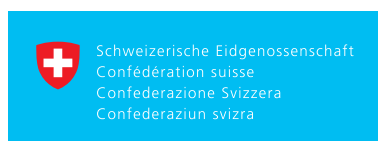


Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace



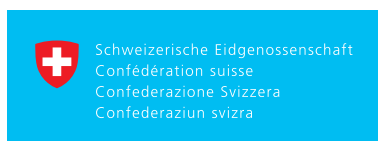
doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
Ing. Jiří Horecký, MBA



Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
Ing. Jiří Horecký, MBA



Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

**Poskytování služeb sociální péče pro seniory
v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace**

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

Ing. Jiří Horecký, MBA

Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Kotnovská 137, 390 01 Tábor

IČO 60445831

Tel./fax: +420 381 213 332

www.apsscr.cz



První vydání, Tábor 2012

Koordinátor komparační studie: Ing. Bc. Alice Švehlová

Odpovědný redaktor: Zdeněk Kašpárek

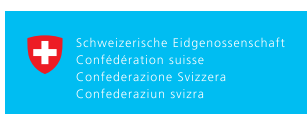
Překlad českého originálu do německého jazyka: theBESTtranslation

Redakce německého překladu: Mgr. Magda Dohnalová

Grafické zpracování, sazba a tisk: RUDI, a. s., Komenského 1839, 390 02 Tábor

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce

Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union



ISBN 978-80-904668-3-8

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 7 |
| 1. Zdroje financování sociálních služeb pro seniory | 9 |
| 2. Financování sociálních služeb pro seniory | 17 |
| 3. Vybavenost regionů sociálními službami pro seniory | 21 |
| 4. Pracovníci v zařízeních sociálních služeb pro seniory | 25 |
| 5. Kvalita poskytovaných sociálních služeb | 31 |
| 6. Demence a sociální služby pro seniory | 35 |
| 7. Paliativní péče a sociální služby | 37 |
| 8. Sociální služby pro seniory a výzvy pro budoucnost | 41 |
| Závěr | 45 |
| Použitá literatura | 45 |
| Přílohy | 47 |

Úvod

Jedním z významných nástrojů v rámci hodnocení jednotlivých systémů sociální ochrany obyvatelstva jsou poznatky získané v rámci mezinárodních komparací jejich stěžejních prvků. Úprava podmínek nároků na jednotlivé sