und zwischen Alters- und Pflegeheimen spielt in einem gewissen Ausmass ein Markt.

9.1.4 Qualitative Aspekte

Die meisten Heime verstehen sich heute als offene Institutionen, die auch Angebote für zu Hause lebende ältere Menschen machen (Mittagstische, Möglichkeit als Tagesgast den Tag im Heim zu verbringen etc.) und mit verschiedenen Aktivitäten dafür sorgen, dass der Kontakt zur Bevölkerung verstärkt wird.

Positiv zu erwähnen ist auch, dass betreffend Heim Wahlfreiheit besteht, wobei ältere Personen in gemeindeeigenen oder Vertragsheimen bevorzugt aufgenommen werden. Die Befragung der Gemeinden zeigte, dass immer noch ein erheblicher Teil der Gemeinden weder Träger noch Vertragsgemeinde eines Alters- und Pflegeheims ist.

Wesentlich entwickelt wurden seit dem Alterskonzept 1998 auch die spezialisierten Strukturen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, welche an einer dementiellen Erkrankung leiden.

Eine Umsetzungsmassnahme des bisherigen Alterskonzeptes war die Inkraftsetzung von Richtlinien und Kriterien für die Erteilung einer Bewilligung für den Betrieb von Institutionen für Menschen im AHV-Alter per 1. Januar 2002. Die seit 2004 zu deren Überprüfung durchgeführten Audits durch das Gesundheitsamt zeigen, dass sich die Qualität in den Alters- und Pflegeheimen stetig verbessert und mehrheitlich von einer guten Qualität der Heime gesprochen werden kann. Es werden nebst einer verbesserten Infrastruktur sichtbare Anstrengungen betreffend berufliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie im Qualitätsmanagement unternommen.

In den letzten Jahren haben viele Heime ihre baulichen Voraussetzungen verbessert und bestehende Infrastrukturen erneuert.

In der Erhebung 2009 wurden auch einige bauliche Eckwerte erhoben: Tabelle 17, zeigt die deutlich geringere Auslastung der Zweier- und Mehrbettzimmer, deren Belegung zunehmend schwieriger wird und welche teilweise bereits heute regelmässig aus qualitativen Gründen nicht mehr voll belegt werden. Der Umstand, das Zimmer mit einer meistens fremden anderen Person teilen zu müssen, die erheblich eingeschränkte Privatsphäre, die kaum mögliche individuelle Möblierung, das Miterleben der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, des Leidens und u. U. des Sterbens von mehreren Zimmergenossen führen dazu, dass Mehrbettzimmer von Ausnahmen abgesehen nicht mehr den Bedürfnissen entsprechen.

Tabelle 17: Zimmerstruktur und Belegung nach Zimmertyp

	Anzahl Zimmer	Anzahl Plätze	Belegt	Auslastung
Einerzimmer	1’724	1’724	1’676	97.2 %
Zweierzimmer	478	956	860	90.0 %
Drei- und Mehrbettzimmer	18	60	56	93.3 %
Temporäre Plätze/Ferienbetten	36	45	29	64.4 %
Tagesplätze	10	18	7	
Nachtplätze	1	3	1	
Andere	167	140	128	91.4%
Total Alters- und Pflegeheimplätze	2’434	2’925	2’749	94.0 %

Quelle: Erhebung Alters- und Pflegeheime 2009

Die geringe Auslastung bei den temporären Plätzen ist auf die Art dieses Angebots zurückzuführen. Durch die temporäre Belegung entstehen zwischen den Belegungen immer wieder Leerstände. Zudem ist das Angebot insbesondere der Ferienbetten teilweise saisonal schwankend. Die geringe Auslastung zeigt, dass die Bereitstellung eines ausreichenden Angebots von temporären Plätzen kostenintensiv ist und gegenüber einer permanenten Belegung für die Heime betriebswirtschaftlich weniger interessant ist.

Tabelle 18: Sanitäre Ausstattung

Sanitäre Ausstattung	Anzahl Zimmer	in %
. Davon mit Nasszelle	1’283	55 %
. Nur WC und Lavabo	474	20 %
. Nur über Lavabo	509	22 %
. Keine sanitären Einrichtungen	84	4 %
Total Zimmer	**2’350**	**100 %**

Quelle: Erhebung Alters- und Pflegeheime 2009

Da immer noch über ein Drittel der Plätze in Zwei- oder Mehrbettzimmern angeboten werden und nur etwas mehr als die Hälfte der Zimmer (55 %) mit Nasszellen ausgerüstet sind, ist die gegenwärtige Situation in Thurgauer Heimen noch recht stark vom mehr und mehr anerkannten Standard „Einerzimmer mit Nasszelle“ entfernt.

Die Bemessung von Ergänzungsleistungen geht in der Finanzierung vom Zweibettzimmer als Standard aus. Diese Praxis ist aus Sicht des Alterskonzeptes zu überdenken, in dem auch bei EL-Bezügerinnen und -Bezügern grundsätzlich von einem Anspruch auf ein Einerzimmer auszugehen ist, sofern die Zusatzkosten sich in einem festzulegenden vertretbaren Rahmen bewegen.

9.2 Bedarfsplanung des stationären Angebots

Die folgenden Überlegungen und Massnahmenvorschläge erfolgen im Hinblick auf die kantonale Pflegeheimplanung. Die kantonale Pflegeheimplanung beschränkt sich nicht nur auf die 65-Jährigen und Älteren, sondern grundsätzlich auf alle Bevölkerungsgruppen.

9.2.1 Einflussfaktoren für den Heimeintritt und Entwicklungstendenzen

Der Bedarf nach Pflegeheimplätzen ist von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig. Eine Zusammenfassung der inzwischen umfangreichen Literatur liefern Gaugler et. al. in zwei Metastudien (Gaugler et al., 2009; Gaugler et al., 2007), die mit weiteren relevanten Faktoren ergänzt wurden, für die keine oder nur vereinzelte Untersuchungen vorliegen:

Tabelle 19: Einflussfaktoren Heimeintritt

Legende: + /- positive bzw. negative Beziehung;
++ / -- besonders starke, signifikante positive bzw. negative Beziehung
k. A. keine quantitativ empirischen Angaben

- Einschränkungen in der Selbständigkeit (++), in der Regel gemessen als Ausmass der Hilfsbedürftigkeit in den Funktionen des täglichen Lebens (Ankleiden, Essen, Hygiene, Toilettenbenutzung etc.)
- Einschränkungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit (++)
- Soziodemographische Merkmale wie Alter (++), Geschlecht (männlich +), Einkommen (-) und Lebenssituation (allein lebend ++, ländliche Umgebung +, Hauseigentümer --)
- Verfügbarkeit von informaler Hilfe (Partner --, Anzahl Kinder --) und formaler Hilfe
- Preise und Verfügbarkeit des stationären Angebots (k. A.)
- Wertvorstellungen vor allem der älteren Menschen gegenüber Heimen und anderen Formen des kollektiven Wohnens (k. A, wichtiger Faktor, aber nicht systematisch untersucht)

Quelle: Gaugler et. al., 2007, ergänzt.

In erster Linie sind es die gesundheitlichen Faktoren, die zu körperlichen oder kognitiven Einschränkungen in der Selbständigkeit bei der Alltagsbewältigung führen, welche den Heimaufenthalt erklären. Wichtig sind auch einige soziodemographische Variablen sowie die Entwicklung der Inanspruchnahme bzw. Verfügbarkeit der formalen und informalen Hilfe.

Nach wie vor ist das Heim aber auch ein Ort, welcher von älteren Menschen wegen der Sicherheit, den sozialen Kontakten und dem Komfort der Hotellerie gewählt wird, und es bleibt eine Herausforderung für die Alters- und Pflegeheimbranche, für diese Personen die Attraktivität zu erhalten und zu verbessern.

Für planerische Zwecke eignen sich vor allem soziodemographische Variablen, insbesondere weil für die anderen Gruppen von Einflussfaktoren in der Regel keine regelmässig erhobenen Daten vorliegen. Da viele der oben erwähnten Einflussfaktoren direkt mit dem Alter korrelieren, eignet sich dieser Faktor stellvertretend gut als Indikator für die Ermittlung des stationären Bedarfs: So war der Anteil der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der Alterskategorie der 80-Jährigen und Älteren im Jahre 2008 im Kanton Thurgau mehr als 10 mal höher als in der Altersgruppe der 65 - 79-Jährigen.

Für die Festlegung des stationären Bedarfs sind deshalb altersspezifische Richtwerte geeignet. Da die Heimquote (Anzahl Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in % der Bevölkerung) ab dem 80. Altersjahr exponentiell ansteigt, bietet sich als Basisgrösse die Zahl der 80-Jährigen und Älteren an.

Wie werden sich die für einen Heimeintritt relevanten Faktoren in Zukunft entwickeln? Die wichtigsten Trends in Bezug auf die Entwicklung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter wurden in Abschnitt 7, Seite 35 dargestellt. Weitere Anhaltspunkte für die künftige Festlegung der Richtwerte ergeben sich aus einem Quervergleich mit anderen Kantonen.

9.2.2 Vergleiche mit anderen Kantonen

Ein Vergleich mit anderen Kantonen kann aufgrund der SOMED Statistik erfolgen.

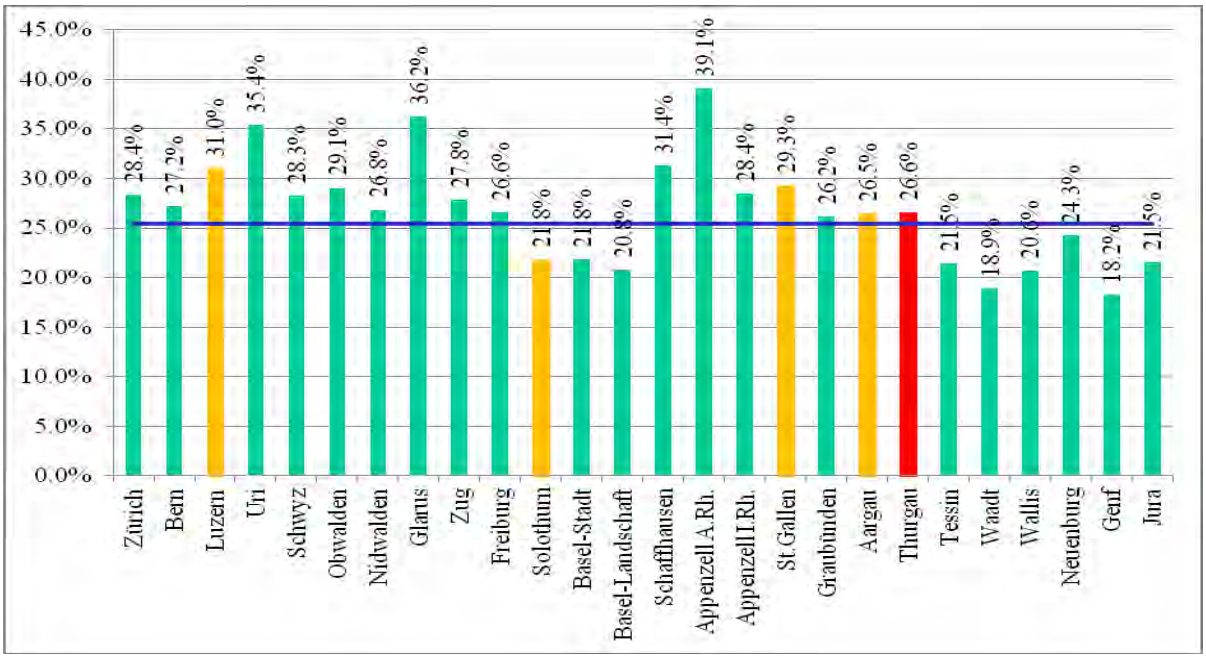


Abbildung 2: Bettendichte in % der 80-Jährigen und Älteren pro Kanton 2008

Quelle: SOMED-Statistik 2008. SOMED-Statistik 2008 führt zwei Heime und vereinzelte Plätze noch nicht als Pflegeheimplätze, die Abweichung beträgt 2.2% zur Thurgauer Erhebung 2009.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl Heimplätze in % der 80-Jährigen und Älteren pro Kanton (Bettendichte). Diese Werte berücksichtigen allerdings die Inanspruchnahme von Heimplätzen über die Kantonsgrenzen hinweg nicht, was insbesondere bei kleineren Kantonen relevant sein kann. So liegt beispielsweise die Bettendichte (in % 80+) im Kanton Solothurn bei tiefen 21 %. Unter Berücksichtigung des „Nettoexportes" in andere Kantone würde sich die effektive Inanspruchnahme auf 23.6 % (Heimbewohnerinnen und Heimbewohner aus Kanton Solothurn pro 100 80-Jährige und Ältere) erhöhen.

Der Kanton Thurgau liegt bei der Bettendichte mit 26.6 % etwas über dem schweizerischen Mittel, aber tiefer als die übrigen Ostschweizer Kantone.

9.2.3 Festlegung der künftigen Richtwerte

Gemäss Art. 39 KVG sind die Kantone verpflichtet, eine Bedarfsplanung durchzuführen und eine Pflegeheimliste zu erlassen. Damit werden diejenigen Alters- und Pflegeheime definiert, deren Pflegeleistungen grundsätzlich zulasten der obligatorischen Krankenpflege von den Versicherern bzw. von der öffentlichen Hand zu übernehmen sind.

Für die Festlegung der Richtwerte und die Durchführung der Pflegeheimplanung wird von folgenden Grundsätzen ausgegangen:

- Der Richtwert wird wie bis anhin in Prozent der 80-Jährigen und Älteren festgelegt. Er umfasst wie bis anhin nur die für die Thurgauer Bevölkerung erforderlichen Plätze. Es steht den Heimen frei, weitere Plätze für ausserkantonale Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ausserhalb der kantonalen Pflegeheimliste anzubieten.
- Der Richtwert soll aus Praktikabilitätsgründen das gesamte Angebot an Alters- und Pflegeheimplätzen umfassen, unabhängig davon, ob einige dieser Plätze von nichtpflegebedürftigen Personen belegt werden. Mit der Pflegeheimliste ist im KVG eine Gesamtkapazitätsplanung bzw. -steuerung beabsichtigt. Eine solche umfasst auch die noch selbständigen Bewohnerinnen und Bewohner, da diese in der Regel im Laufe der Zeit vermehrt pflegebedürftig werden. Die Zahl der völlig selbständigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Alters- und Pflegeheimen ist im Kanton Thurgau gering.
- Besondere Angebote wie z. B. temporäre Plätze oder spezifische Angebote für Bewohnerinnen und Bewohner mit einer dementiellen Erkrankung sind im Richtwert enthalten und werden nicht separat geplant.
- Der Richtwert für das Angebot an Alters- und Pflegeheimplätzen soll so festgelegt werden, dass ein Wettbewerb zwischen den Heimen möglich ist. Das heisst, dass für die Angebotsplanung von einer Auslastung ausgegangen wird, die unter der maximal möglichen liegt. Konkret wird wie bis anhin von einer Soll-Auslastung von rund 93 % ausgegangen.
- Für konkrete Planungsfragen stellt sich auch die Frage, welcher Zeithorizont für die Festlegung des Bedarfs betrachtet werden soll. Für den Entscheid, ein Angebot auf die Pflegeheimliste aufzunehmen, wird auf den Bedarf, der sich aufgrund der Richtwerte in 10 -15 Jahren ergibt, abgestellt werden.

- Für die Angebotsplanung soll wie bis anhin von einer regionalen Optik ausgegangen werden. Die Definition der Region muss situativ erfolgen und soll die spezifischen regionalen Verhältnisse reflektieren (bestehende vertragliche Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung, Verkehrsströme und Erreichbarkeit im Einzugsgebiet, Zusammenarbeit in anderen kommunalen Bereichen etc.). Auf eine Planung pro Bezirk wird verzichtet.
- Für öffentliche und private Investorinnen und Investoren ist ein verbindlicher Entscheid über die Aufnahme des geplanten Angebots auf die kantonale Pflegeheimliste von grosser Bedeutung, da ohne Beiträge der Versicherer und der öffentlichen Hand an die Pflegekosten der Bewohnerinnen und Bewohner ein Angebot nicht marktfähig wäre. Nachdem eine gesundheitspolizeiliche Bewilligung erst nach Fertigstellung und Bauabnahme sowie Prüfung der übrigen gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen erteilt werden kann, soll die Klärung der Bedarfsfrage vorab mit einem bedingten rechtsfähigen Entscheid des Regierungsrates betreffend der Aufnahme auf die Pflegeheimliste erfolgen.
- Verschiedene Überlegungen deuten darauf hin, dass künftig die Zahl der Plätze, welche für 80-Jährige und Ältere benötigt wird, weiter sinken wird. Das Ausmass der Reduktion kann etwa anhand von folgenden Überlegungen geschätzt werden:
  - Die Bettendichte (in % der 80-jährigen und älteren) ist seit der Erhebung 1998 im Kanton Thurgau von 33.4 % auf 28.3 % im Jahr 2009 gesunken (vgl. Tabelle 16). Das entspricht einem Rückgang von rund 10 % in den letzten 10 Jahren.
  - Höpflinger und Hugentobler (2004, S.48) gehen in ihren Überlegungen zur künftigen Entwicklung davon aus, dass die Pflegequote der 80-Jährigen und Älteren in den nächsten 20 Jahren um 10 bis 15 % sinken wird.
  - Die effektive Aufenthaltsdauer ist ein wichtiger Faktor für die Entwicklung des künftig erforderlichen Bettenbedarfs. Sinkt die Aufenthaltsdauer, sinkt direkt auch der erforderliche Bettenbedarf. Die Kantonale Koordinationsstelle Köniz hat seit mehreren Jahren die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen im Kanton Bern erhoben, sodass ein verlässliches Trendbild entsteht. Es zeigt für die Entwicklung der Aufenthaltsdauer im Zeitraum von 10 Jahren eine Reduktion um ca. 13 %.

Für die Festlegung der Richtwerte wird deshalb von einer weiteren Senkung des Richtwertes (Heimquote) um 2.0 Prozentpunkte im ersten Jahrzehnt (2010 - 2020) und um weitere 3.0 Prozentpunkte im zweiten (2020 - 2030) ausgegangen, was bei einem Ausgangswert von 26.1 % einer durchschnittlichen Senkung von rund 10 % pro Jahrzehnt entspricht.

Damit ergeben sich folgende gesamtkantonalen Planungswerte:

Tabelle 20: Bedarfs-Richtwerte Pflegeheimliste 2010 bis 2030

	Aktuell Alters-konzept 2000	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030
65 +		36'114	37'164	38'209	44'382	50'991	59'120	68'163
80 +		10'054	10'339	10'566	12'175	13'975	16'764	20'250
Richtwert für Bewohnerinnen und Bewohner TG	26.1 %	24.8 %	25.2 %	26.1 %	25.1 %	24.1 %	22.6 %	21.1 %
Auslastung	93.0 %	92.7 %	94.0 %	93.0 %	93.0 %	93.0 %	93.0 %	93.0 %
Richtwert Betten (TG)	28.1 %	26.8 %	26.8 %	28.1 %	27.0 %	25.9 %	24.3 %	22.7 %
TG-Heimbewohner/innen		2493	2623	2758	3056	3368	3789	4273
Bettenbedarf (Obergrenze Heimbewohner/innen TG)		2690	2791	2965	3286	3621	4074	4594
Pflegeheimliste 1.1.2011				2862				

- Für die Umsetzung der laufenden Pflegeheimplanung muss neu auch die Möglichkeit geschaffen werden, die Plätze eines Heimes auf der Pflegeheimliste zugunsten anderer Pflegeheime zu reduzieren, wenn dieses während 3 aufeinanderfolgenden Jahren seine Platzzahl gemäss Pflegeheimliste zu weniger als 90 % auslastet (ohne ausgewiesene und als solche betriebene Ferienbetten). Dieses Kriterium soll bereits bei der Bereinigung der aktuellen Pflegeheimliste zur Anwendung kommen. Auf diese Weise reduzierte Plätze sollen ohne neue Bedarfsanalyse durch das Departement einem oder mehreren anderen Pflegeheimen der Region zugeteilt werden können.
- Um regionalen Unterschieden im Angebot und in der Nachfrage nach Heimplätzen Rechnung tragen zu können, kann das Bettenangebot gemäss Richtwert in einer Region um maximal 10 % erhöht werden, wenn die Auslastung in der relevanten Region während mindestens zwei Jahren über 95 % liegt.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass der Trend zu betreuten Wohnformen weiter anhalten wird. Betreutes Wohnen, insbesondere in Alterswohnungen in unmittelbarer Nähe von Alters- und Pflegeheimen, kann je nach Ausgestaltung des Angebotes und Intensität der Leistungen zu einer pflegeheimähnlichen Betreuungssituation führen. Damit werden zumindest teilweise Pflegeheimplätze substituiert. Es ist deshalb vorgesehen (vgl. vorne Abschnitt 6.2, Punkt (6), S. 33), betreute Wohnformen, bei denen der stationäre Angebotscharakter überwiegt, **anteilsmässig** auf die Pflegeheimliste aufzunehmen. Für die Abgrenzung, welche Plätze aufzunehmen sind, ist das Vorhandensein einer vom Departement für Finanzen und Soziales zu definierenden minimalen Pflegeintensität ein wichtiges Kriterium.

9.3 Spezielle Angebote

Gemäss der im Rahmen des Alterskonzepts durchgeführten Erhebung geben die Alters- und Pflegeheime im Sinne einer Selbstdeklaration an, folgende speziellen Angebote zu führen:

Tabelle 21: Spezielle Angebot in Thurgauer Alters- und Pflegeheimen (Welche der folgenden Angebote werden in Ihrem Heim geführt?)

		Nein	Ja	Gesamt
Geschützte Wohngruppe/Abteilung für Demente	Anzahl	33	20	53
	in %	62.3 %	37.7 %	100.0 %
Tagesheim/Tagesplätze	Anzahl	41	12	53
	in %	77.4 %	22.6 %	100.0 %
Übergangspflege (vorübergehend zur Rekonvaleszenz)	Anzahl	40	13	53
	in %	75.5 %	24.5 %	100.0 %
Spezielle Gruppe/Abteilung für psychisch Kranke	Anzahl	50	3	53
	in %	94.3 %	5.7 %	100.0 %
Spezielle Gruppe/Abteilung für jüngere Pflegebedürftige (unter 65-Jährige)	Anzahl	45	8	53
	in %	84.9 %	15.1 %	100.0 %

Quelle: Erhebung Alters- und Pflegeheime 2009

9.3.1 Geschützte Wohngruppen/Abteilungen für Menschen mit einer Demenz

Um den spezifischen Bedürfnissen von kognitiv beeinträchtigten Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu entsprechen und um insbesondere auch die übrigen Heimbewohnerinnen und Heimbewohner von Interaktionen mit verhaltensmässig schwierigen Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen zu schützen, wurden im Alterskonzept 1998 empfohlen, in grösseren Heimen (ab ca. 60 Plätzen) separate Wohngruppen für Demente zu schaffen.

In der Umfrage 2009 gaben 20 von 53 Heimen an, eine geschützte Abteilung oder Wohngruppe für demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zu betreiben. Der Anteil von speziellen Plätzen für Demente beträgt rund 12 % des Angebots an Heimplätzen. Da es sich bei den Angaben der Heime um eine Selbstdeklaration der Plätze in einer geschützten Abteilung handelt, ist dieser Wert allerdings mit Vorsicht zu interpretieren.

Eine Untersuchung von Oppikofer et al (2005) zeigt für verschiedene Formen einer separativen Betreuung (Demenzabteilung, drei Welten Modell, phasengerechte Betreuung) in der Tendenz eine bessere Lebensqualität bei den Bewohnern und Bewohnerinnen, eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit bei geringerer Stressbelastung aber höherer emotionaler Belastung. Ein wesentliches Element, nämlich die Entlastung von nichtdementen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern von belastenden Interaktionen mit verhaltensauffälligen Dementen wurde allerdings nicht evaluiert. Andere Untersuchungen der Effekte von geschützten Abteilungen zeigen selektiv positive, vielfach nicht signifikante und in Einzelfällen auch negative Ergebnisse. Obwohl die verfügbare Evidenz aus unserer Sicht nicht völlig konklusiv ist, besteht in Fachkreisen eine Tendenz zur

Bevorzugung von separativen Modellen (Oppikofer et al., 2005; Held & Ermini-Fünfschilling, 2006).

Das Gesundheitsamt hat Vorgaben zur Pflege und Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in Alters- und Pflegeheimen erlassen, welche vor allem Vorgaben für den Betrieb einer speziellen Abteilung aber auch Hinweise für die Betreuung in gemischten Strukturen enthält.

Insbesondere ist auch die gerontopsychiatrische Unterstützung der speziellen Demenz-Abteilungen durch einen verbindlich vereinbarten fachärztlichen Liaison-Dienst sicherzustellen.

Fazit: Grundsätzlich kann für die Zukunft auch auf dem Hintergrund von zwischenzeitlich erfolgten Untersuchungen an der Empfehlung einer separativen Strategie festgehalten werden. Eine qualifizierte Auseinandersetzung mit Fragen der Betreuung von Menschen mit einer dementiellen Erkrankung ist aber auch von Heimen ohne spezialisierte Strukturen zu verlangen.

9.3.2 Tagesheime, Tages- und Nachtstrukturen

Tagesheim: Unter einem Tagesheim wird eine spezielle Struktur in einem Pflegeheim mit eigenen Räumlichkeiten oder eine räumlich selbständige Einheit verstanden, welche ca. 8 - 10 Tagesgäste für einzelne oder mehrere Tage in der Woche aufnimmt und während einer festgelegten Zeit pro Tag betreut.

Tages- und Nachtstrukturen: Der Begriff bezeichnet Tages- bzw. Nachtgäste als Personen, welche für die Pflege und Betreuung tageweise in ein Heim aufgenommen werden und bestehenden Abteilungen zugewiesen werden.

Der Tages- bzw. Nachtaufenthalt dient folgenden Zwecken:

- Entlastung der Angehörigen;
- Aktivierung und Ermöglichung von sozialen Kontakten;
- Durchführung von therapeutisch-pflegerischen Massnahmen.

Derzeit bieten nur wenige Alters- und Pflegeheime Tagesheime im Sinne eines separaten räumlichen Angebots an.

Tagesheime sind wichtige Angebotselemente und ergänzen die ambulanten Möglichkeiten sinnvoll. Tages- und Nachtheime sollen regional angeboten werden. Die Grösse des Einzugsgebietes sollte dabei so gewählt werden, dass ein Tages- und Nachtheim von ca. 8 - 10 Plätzen gut ausgelastet werden kann und die Transportwege bzw. die entstehenden Transportkosten tragbar sind.

Art. 25a Abs 1 des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung sieht vor, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung „einen Beitrag an Pflegeleistungen (leistet), welche aufgrund einer ärztlichen Anordnung ***ambulant, auch in Tages- und Nachtstrukturen***, oder im Pflegeheim erbracht werden.“ Dementsprechend werden Tages- und Nachstrukturen als ambulante Einrichtungen betrachtet und nicht

dem stationären Langzeitangebot zugeordnet. Sie werden deshalb nicht auf der kantonalen Pflegeheimliste aufgeführt werden.

Zudem können Heime einzelne ***Tages- und Nachtgäste*** aufnehmen und diese in bestehende Strukturen und Aktivitäten im Hause integrieren. Voraussetzung dazu ist ein betriebliches Konzept, welches aufzeigt, durch wen und wie diese Tages- und Nachtgäste gepflegt und betreut werden und welche aktivierenden und therapeutischen Angebote in Anspruch genommen werden können.

Die Mitfinanzierung von Tagesheimen sowie Tages- und Nachtstrukturen ist ab dem Jahre 2011 als ambulante Pflege und Infrastruktur im kantonalen Gesetz über die Krankenversicherung (TG KVG) geregelt.

9.3.3 Temporäre Pflegeplätze

Temporäre Plätze (auch Ferienbetten oder Plätze für Kurzeitaufenthalter) ermöglichen eine vorübergehende stationäre Pflege und Betreuung und dienen insbesondere folgenden Zwecken:

- Entlastung von pflegenden Angehörigen;
- Sicherstellung der Pflege und Betreuung bei einem vorübergehenden Ausfall der pflegenden Person;
- Ermöglichung von Probeaufenthalten zur Entscheidungsfindung bei einem Heimeintritt;
- zwischenzeitliche Platzierung, bis ein Platz in dem vom Bewohner bzw. von der Bewohnerin gewünschten Heim frei wird.

Das temporäre Angebot ist begrifflich vom Angebot der Akut- und Übergangspflege zu unterscheiden, welches ebenfalls zeitlich begrenzt ist, aber eine pflegerisch/therapeutische Behandlung beinhaltet, welche die Wiedererlangung der Selbständigkeit und eine Entlassung nach Hause bezweckt.

Gemäss Befragung der Heime im Jahr 2009 werden insgesamt 45 temporäre Plätze angeboten. Zusätzlich ermöglichen Heime auch temporäre Aufenthalte, wenn Zimmer zwischen zwei permanenten Belegungen frei sind bzw. wenn Zimmer für permanente Aufenthalte aufgrund der aktuellen Marktsituation nicht belegt werden können.

Vom Zimmerangebot und von der Infrastruktur her gesehen unterscheiden sich temporäre Plätze nicht grundsätzlich vom übrigen Angebot eines Pflegeheims. Ein Unterschied besteht darin, dass es sich dabei um möblierte Zimmer handelt.

Die Bedeutung der Verfügbarkeit eines ausreichenden Angebots von temporären Plätzen wird in Zukunft steigen. Die noch zunehmende Pflege und Betreuung zu Hause verstärkt die Notwendigkeit, pflegende Angehörige bei Bedarf wirksam entlasten und flexibel unterstützen zu können, wenn sie kurzfristig ausfallen. Zudem dürfte sich der Druck auf kurzfristige Platzierungen nach Spitalaufenthalten verstärken und damit vorübergehende Platzierungen bis zum definitiven Eintritt in das bevorzugte Heim zunehmen.

Temporäre Plätze werden insbesondere auch für die Entlastung von Angehörigen benötigt, welche eine an Demenz erkrankte Person pflegen und betreuen und müssen deshalb auch die spezifischen Bedürfnisse dieser Gruppe abdecken.

Den Gemeinden wird empfohlen, die Führung von temporären Plätzen explizit zu vereinbaren und vertraglich zu regeln. Im Sinne einer Grössenordnung sollten mittlere und grössere Heime (ab ca. 45 Plätzen) 2 - 3 temporäre Plätze anbieten.

9.3.4 Akut- und Übergangspflege

Übergangspflege: Unter Übergangspflege wird im allgemeinen eine befristete, pflegerisch-therapeutische Betreuung von in der Regel älteren Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Behandlung in einem Akutspital oder von zu Hause aus verstanden, welche das Ziel verfolgt, die frühere Selbständigkeit vor dem akuten Ereignis wieder zu erlangen.

Es ist überzeugend nachgewiesen, dass eine qualifizierte Übergangspflege die Chancen für eine weitere selbständige Lebensführung erheblich erhöht und damit dazu beiträgt, definitive Alters- und Pflegeheimeintritte zu vermeiden bzw. zu verzögern (Bachmann et al., 2010). Ebenso wurde klar bestätigt, dass Alters- und Pflegeheime als Träger solcher Angebote in einem breiten Anwendungsbereich vergleichbare Resultate zu geringeren Kosten erzielen (Kramer et al., 1997).

Akut- und Übergangspflege: Im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung wird der Begriff der Akut- und Übergangspflege verwendet. Er bezeichnet Leistungen, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen, im Spital ärztlich angeordnet werden und während längstens zwei Wochen nach den Regeln der Spitalfinanzierung vergütet werden.

Dementsprechend unterscheidet sich der in der neuen Pflegefinanzierung verwendete Begriff der Akut- und Übergangspflege von der allgemeineren Definition der Übergangspflege, in dem

- die Dauer auf 14 Tage beschränkt wird;
- Akut- und Übergangspflege nur nach einem Spitalaufenthalt nicht aber nach einer akuten Erkrankung von zu Hause in Anspruch genommen werden kann;
- Akut- und Übergangspflege nur von einem Spitalarzt nicht aber von einem Hausarzt verordnet werden kann.
- Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Selbstkosten der Akut- und Übergangspflege im Vergleich zu den Kosten einer Behandlung in einer Rehabilitationsklinik nach wie vor hoch sind, in dem die Hotel- und Betreuungstaxe voll zulasten der Patientinnen und Patienten geht.

Um diese für ältere Menschen wichtige Schnittstelle künftig adäquat abdecken zu können, sollte Akut- und Übergangspflege, soweit sie stationär erfolgt, in wenigen Alters- und Pflegeheimen konzentriert werden, welche dafür geeignet sind.

Als Voraussetzungen für den Betrieb einer Akut- und Übergangspflege müsste ein Alters- und Pflegeheim Folgendes erfüllen (massgebend ist regierungsrätliche Verordnung zum TG KVG):

- Betriebskonzept der Akut- und Übergangspflege;
- gute Abdeckung der Region;
- Sicherstellung des Arztdienstes durch einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, möglichst mit dem Schwerpunkt Geriatrie (persönliches Aufnahmegespräch und regelmässige Präsenz vor Ort);
- Nachweis der erforderlichen pflegerischen und therapeutischen Elemente, u. a. Patientenedukation, Physio- und Ergotherapie;
- Mindestgrösse einer Übergangspflegeeinrichtung mit erhöhter Präsenz von Pflegefachfrauen und –männern auf Tertiärsufe, wenn möglich getrennt vom Langzeitbereich;
- Nachweis, dass bei der Aufnahme eine interdisziplinäre Bedarfsabklärung durchgeführt wird.

Die Akut- und Übergangspflege wird auch ambulant durch die Spitex angeboten. Massgebend sind auch hier die gesetzlichen Vorgaben und die Spitex-Richtlinien.

9.4 Ziele und Massnahmen im Alters- und Pflegeheimbereich

*(1) Im Rahmen des Grundsatzes **„ambulant vor stationär“** soll der Thurgauer Bevölkerung ein quantitativ bedarfsgerechtes und qualitativ gutes Angebot an Alters- und Pflegeheimplätzen zur Verfügung stehen.*

*(2) Im Rahmen der vom KVG vorgeschriebenen Gesamtplanung soll der stationäre Langzeitbereich so weit als möglich **wettbewerblich organisiert** werden.*

Das bedeutet, dass Hilfs- und Pflegebedürftige zwischen verschiedenen Formen der Pflege- und Betreuung und zwischen verschiedenen Anbietern wählen können.

Welche konkreten Formen der Pflege und Betreuung künftig den Bedürfnissen der älteren Menschen am besten und am effizientesten entsprechen, soll im Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage entschieden werden. Dementsprechend sollen bewusst Freiräume offen gehalten werden und verschiedene Formen der stationären Versorgung ermöglicht werden.

*(3) Die **kantonale Pflegeheimplanung** im stationären Bereich umfasst alle Einrichtungen, welche mehr als vier Personen für die Dauer von mindestens fünf Tagen in der Woche, in der Regel gegen Entgelt, Unterkunft, Verpflegung, Betreuung oder weitere Dienstleistungen gewähren, insbesondere*

i. Plätze in Alters- und Pflegeheimen;

ii. Pflegewohngruppen;

iii. Plätze in Alterswohnungen, sofern die Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner denjenigen in einem Alters- und Pflegeheim gleichkommen;

iv. Pflegeheimplätze für Behinderte (ausserhalb der hier genannten Richtwerte für die stationäre Planung);

v. Akut- und Übergangspflege gemäss KVG (ausserhalb der hier genannten Richtwerte).

*(4) Die **Bedarfsplanung für Alters- und Pflegeheimplätze** (i - iii) erfolgt aufgrund der festgelegten Richtwerte in Prozent der 80-jährigen und älteren Bevölkerung und einer Soll-Auslastung von 93 %. Bei der Beurteilung von konkreten Planungsvorhaben ist von einer regionalen Sichtweise und einem Planungszeitraum von 10 - 15 Jahren auszugehen.*

- Um den Trägerschaften in der Bereitstellung von zusätzlichen Kapazitäten Planungssicherheit bieten zu können, soll künftig die Bedarfsfrage vorab mit einem verbindlichen bedingten Entscheid des Regierungsrates mit Gültigkeit von zwei Jahren betreffend Platzzahl auf der Pflegeheimliste (vorbehältlich der Erfüllung aller übrigen baulichen und personellen Anforderungen) geklärt werden.
- Kann ein Heim die ihm mit der Pflegeheimliste zugewiesenen Plätze während 3 aufeinanderfolgenden Jahren nicht genügend auslasten (90 %), soll neu dessen Platzzahl auf der Pflegeheimliste reduziert werden.
- Für die Entscheide des Regierungsrates ist die Gesamtzahl der Pflegeheimplätze für den Kanton massgebend. Um regionalen Unterschieden im Angebot und in der Nachfrage nach Heimplätzen Rechnung tragen zu können, kann das Bettenangebot gemäss Richtwert in einer Region um maximal 10 % erhöht werden, wenn die Auslastung in der relevanten Region während mindestens zwei Jahren über 95 % liegt.

*(5) Auf der **kantonalen Pflegeheimliste** werden alle Einrichtungen aufgenommen, welche*

- Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, welche auf Dauer stationäre KLV-Leistungen beziehen;
- der kantonalen Gesamtplanung entsprechen;
- den kantonalen Mindestanforderungen genügen.

*(6) Gemäss Art. 39 KVG sowie gemäss Art. 32 des Gesundheitsgesetzes (GG) und der Heimverordnung müssen Heime über zweckmässige Einrichtungen und das erforderliche Fachpersonal verfügen. Der Kanton legt **Mindestanforderungen** fest in Bezug auf folgende Punkte, massgeblich sind die Ausführungsbestimmungen zu TG KVG und GG:*

- die bauliche Ausgestaltung, die erforderlichen Einrichtungen;
- die fachliche Qualifikation der Heim- und der Pflegedienstleitung;
- den erforderlichen Anteil des Pflegefachpersonals;

- die erforderliche Mitarbeiterzahl in der Pflege und Betreuung in Abhängigkeit von der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner;
- das Vorliegen eines Qualitätsmanagements.

(7) *Alle Alters- und Pflegeheime müssen über Grundkompetenzen im Umgang mit* ***Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern mit einer dementiellen Erkrankung*** *verfügen und in einem Konzept aufzeigen, wie die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenz im Heim erfolgen soll. Für unruhige, verhaltensauffällige Bewohner und Bewohnerinnen können in Heimen, welche sich dafür aufgrund ihrer fachlichen und räumlichen Voraussetzungen eignen, separate Wohngruppen für Menschen mit einer Demenz geschaffen werden.*

Für den Betrieb dieser Wohngruppen sind fachliche und räumliche Anforderungen definiert. Insbesondere ist auch die fachärztliche psychiatrische Zusammenarbeit sicherzustellen.

Die Psychiatrischen Dienste Thurgau und die Clienia Littenheid sowie die niedergelassen praktizierenden Grundversorgerinnen, Grundversorger, Spezialärztinnen und Spezialärzte stellen die Akutversorgung und die spezialisierte Abklärung sicher (vgl. dazu Abschnitt 10.2, Seite 67 ff.).

(8) ***Palliative Care:*** *Alters- und Pflegeheime stellen eine fachlich qualifizierte palliative Pflege und Betreuung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner sicher. Heime mit einem dafür spezialisierten Angebot können in besonderen Fällen wie im kantonalen Palliativkonzept vorgesehen auch jüngere palliative Patientinnen und Patienten für eine stationäre Betreuung übernehmen.*

(9) *Die* ***Akut- und Übergangspflege*** *ist ein wichtiges und volkswirtschaftlich sinnvolles pflegerisch-therapeutisches Angebot, das wesentlich dazu beitragen kann, Heimeintritte zu vermeiden bzw. zu verzögern. Es wird empfohlen, die Akut- und Übergangspflege in wenigen Heimen zu lokalisieren und die Voraussetzungen zu schaffen, dass diese über die bestehenden Regelungen des KVG hinaus betrieben und finanziert werden kann (z. B. längerer Aufenthalt als 14 Tage, falls nötig; Zuweisung auch von zu Hause).*

(10) *Die Bedeutung der Verfügbarkeit eines ausreichenden Angebots an* ***temporären Pflegeplätzen*** *wird in Zukunft steigen.*

Die noch zunehmende Pflege und Betreuung zu Hause verstärkt die Notwendigkeit, pflegende Angehörige bei Bedarf wirksam entlasten und flexibel unterstützen zu können, wenn sie kurzfristig ausfallen. Zudem dürfte sich der Druck auf kurzfristige Platzierungen nach Spitalaufenthalten verstärken und damit werden vorübergehende Platzierungen bis zum definitiven Eintritt in das bevorzugte Heim zunehmen.

Die temporären Plätze sind in den Richtwerten zum Gesamtangebot berücksichtigt und werden auf der Pflegeheimliste nicht separat ausgewiesen. Den Gemeinden wird empfohlen, die Führung von temporären Plätzen explizit zu vereinbaren und

vertraglich zu regeln. Im Sinne einer Grössenordnung sollten mittlere und grössere Heime (ab ca. 45 Plätzen) 2 - 3 temporäre Plätze anbieten.

(11) ***Tagesheime sowie Tages- und Nachstrukturen*** *sind wichtige Angebotselemente insbesondere für die Entlastung von pflegenden Angehörigen. Tagesheime sollen regional angeboten werden. Alle Alters- und Pflegeheime können einzelne Tages- und Nachtgäste aufnehmen.*

(12) Die ***Qualitätssicherung und die Qualitätsförderung*** *ist primär Sache jedes einzelnen Leistungserbringers, welcher selbst entscheidet, mit welchen systematischen Verfahren und Systemen diese sichergestellt werden soll. Der Kanton führt im Rahmen seiner Aufsichtspflicht Audits in Alters- und Pflegeheimen durch.*

10. Altersmedizin

Die zentrale Rolle in der altersunabhängigen, umfassenden Primärversorgung aller Einwohnerinnen und Einwohner nehmen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Praxis wahr. Gerade ältere Menschen sind auf eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung angewiesen. Diese gilt es auch langfristig sicherzustellen und mit geeigneten Massnahmen zu fördern.

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, die Akutgeriatrie und die Alterspsychiatrie sind wichtige, sich weiter entwickelnde Spezialbereiche der Altersmedizin.

10.1 Akutgeriatrie

Die klinische Geriatrie ist in der schweizerischen Weiterbildungsordnung als Schwerpunkt des Facharzttitels Allgemeine Innere Medizin definiert. In der Regel liegt der stationäre Behandlungsschwerpunkt in den geriatrischen Kliniken auf polymorbiden Patientinnen und Patienten mit somatischen, meist chronischen Störungen, häufig mit psychiatrischer Komorbidität. In der Alterspsychiarie / Alterspsychotherapie liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung psychiatrischer Störungsbilder mit somatischer Komorbidität.

Gemäss der von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie verwendeten Definition ist Geriatrie „die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patientinnen und Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und mit speziellen, auch palliativen Angeboten am Lebensende.“[9] Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Menschen mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Wesentliche Merkmale der geriatrischen Patientin oder des geriatrischen Patienten und sind neben meist fortgeschrittenem Alter das Vorliegen von Multimorbität und eine hohe Vulnerabilität (Gebrechlichkeit, „Frailty“). Wesentliche Merkmale der geriatrischen Behandlung sind multidimensionale Assessments und über einen organzentrierten Zugang hinausgehende zusätzliche Behandlungen durch ein interdisziplinäres Team.

In struktureller Hinsicht wichtig erscheint, dass in der Praxis akutgeriatrische und geriatrisch rehabilitative Massnahmen ineinander fliessen: „Im Hinblick auf die involvierten, meist hochbetagten und gebrechlichen Patientinnen und Patienten werden rehabilitative Massnahmen oft wieder unterbrochen durch akutmedizinische Probleme und Komplikationen, was einer zeitlichen linearen Abfolge von Akutmedizin und Rehabilitation entgegensteht" (Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG SPSG, 2006). Häufig und deshalb wichtig ist die geriatrische (früh-)rehabilitative Komplexbehandlung nach Frakturen, Apoplexien, Herzinsuffizienz und chronisch obstruktiver Pneumonie. Eine Akutgeriatrie sollte folglich in der Nähe eines Spitalzentrums angeboten werden und die frührehabilitative geriatrische Behandlung in derselben akutgeriatrischen Klinik angesiedelt sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Organspezialisten.

[9] http://www.sfgg.ch/pages/de/definition-der-geriatrie.php, Zugriff am 24.10.2010

10.1.1 Ist-Situation

Im Bereich der Akutgeriatrie gibt es im Kanton Thurgau keine speziellen Strukturen. Der Versorgungsauftrag ist den Kantonsspitälern im Rahmen der Spitalplanung integral übertragen. In der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an einer psychiatrischen Komorbidität leiden, wird traditionell ein wichtiger und grosser Teil von der psychiatrischen Klinik Münsterlingen übernommen. Im Rahmen der Spitalplanung 2012 des Kantons Thurgau ist derzeit keine Akutgeriatrie geplant.

Im Bereich der geriatrischen Rehabilitation wird in der Spitalplanung 2012 ein Leistungsauftrag an die Tertianum Neutal AG in Berlingen aufrecht erhalten. In Berlingen ist derzeit der einzige Geriater im Kanton Thurgau tätig.

Ein Blick in die umliegenden Kantone zeigt, dass alle Nachbarkantone über spezialisierte geriatrische Einheiten im Bereich Akutgeriatrie/Rehabilitation verfügen (St. Gallen: Bürgerspital St. Gallen und geriatrische Abteilungen in Regionalspitälern; Zürich: Klinik für Akutgeriatrie am Waidspital; Schaffhausen: Klinik für Rheumatologie, Geriatrie und Rehabilitation am Spital Schaffhausen).

10.1.2 Handlungsfelder im Bereich Geriatrie

Angesichts der in Zukunft noch stark zunehmenden älteren Bevölkerung im Kanton Thurgau wird der Bedarf nach einer diagnostisch und therapeutisch auf die besonderen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe ausgerichtete, dem aktuellen Kenntnisstand entsprechende Medizin immer wichtiger. Als Entscheidgrundlage soll deshalb, innert vier Jahren ein Geriatriekonzept erarbeitet werden. Darin ist aufzuzeigen, welche stationären und ambulanten geriatrischen Einrichtungen und Angebote in Zukunft im Kanton Thurgau nötig sind.

Geriatrisches Kompetenzzentrum: Um den Bedarf auf verschiedenen Ebenen der Prävention, der ambulanten und stationären Akut- und Langzeitbehandlung und insbesondere auch in der Gestaltung der Schnittstellen (z. B. bei neurogerontopsychiatrischen Störungsbildern, in der Alterstraumatologie oder in der Neurologie) effektiv zu begegnen, soll ein geriatrisches Kompetenzzentrum im Sinne einer akutgeriatrischen/frührehabilitativen Einrichtung an einem der Akutspitäler oder in unmittelbarer Nähe dazu geschaffen werden.

Folgende Gründe sprechen für eine Ausdifferenzierung einer akutgeriatrischen Einheit im Kanton Thurgau (vgl. dazu Grob, 2006):
Geriatrie ist als eigenständiges medizinisches Fachgebiet international und in der Schweiz anerkannt. Das geriatrisch-medizinische Wissen hat in den letzten 20 Jahren stark zugenommen und wird auch in Zukunft exponentiell steigen. Um dieses Fachwissen zu verfolgen und in praktisches Handeln zu überführen, braucht es spezialisierte Personen und Ressourcen.

Die verfügbare Evidenz zeigt, dass die Behandlung/Rehabilitation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten in spezialisierten geriatrischen Einheiten zu besseren Outcomes führt und insbesondere stationäre Langzeitbetreuung weniger häufig notwendig wird (Bachmann et al., 2010; Van et al., 2010).

Ein geriatrisches Kompetenzzentrum muss sich als Teil eines vernetzt arbeitenden Thurgauischen Gesundheitswesens verstehen und einen entsprechenden Leistungsauftrag haben. Damit entsteht eine weit über den engeren Kreis einer akutgeriatrisch-rehabilitativen Einheit hinausreichende Wirkung, in dem medizinisch-geriatrisches Fachwissen in der Zusammenarbeit mit den anderen Systempartnern (den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, der Spitex, den Alters- und Pflegeheimen, den Spezialisten der anderen Fachabteilungen der Akutspitäler etc.) in diese Bereiche einfliessen kann.

Schliesslich gilt es auch, Möglichkeiten für die Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten in diesem Fachbereich zu schaffen und diese auch für dieses Fachgebiet zu motivieren.

10.2 Alterspsychiatrie und -Psychotherapie

Mit Alters- oder Gerontopsychiatrie wird das medizinische Fachgebiet bezeichnet, welches sich mit der Psychiatrie, Psychotherapie sowie Psychosomatik des älteren Menschen befasst. Sie ist das Spezialgebiet der Psychiatrie, welches sich ausschliesslich mit psychischen Störungen im Alter beschäftigt.

In Anlehnung an die ICD-Klassifikation (2006) werden folgende Hauptstörungsgruppen unterschieden, deren Behandlung durch das Fachgebiet gewährleistet wird:

- Organische Störungen, insbesondere Demenzen und deren Frühformen, Delirien und andere organische Störungen (ICD-10:F0)
- Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (insbesondere Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) (ICD-10:F1)
- Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10:F2)
- Affektive Störungen (z. B. Depression, Manien) (ICD-10:F3)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Angststörungen, Anpassungsstörungen in Krisen) (ICD-10:F4)
- Persönlichkeitsstörungen, Schlafstörungen, Intelligenzminderungen (ICD-10:F5, F6, F7, F9) u. a.

10.2.1 Ist-Situation im Bereich Alterspsychiatrie

Das seit dem Jahr 2004 bestehende, in den Jahren 2009 – 2010 im Rahmen des Vorprojektes und Projektes zur Psychiatrieplanung 2012 aufgearbeitete Psychiatriekonzept des Kantons formuliert einige spezifische Ziele der Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie im Thurgau.

Im Folgenden werden die aktuellen **alterspsychiatrischen Angebote im Akutbereich** dargestellt.

Stationäre alterspsychiatrische Angebote

Intensivstation: Für Menschen mit Verwirrtheitszuständen (Delir), Demenzerkrankungen und herausforderndem Verhalten steht eine geschützte Akutstation der Psychiatrischen Klink Münsterlingen (PKM) zur Verfügung. Der Grossteil der hier therapierten und diagnostizierten Patientinnen und Patienten ist multimorbid.

Allgemeine gerontopsychiatrische Stationen: In Akutstationen der PKM und der Clienia Littenheid werden grundsätzlich Patientinnen und Patienten mit gerontopsychiatrischen Störungsbildern behandelt, die keines geschützten Rahmens bedürfen. Die therapeutischen Schwerpunkte umfassen Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen, affektive Störungen und Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Während akuten suizidalen Krisen können Patientinnen und Patienten geschützt betreut werden.

Psychotherapiestation für ältere Menschen: Die PKM, Clienia Littenheid und Klinik Aadorf verfügen über Angebote für Menschen >55 Jahre mit Depressionen, Angststörungen, Belastungsreaktionen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen, für die eine stationäre Psychotherapie indiziert ist und die eine Motivation zu einer psychotherapeutischen Behandlung erkennen lassen.

Psychogeriatrische Langzeitpflegeplätze: Die Langzeit-Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz erfolgt wie bereits erwähnt durch die Alters- und Pflegeheime, teilweise in spezialisierten Abteilungen. Für Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen mit ausgeprägtem herausforderndem Verhalten und schweren psychischen Erkrankungen besteht die Möglichkeit einer Verlegung in eine spezialisierte ausserkantonale Einrichtung.

Ambulante alterspsychiatrische Angebote

Ärztliche Versorgung: Neben den Hausärztinnen und Hausärzten stellen die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater den Grossteil der ambulanten Psychiatrieversorgung sicher. In der Notfallversorgung spielen die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) eine wichtige Rolle.

Externe Psychiatrische Dienste: Für die sozialpsychiatrische Basisversorgung älterer Menschen stehen die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) in Frauenfeld, Weinfelden, Romanshorn und Sirnach (Clienia) zur Verfügung.

Aufsuchende alterspsychiatrische Pflege: In enger Kooperation mit der Klinik und den externen Partnern wie Pflegeheimen, Spitex und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten besteht das Angebot einer aufsuchenden ambulanten Nachbetreuung durch die Psychiatrische Klink Münsterlingen (PKM) oder durch den EPD Frauenfeld. Der EPD Frauenfeld betreibt zudem für den ganzen Kanton eine auch aufsuchend tätige Beratungsstelle für Demenz betroffene Menschen.

Diese Angebote sind auch über die Beratungs- und Informationsstelle der Schweizerische Alzheimervereinigung Thurgau zugänglich.

Tagesklinik und ambulante Abklärungen: Die Memory-Klinik in Münsterlingen (Tagesklinik) bietet Frühdiagnostik und Therapie für Menschen mit kognitiven Störungen sowie Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Professionellen und Psychoedukation von Angehörigen:

- Ambulante Diagnostik und Frühdiagnostik von dementiellen Erkrankungen und Risikosyndromen sowie anderen Hirnleistungsstörungen von Erwachsenen;
- Tagesklinische Therapie von Patienten mit leichten bis mittelgradig ausgeprägten dementiellen Syndromen an 1 bis 2 Tagen pro Woche.

Die Clienia Littenheid bietet ambulante störungsspezifische Angebote für alterspsychiatrische Erkrankungen, Tagesklinik sowie Vorabklärungen von dementiellen Erkrankungen an.

Spezialisierte Spitexdienste: Zusätzlich zu Spitexdiensten und institutionengebundenen aufsuchenden Angeboten, bieten auch spezialisierte Spitexdienste psychiatri-sche Pflege und Betreuung zu Hause sowie Entlastung von Angehörigen an.

Schweizerische Alzheimervereinigung Thurgau: Menschen mit einer Demenz und deren Angehörige werden mit folgenden Angeboten unterstützt:

- Kurse für Angehörige;
- Angehörigengruppen;
- Gedächtnistraining;
- Suche, Vermittlung und Begleitung von Freiwilligen zur Entlastung der Angehörigen (Spazierbegleitung, Besuche zu Hause und im Heim) und zur Unterstützung allein lebender Menschen mit Demenz;
- Sing- und Spielnachmittage;
- Alzheimerferien.

Die Alzheimervereinigung Thurgau betreibt eine Auskunfts- und Informationsstelle in Frauenfeld.

10.2.2 Handlungsfelder im Bereich der Alterspsychiatrie /-psychotherapie

Die gesamtschweizerische Datenlage aus der Gesundheitsbefragung weist auf eine psychiatrische Unterversorgung von älteren Menschen hin (Schuler & Meyer, 2006), welche sich in der Bedarfsanalyse für das Thurgauer Bündnis für Depression bestätigte: Die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren wurde im Zusammenhang mit Depressionen als Risikogruppe mit dem grössten Handlungsbedarf identifiziert. Depressive Erkrankungen würden oft als Demenz, Trauer oder altersbedingter sozialer Rückzug verkannt und nicht oder falsch behandelt (Gutmann et al., 2009, S. 20).

Die Diagnostik und Therapie stellt nach wie vor eine Herausforderung für Hausärztinnen und Hausärzte als auch für ambulant und stationär tätige Spezialistinnen und Spezialisten dar (Wolfersdorf & Schüler, 2005; Stoppe et al., 2007; Stoppe, 2008; Majic et al., 2010)

Strukturelle Angebote: Die derzeitigen Strukturen ermöglichen keine flächendeckende Versorgung im Kanton mit alterspsychiatrischen Angeboten. Es bedarf insbesondere umfassender Verbesserungen zur Prävention von Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis, der gemeindenahen ambulanten und tagesklinischen Versorgung und der altersspezifischen Beratung. Das Case-Management für ältere psychisch kranke Menschen ist nur rudimentär entwickelt. Angesichts der hohen Zahl von alten Menschen, die in den Spitälern behandelt wird, ist dort der Aufbau einer spezifischen, fächerübergreifenden geriatrischen/alterspsychiatrischen Versorgungsstruktur sinnvoll.

Koordination und Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit zwischen den wichtigsten Partnern der ambulanten psychiatrischen Versorgung (ärztliche Grundversorger, Spitex und den Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie) bedarf ebenfalls einer Weiterentwicklung. Die vorhandenen Kapazitäten im alterspsychiatrischen Bereich sind zu gering, mit dem Effekt, dass Zuweisungen von älteren Personen gar nicht oder nicht rechtzeitig erfolgen. Die Zuständigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren sind nicht ausreichend definiert bzw. bedürfen grösserer Akzeptanz. Ein wichtiger Schritt in eine verbesserte Versorgung wird in der Implementierung eines handlungsfähigen Koordinators für alterspsychiatrische Fragen gesehen.

Fort- und Weiterbildung: In Alters- und Pflegeheimen sind die Anforderungen im Umgang mit Menschen mit dementiellen Erkrankungen und kontinuierlich auftretenden Verhaltensproblemen hoch und verlangen bei Bedarf nach einer speziellen psychiatrischen Fachkzompetenz. Depressionen werden häufig übersehen, Angsterkrankungen, Hinweise auf bestehende Abhängigkeitserkrankungen oder beginnende Demenzerkrankungen noch wenig beachtet. Die Zusammenarbeit mit externen Spezialistinnen und Spezialisten für Alterspsychiatrie kann die Betreuerinnen und Betreuer wirksam unterstützen, sie wird erst in Ansätzen wahrgenommen. Die Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Hausärztinnen und Hausärzten und den Fachärztinnen und Fachärzten in Alterspsychiatrie sollte aus ähnlichen Gründen ebenfalls vertieft werden.

Spezialisierte Wohngruppen: Obwohl die Alters- und Pflegeheime in Bezug auf die Integration von älteren Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen viel leisten, kommt es vor, dass die Pflege und Betreuung den Rahmen eines in der Regel nicht mit fach-

spezifischen psychiatrischen Ressourcen ausgestatteten Alters- und Pflegeheimbereichs übersteigen. Alternative spezialisierte Langzeitangebote in Form von Wohngruppen fehlen gänzlich..

10.2.3 Ziele und Massnahmen Alterspsychiatrie

(1) *Die bestehenden Angebote für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie der Psychiatrischen Dienste Thurgau und der Klinik Littenheid sollen bedarfsgerecht weitergeführt werden.*

Der Bedarf an alterspsychiatrischen und alterspsychotherapeutischen auch wohnortnahen Dienstleistungen wird auf Grund der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zunehmen und erfordert zusätzliche Ressourcen.

10.3 Ziele und Massnahmen im Bereich Altersmedizin

Die demografische Entwicklung in Verbindung mit dem absehbaren Mangel an ausgebildeten Personen in den medizinischen und pflegerischen Berufen eröffnet vordringliche Handlungsfelder in den Bereichen Geriatrie und Psychiatrie. Die Thematik ist jedoch übergreifend aus der Optik der altermedizinischen, pflegerischen und präventiven Gesamtversorgung sowohl institutionell als auch wohnortnah anzugehen. Die gesundheitspolitische Diskussion muss fokussiert ohne gesetzgeberischen Zeitdruck geführt werden können. Folgende Ziele und Massnahmen der Altersmedizin sollen für diesen Entwicklungsprozess gelten:

(1) Die wohnortnahe Primärversorgung sowie integrative Versorgungsansätze sollen - soweit sie von der Ärzteschaft mitgetragen werden - mit Projekten unterstützt werden, beispielsweise mit Assistenzprogrammen zur Nachwuchsförderung.

(2) Als Grundlage für die konkrete zukünftige inhaltliche und strukturelle Ausgestaltung resp. Weiterentwicklung der Altersmedizin im Kanton Thurgau ist ein ***Geriatriekonzept*** *unter Einbezug von Spezialbereichen wie Gerontopsychiatrie und Neurogeriatrie zusammen mit der wohnortnahen medizinischen und pflegerischen Versorgung zu entwickeln. Es sind Ziele, Massnahmen und deren Finanzierung in Bezug auf Akutversorgung / Rehabilitation, ambulant / stationär sowie Prävention / Entlastung aufzuzeigen*

(3) Für die integrative, fachübergreifende Diagnostik und Behandlung sowohl somatischer als auch psychischer Alterserkrankungen wird der Aufbau eines ***interdisziplinären Zentrums für Altersmedizin Thurgau*** *vorgeschlagen, in dem die institutionsgebundenen altersmedizinischen Kernkompetenzen Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Neurogeriatrie und geriatrische Traumatologie gebündelt und koordiniert werden sollen. Die strukturelle Ausgestaltung ist offen. Es soll auch die effiziente Kooperation mit weiteren betroffenen Teilgebieten der Medizin wie z. B. Chirurgie, Urologie und Gynäkologie ermöglichen. Die Behandlungspfade und institutionsgebundenen Angebote sind mit den vor- und nachgelagerten wohnortnahen Leistungserbringern abzustimmen. (siehe Handlungsfeld Kap. 10.1.2)*

11. Organisation und Koordination

(1) Die verschiedenen professionellen und freiwilligen Anbieter auf Gemeindeebene sollen koordiniert und vernetzt arbeiten. Dafür sind geeignete Strukturen zu schaffen, welche eine unbürokratische, aber systematische Koordination erlauben. Basis bildet ein lokales oder regionales Alterskonzept.

Von Seiten der befragten Gemeinden wird verschiedentlich auf die mangelnde Koordination zwischen den verschiedenen in der Betreuung von älteren Menschen aktiven Institutionen hingewiesen.

Ein erheblicher Teil der Gemeinden verfügt nach wie vor über kein Alterskonzept. Als Grund wurde teilweise die geringe Grösse der Gemeinde erwähnt. Ziel ist es, dass künftig alle Gemeinden (basierend auf dem kantonalen Alterskonzept) die Ausarbeitung eines lokalen bzw. im Verbund mit anderen Gemeinden ein regionales Alterskonzept erarbeiten.

Für die Sicherstellung der Zusammenarbeit selbst sind verschiedene organisatorische Formen denkbar, zum Beispiel

- Schaffung einer Alterskommission auf Gemeindeebene;
- jährliches Treffen aller in der Altersarbeit engagierten Institutionen, professionellen und freiwilligen Helfer und Helferinnen zur Information und Koordination der Hilfe und Betreuung (Spitexdienste, Pro Senectute, Gruppe aktive Senioren, Sozialvorstand, Kirchgemeinde, in der Altersarbeit engagierte Vereine etc.).

Die Gemeinde sorgt für die Koordination, indem sie mindestens die Durchführung jährlicher Treffen organisiert.

(2) Auf kantonaler Ebene besteht eine Fachstelle für Altersfragen. Die Fachstelle initiiert und vernetzt die Arbeit von Institutionen und Personen im Altersbereich und bietet eine Plattform für den Erfahrungsaustausch. Konkrete Aufgaben sind:

- Information über neue Erkenntnisse der Altersforschung und der demografischen Entwicklung;
- Unterstützung und Begleitung von innovativen Projekten;
- Informationsdrehscheibe für Erfahrungen mit Angeboten und Projekten;
- Unabhängige Anlaufstelle für Beschwerden und Reklamationen im Zusammenhang mit der Beanspruchung von Angeboten und Dienstleistungen;
- Prävention und Gesundheitsförderung im Alter;
- Mitarbeit in Kommissionen

Die derzeitige Koordinationsstelle für Altersarbeit ist mit einem Pensum von rund 10 % dotiert. Damit kann das Aufgabenspektrum einer Fachstelle für Altersarbeit nicht abgedeckt werden. Das Postulat des Alterskonzepts 1998 wird deshalb neu

aufgenommen und eine Fachstelle auf kantonaler Ebene mit einem Stellenpensum von ca. 50 % empfohlen.

(3) Die Aufgabenteilung zwischen Kanton und Gemeinden soll künftig auf gesetzlicher Basis festgelegt werden.

Rechtliche Basis für die Aufgabenteilung von Kanton und Gemeinden im Altersbereich ist im Wesentlichen das Gesundheitsgesetz. Darin wird aber ausschliesslich die Zuständigkeit der Gemeinden für den „Kranken- und Hauspflegedienst sowie für Beratungsstellen für Eltern von Säuglingen oder Kleinkindern“ explizit geregelt. Übergeordnet gilt gemäss § 57 der Kantonsverfassung, dass die politischen Gemeinden die örtlichen Aufgaben erfüllen, soweit nicht das Gesetz die Zuständigkeit anderen Gemeinwesen überträgt. Für alle übrigen alterspolitisch relevanten Bereiche sind somit grundsätzlich die Gemeinden zuständig. Eine Aufgabenabgrenzung und inhaltliche Konkretisierung auf kantonaler Ebene ist für fachspezifische Themen und wenig häufige Aufgaben dennoch sinnvoll.

Entsprechend kommt der hier im Alterskonzept umschriebenen Aufgabenteilung eine wichtige Rolle zu, welche in eine klare gesetzlich geregelte Aufgabenteilung überführt werden sollte.

Aufgaben der Gemeinden

- Erarbeiten der konzeptionellen Grundlagen für die Altersarbeit in der Gemeinde (Alterskonzept);
- Information über Angebote für ältere Menschen in der Gemeinde;
- Koordination der in der Altersarbeit aktiven Institutionen und Organisationen:
- Subsidiäre Sicherstellung eines vielfältigen Angebots im Bereich der Aktivierung und des soziokulturellen Angebots für ältere Menschen, Förderung von Angeboten im Bereich „aktive Senioren und Seniorinnen“;
- Sicherstellung einer leistungsfähigen ambulanten Versorgung
- Sicherstellung eines ausreichenden stationären Angebotes an Alters- und Pflegeheimplätzen (inkl. Temporärplätze, Tages- und Nachtplätze, spezialisierte Abteilungen) für ihre pflegebedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner sowie regionale Koordination der Angebote durch eigene Angebote, Beteiligung an Angeboten und Vereinbarungen, im Bedarfsfall über die Kantonsgrenze hinweg;
- Beteiligung an der Finanzierung gemäss Neuordnung der Pflegefinanzierung.

Aufgaben des Kantons

- Information und Koordination auf kantonaler Ebene;
- Betrieb einer Fachstelle für Altersarbeit;
- Erstellen der Pflegeheimplanung gemäss Krankenversicherungsgesetz;
- Aufsicht, Qualitätscontrolling;
- Förderung der Aus- und Fortbildung.

Bibliographie-Verzeichnis

1. Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A. E. & Clough-Gorr, K. M. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 340c1718

2. Berk, D. R., Hubert, H. B. & Fries, J. F. (2006). Associations of changes in exercise level with subsequent disability among seniors: a 16-year longitudinal study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 61(1), 97-102.

3. Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A., Gillmann, G., Bass, A., and Stuck, A. E. (2007). Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz - Ergebnisse aus dem Gesundheitsprofil-Projekt. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

4. Bouman, A., van, R. E., Nelemans, P., Kempen, G. I. & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 874

5. Brühlmann, R. (30-4-2011). Referat 3. Generationsforum Kreuzlingen: Und sie sind geblieben Ąlterwerden in der Migration. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz

6. Campbell, T. C. & Campbell, T. M. (2006). *The China Study - Startling implication for Diet, Weight Loss and Long Term Health* . Dallas: BenBella Books

7. Fries, M., Stoppe, C., Brucken, D., Rossaint, R. & Kuhlen, R. (2009). Influence of mild therapeutic hypothermia on the inflammatory response after successful resuscitation from cardiac arrest. *J Crit Care*, 24(3), 453-457.

8. Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K. & Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Med Care*, 47(2), 191-198.

9. Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K. & Kane, R. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S.: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7(1), 13

10. Gesundheitsamt Kanton Thurgau (2000). *Alterskonzept Thurgau - Bericht* . Frauenfeld: Kanton Thurgau

11. Grob D. Warum braucht es eine Akutgeriatrie? Competence 2006; 2006:(10)21-23.

12. Gutmann, R., Müller, B., and Sandmaier, A. (2009). Thurgauer Bündnis gegen Depression - Ergebnisse der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse und Empfehlungen zuhanden der Porjektleitung. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit

13. Harari, D. et al. (2008). Promotion of health in older people: a randomised controlled trial of health risk appraisal in British general practice. *Age Ageing*, 37(5), 565-571.

14. Held, Ch. and Ermini-Fünfschilling, D. (2006). Das demenzgerechte Heim - Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für menschen mit Alzheimerkrankheit. Basel: Karger

15. Höpflinger, F. (2004). *Age Report 2004 Traditionelles und neues Wohnen im Alter* . Zürich: Seismo

16. Höpflinger, F. (2009). Age Report 2009 - Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Zürich: Seismo Verlag

17. Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2004). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert* : Verlag Hans Huber Buchreihe des Gesundheitsobservatoriums

18. Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter - Perspektiven für die Schweiz* . Bern: Hans Huber

19. Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 298-307.

20. Interkantonale Arbeitsgruppe "Runder Tisch Alter" (2011). Empfehlungen für die Altersarbeit in den Kirchgemeinden. Männedorf: Boldern - Evangelisches Tagungs- und Studienzentrum

21. Kohli, R., Bläuer-Herrmann, A, and Babel, J. (2006). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2005-2050. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik BFS

22. Kramer, A. M. et al. (1997). Outcomes and costs after hip fracture and stroke. A comparison of rehabilitation settings. *JAMA*, 277(5), 396-404.

23. Majic, T. et al. (2010). The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Dtsch Arztebl Int*, 107(18), 320-327.

24. Oppikofer, S., Lienhard, A. & Nussbaumer, R. (2005). *Demenzpflege-Evaluation* . Zürich: Universität Zürich

25. Perrig Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). *Die Babyboomer Eine Generation revolutioniert das Alter* . Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung

26. Pilgram, A. and Seifert, K. (2009). Leben mit wenig Spielraum - Altersarmut in der Schweiz. Zürich: Pro Senectute Schweiz

27. Regierungsrat Kanton Thurgau (2009). Konzept Gesundheitsförderung Kanton Thurgau. Frauenfeld: Kanton Thurgau Departement Finanzen und Soziales

28. Schafer, M. H.&Shippee, T. P. (2010). Age identity, gender, and perceptions of decline: does feeling older lead to pessimistic dispositions about cognitive aging? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65B(1), 91-96.

29. Schmocker, H., Oggier, W. & Stuck, A. ((Hrsg.)) (2000). *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche - Ein neues Betreungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht* . Muri: Schriftenreihe der SGGP

30. Schmocker, H.&Stuck, A. (2000). Schlussbericht Projekt Eiger. In H. Schmocker, W. Oggier & A. Stuck (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche* (S. 31-156). Muri: SGGP.

31. Schuler D, Meyer P. Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz . Managed Care 2006; 2006:(1)6-8.

32. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG SPSG (9-11-2006). Profil der Geriatrie in der Schweiz Teil 1. Grundlaen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit. Bern: SFGG SPSG

33. Schweizerische Fachstelle für behindertengerechtes Bauen (2004). Hindernisfrei in Franken und Rappen - Wieviel kostet hindernisfreies Bauen in der Schweiz? Zürich

34. Stadelmann-Steffen, I, Freitag, M., and Bühlmann, M. (2007). Freiwilligen Monitor Schweiz 2007. Zürich: Seismo Verlag

35. Stadelmann-Steffen, I., Traunmüller, R., Gundelach, B., and Freitag, M. (2010). Freiwilligen Monitor Schweiz 2010. Zürich: SGG, Seismo Verlag

36. Stoppe, G. (2008). [Depression in old age]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(4), 406-410.

37. Stoppe, G., Haak, S., Knoblauch, A. & Maeck, L. (2007). Diagnosis of dementia in primary care: a representative survey of family physicians and neuropsychiatrists in Germany. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 23(4), 207-214.

38. Van, C. K. et al. (2010). The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*, 58(1), 83-92.

39. Wanner, P. & Gabadinho, A. (2008). *Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand - Forschungsbericht Nr. 1/08* . Bern: Bundesamt für Sozialversicherung

40. Wanner, P., Sauvain-Durgerdil, C, Guilley, E., and Hussy, C. (2005). Eidgenössische Volkszählung - Alter und Generationen: Bundesamt für Statistik

41. Wolfersdorf, M. G. & Schüler, M. (2005). *Depressionen im Alter* . Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Anhang I: Bevölkerungsstruktur der Thurgauer Gemeinden 2009, sortiert nach dem Anteil der 65-Jährigen und Älteren

	Total	0-19	20-39	40-64	65-79	80+		65+	80+	65+in %	80+in %
Berlingen	847	123	167	381	133	43		176	43	20.8 %	5.1 %
Romanshorn	9'699	1'986	2'382	3'446	1'277	608		1'885	608	19.4 %	6.3 %
Steckborn	3'497	717	760	1'348	465	207		672	207	19.2 %	5.9 %
Ermatingen	2'874	574	610	1'144	396	150		546	150	19.0 %	5.2 %
Arbon	13'512	2'664	3'507	4'777	1'795	769		2'564	769	19.0 %	5.7 %
Bottighofen	2'096	373	452	874	316	81		397	81	18.9 %	3.9 %
Kesswil	985	211	230	360	140	44		184	44	18.7 %	4.5 %
Weinfelden	10'333	2'020	2'991	3'394	1'317	611		1'928	611	18.7 %	5.9 %
Horn	2'599	516	643	959	330	151		481	151	18.5 %	5.8 %
Gottlieben	307	50	54	149	42	12		54	12	17.6 %	3.9 %
Neunforn	968	190	205	403	120	50		170	50	17.6 %	5.2 %
Dozwil	640	171	151	206	77	35		112	35	17.5 %	5.5 %
Eschenz	1'665	353	379	645	222	66		288	66	17.3 %	4.0 %
Kreuzlingen	19'415	3'595	5'518	7'025	2'458	819		3'277	819	16.9 %	4.2 %
Bischofszell	5'462	1'229	1'394	1'918	641	280		921	280	16.9 %	5.1 %
Sulgen	3'397	777	862	1'194	381	183		564	183	16.6 %	5.4 %
Diessenhofen	3'395	690	912	1'232	441	120		561	120	16.5 %	3.5 %
Frauenfeld	23'128	4'534	6'642	8'162	2'673	1'117		3'790	1'117	16.4 %	4.8 %
Salenstein	1'278	220	268	582	144	64		208	64	16.3 %	5.0 %
Amriswil	12'134	2'740	3'338	4'097	1'349	610		1'959	610	16.1 %	5.0 %
Raperswilen	396	90	85	158	44	19		63	19	15.9 %	4.8 %
Sommeri	516	109	128	198	57	24		81	24	15.7 %	4.7 %
Warth-Weiningen	1'230	244	274	520	150	42		192	42	15.6 %	3.4 %
Wagenhausen	1'619	341	365	663	193	57		250	57	15.4 %	3.5 %
Münsterlingen	2'867	593	708	1'124	348	94		442	94	15.4 %	3.3 %
Uttwil	1'751	397	416	669	202	67		269	67	15.4 %	3.8 %
Fischingen	2'581	606	563	1'022	263	127		390	127	15.1 %	4.9 %
Güttingen	1'443	343	306	578	158	58		216	58	15.0 %	4.0 %
Wigoltingen	2'155	483	489	861	238	84		322	84	14.9 %	3.9 %
Basadingen-Schlattingen	1'694	399	356	688	183	68		251	68	14.8 %	4.0 %
Tägerwilen	3'926	908	955	1'482	449	132		581	132	14.8 %	3.4 %
Homburg	1'488	355	342	571	161	59		220	59	14.8 %	4.0 %
Uesslingen-Buch	1'060	249	229	426	122	34		156	34	14.7 %	3.2 %
Bichelsee-Balterswil	2'618	622	606	1'006	286	98		384	98	14.7 %	3.7 %
Aadorf	8'047	1'798	1'994	3'085	869	301		1'170	301	14.5 %	3.7 %
Birwinken	1'298	354	263	494	132	55		187	55	14.4 %	4.2 %
Hüttwilen	1'496	359	329	594	156	58		214	58	14.3 %	3.9 %
Mammern	584	133	138	230	62	21		83	21	14.2 %	3.6 %
Rickenbach	2'470	482	759	878	273	78		351	78	14.2 %	3.2 %

	Total	0-19	20-39	40-64	65-79	80+		65+	80+	65+in %	80+in %
Berg	3'067	799	691	1'142	321	114		435	114	14.2 %	3.7 %
Egnach	4'303	1'068	1'057	1'569	436	173		609	173	14.2 %	4.0 %
Eschlikon	3'844	879	966	1'456	407	136		543	136	14.1 %	3.5 %
Wuppenau	1'035	282	234	373	115	31		146	31	14.1 %	3.0 %
Weinfelden	4'160	1'042	945	1'588	429	156		585	156	14.1 %	3.8 %
Salmsach	1'303	292	331	497	149	34		183	34	14.0 %	2.6 %
Schlatt	1'601	382	343	652	163	61		224	61	14.0 %	3.8 %
Schönholzerswilen	765	230	159	269	82	25		107	25	14.0 %	3.3 %
Sirnach	7'039	1'642	1'853	2'564	728	252		980	252	13.9 %	3.6 %
Amlikon-Bissegg	1'259	315	275	494	123	52		175	52	13.9 %	4.1 %
Bussnang	2'109	538	538	742	199	92		291	92	13.8 %	4.4 %
Altnau	1'980	490	418	802	219	51		270	51	13.6 %	2.6 %
Wilen	2'076	581	442	770	223	60		283	60	13.6 %	2.9 %
Wäldi	987	221	224	409	96	37		133	37	13.5 %	3.7 %
Bürglen	3'259	678	925	1'217	314	125		439	125	13.5 %	3.8 %
Kemmental	2'285	564	519	898	222	82		304	82	13.3 %	3.6 %
Zihlschlacht-Sitterdorf	2'076	529	525	747	205	70		275	70	13.2 %	3.4 %
Hefenhofen	1'188	303	265	464	114	42		156	42	13.1 %	3.5 %
Müllheim	2'676	674	646	1'008	259	89		348	89	13.0 %	3.3 %
Münchwilen	4'765	1'192	1'236	1'722	440	175		615	175	12.9 %	3.7 %
Roggwil	2'884	757	620	1'135	269	103		372	103	12.9 %	3.6 %
Herdern	947	246	212	368	84	37		121	37	12.8 %	3.9 %
Affeltrangen	2'325	572	586	871	216	80		296	80	12.7 %	3.4 %
Hohentannen	605	179	115	234	51	26		77	26	12.7 %	4.3 %
Tobel-Tägerschen	1'382	333	387	487	139	36		175	36	12.7 %	2.6 %
Pfyn	1'927	435	495	754	166	77		243	77	12.6 %	4.0 %
Kradolf-Schönenberg	3'288	764	864	1'248	289	123		412	123	12.5 %	3.7 %
Thundorf	1'307	316	306	522	112	51		163	51	12.5 %	3.9 %
Erlen	3'176	763	837	1'184	292	100		392	100	12.3 %	3.1 %
Matzingen	2'529	639	651	928	224	87		311	87	12.3 %	3.4 %
Braunau	685	195	156	250	65	19		84	19	12.3 %	2.8 %
Hüttlingen	821	200	198	324	80	19		99	19	12.1 %	2.3 %
Märstetten	2'480	645	614	923	227	71		298	71	12.0 %	2.9 %
Langrickenbach	1'119	301	225	459	91	43		134	43	12.0 %	3.8 %
Lengwil	1'363	336	330	535	127	35		162	35	11.9 %	2.6 %
Bettwiesen	1'051	245	266	418	83	39		122	39	11.6 %	3.7 %
Gachnang	3'423	852	801	1'386	312	72		384	72	11.2 %	2.1 %
Stettfurt	1'112	294	230	464	86	38		124	38	11.2 %	3.4 %
Lommis	1'101	300	217	464	95	25		120	25	10.9 %	2.3 %
Felben-Wellhausen	2'477	583	659	967	193	75		268	75	10.8 %	3.0 %
Hauptwil-Gottshaus	1'824	477	476	679	135	57		192	57	10.5 %	3.1 %
Total TG	247'073	54'731	62'607	91'526	27'643	10'566		38'209	10'566	15.5 %	4.3 %

Anhang II: Stationäres Angebot

	Pflegeheimliste			**Kantonale Erhebung 2008 31.12.**				**Erhebung 2009**		**SOMED 2008**		
	2008	Juli 2009	Juni 2010	Anzahl Plätze	Belegt TG	Belegt Ausser-kantonal	Total belegt	Anzahl Plätze	Belegt	Plätze	Bele-gung 31.12	Bemerkungen
Region Frauenfeld												
Alters- und Pflegeheim Aaheim, Aadorf	60	76	76	68	43	24	67	84	82	69	66	
Seniorenresidenz Friedau, Frau-enfeld	48	85	85	60	37	23	60	114	110	58	53	Erhebung 09, inkl. Wohnun-gen teilweise spitexbetreut
Altersheim Stadtgarten, Frauen-feld	60	60	90	61	61	0	61	95	83	92	85	
Alters- u. Pflegeheim der Stadt F'feld	175	175	175	160	145	15	160	164	161	169	167	Erhebung 09, inkl. Alters-WG und Wohnungen
Region Diessenhofen												
Altersheim Vogelsang, Diessen-hofen	17	17	17	19	17	1	18	19	16	19	16	SOMED fehlt, gemäss Er-hebung Alterskonzept korri-giert
Thurgauer Klinik St. Katharinen-tal, Diessenhofen	50	50	50	48	39	4	43	52	43	48	43	Belegung kant. Erhebung 08, gemäss SOMED 08 korrigiert
Region Untersee												
Tertianum Neutal, Berlingen	79	79	79	146	73	39	112	142	124	122	106	Erhebung 09, inkl. 12 Tem-poräre Plätze
Alters- und Pflegeheim Bühl, Steckborn	62	72	72	72	67	5	72	72	72	72	72	
Betreutes Wohnen Eschenz	7	7	7	0	0	0	0	8	7	8	7	SOMED fehlt, gemäss Er-hebung Alterskonzept korri-giert
Region Kreuzlingen												
Alterszentrum Kreuzlingen	150	150	150	150	148	2	150	142	142	150	149	

	Pflegeheimliste			**Kantonale Erhebung 2008 31.12.**				**Erhebung 2009**		**SOMED 2008**		
	2008	Juli 2009	Juni 2010	Anzahl Plätze	Belegt TG	Belegt Ausser-kantonal	Total belegt	Anzahl Plätze	Belegt	Plätze	Bele-gung 31.12	Bemerkungen
Kranken und Pflegezentrum Wellingtonia, Kreuzlingen	54	54	54	52	40	8	48	52	52	52	49	
Wohn- und Pflegeheim Meeresstern, Kreuzlingen	26	26	26	19	12	0	12	19	14	20	12	
Alters- & Krankenheim Abendfrieden, Kreuzlingen	89	89	89	97	81	1	82	97	88	92	82	
Alters- u. Pflegeheim Bindersgarten, Tägerwilen	40	40	40	44	38	3	41	40	37	44	40	
Region Oberthurgau												
Wohn- und Pflegeheim Seerose, Egnach	56	56	56	54	28	13	41	54	44	54	42	
Alters- und Pflegezentrum, Amriswil	112	112	112	112	106	1	107	112	108	112	108	
Alters- und Pflegeheim National, Arbon	25	25	25	25	24	1	25	25	24	24	22	
Pflegeheim evang. Kirch., Arbon	28	28	28	25	28	0	28	28	26	28	28	
Stiftung Bürgerheim Bergfrieden, Arbon	21	21	21	21	21	0	21	22	22	21	19	
Reg. Pflegeh. Sonnhalden, Arbon	89	89	89	89	89	0	89	89	87	89	86	
Bellevue, Arbon		20	20					20	18			
Bürgerhof, Bischofszell	30	30	30	29	27	3	30	31	29	29	27	Plätze kantonale -Erhebung gemäss SOMED 08 korrigiert
Alters- und Pflegeheim Sattelbogen, Bischofszell	69	69	69	69	61	8	69	69	69	71	71	
Alters und Pflegeheim Egnach	17	17	17	16	12	4	16	16	16	18	18	
Pflegeheim Schloss Eppishausen, Erlen	43	43	43	37	34	1	35	37	35	37	35	

	Pflegeheimliste			**Kantonale Erhebung 2008 31.12.**				**Erhebung 2009**		**SOMED 2008**		
	2008	Juli 2009	Juni 2010	Anzahl Plätze	Belegt TG	Belegt Ausser-kantonal	Total belegt	Anzahl Plätze	Belegt	Plätze	Bele-gung 31.12	Bemerkungen
Alters- u. Pflegheim Schloss Hauptwil	42	42	42	42	28	12	40	42	38	43	40	
Alters- und Pflegheim Horn	66	66	66	58	38	12	50	55	50	52	32	
Alterswohnheim Neukirch-Egnach	38	38	38	49	42	3	45	49	44	49	46	
Alterspflegeheim Debora AG Oberaach	30	30	30	30	23	1	24	27	30	24	24	
Alterswohnstätte Holzenstein Romanshorn	73	73	73	87	81	0	81	86	80	85	83	
Reg. Pflegeheim Romanshorn	72	72	72	72	67	1	68	74	72	72	68	
Alterswohnheim Bodana, Salmsach	44	44	44	44	36	1	37	42	40	42	40	SOMED fehlt, gemäss Er-hebung Alterskonzept korri-giert
Privataltersheim Staubishub, Winden	21	21	21	23	12	7	19	23	21	25	19	
Region Weinfelden												
Wohn- und Pflegeheim Schloss Berg, Berg	55	55	55	50	35	1	36	50	30	50	37	
Wohn- und Pflegeh. Rosengar-ten, Kradolf	24	24	24	24	16	3	19	22	19	24	20	
Pflegeheim Brünnliacker, Gun-tershausen b. Berg	65	65	65	80	39	39	78	80	79	81	76	
Alters u. Pflegeheim, Bussnang	100	100	100	87	85	2	87	92	91	92	86	
Altersheim im Park, Schönenberg	40	40	40	42	35	0	35	42	38	38	36	
Pflegeheim Region Sulgen	65	75	75	65	64	1	65	71	64	65	63	
Pflegeheim Weinfelden	87	87	87	98	88	1	89	88	88	98	90	
Altersheim Bannau, Weinfelden	30	30	30	33	30	0	30	31	30	30	30	
HUMANA Dignity-Center, Wein-	56	56	56	50	31	8	39	50	38	56	36	

	Pflegeheimliste			**Kantonale Erhebung 2008 31.12.**				**Erhebung 2009**		**SOMED 2008**		
	2008	Juli 2009	Juni 2010	Anzahl Plätze	Belegt TG	Belegt Ausser-kantonal	Total belegt	Anzahl Plätze	Belegt	Plätze	Bele-gung 31.12	Bemerkungen
felden												
Region Hinterthurgau												
Alters- und Pflegeheim, Eschlikon	30	30	46	30	27	3	30	30	30	30	30	
Pflegeheim Tannzapfenland, Münchwilen	94	112	112	103	96	6	102	111	110	104	103	
Wohngemeinschaft Bühl GmbH, Münchwilen	23	23	23	24	13	11	24	27	27	24	24	inkl. Pflegewohngruppe Sunnehof, Schweizersholz
Alter- u. Pflegeheim Grünau, Sirnach	40	40	40	44	43	1	44	41	41	46	42	
Pflegeheim Rüti, Sirnach	30	30	30	37	18	18	36	37	31	37	37	
Tagesheim Villa, Sirnach	6	6	6	0	0	0	0	12	10	14	14	
Alters- und Pflegeheim Sunne-wies, Tobel	63	63	63	77	66	8	74	58	57	63	59	
Alters- und Pflegeheim Neuhaus, Wängi	57	60	67	65	60	5	65	68	68	69	66	
Seniovita Lommis	8	8	8	8	7	1	8	8	8	8	8	
Pflegewohngruppe Stöckli Wängi		5	5					6	6			
Gesamttotal	***2'666***	***2'785***	***2'838***	***2'795***	***2'311***	***301***	***2'612***	***2'925***	***2'749***	***2'819***	***2'612***	

Anhang III: Überblick über Gruppen im Bereich „Aktive Seniorinnen und Senioren“ - Seniorenverbände TG

(Zusammengestellt durch Pro Senectute Thurgau, Stand Juni 2011)

Ort	Name	Tätigkeiten
Amriswil	Freie Altersvereinigung Amriswil	- monatliche Spielnachmittage - 2 Ausflüge pro Jahr
Arbon	Forum 60plusminus Arbon	Freizeit, Freiwilligenarbeit, Essen, Mittagstisch, Pflege/Haushalt, Wohnen & Institutionen, Seelsorge Beratung & Unterstützung, Politische Vertretung, Transport, Soziale Dienste
Bottighofen	Zirkel Bottighofen	Wanderungen/Velotouren/Schwimmen, Ausstellungen, Spiel- und Film- Nachmittage, Exkursionen Reisen, Kulturelle Anlässe
Buchs	Seniorenplattform Bodensee	grenzüberschreitende Informations- und Erfahrungsaustausch in Altersfragen
Bürglen	Bürglemer Forum	Mittagstisch für Senioren, Tagesausflüge
Frauenfeld	Seniorenrat	Gemischter Chor, Seniorenzyklus, Ausflüge, Alzheimer-Angehörigengruppe, weitere Anlässe gemäss „info Frauenfeld“
Kreuzlingen und Umgebung	Klub der Älteren / 60 plus	Wöchentliche Jass-, Spielnachmittage, weitere Anlässe
Märstetten	Seniorenrat	Organisation von regelmässigen Aktivitäten; Vertretung der Anliegen der Seniorinnen und Senioren gegenüber Gemeinden u. weiteren Institutionen; Beratung des Gemeinderates bei wichtigen Planungsaufgaben. Förderung der Lebensqualität von Senior/innen
Weinfelden	Senior mach mit	Wanderungen, Chor, Ausflüge, Jassen, Mittagstisch
Weinfelden	Thurgauer Senioren- und Rentnerverband	Seniorenferien, Monatstreffen, Jassen, Lottomatch, Spielnachmittage, Wanderungen, Vorträge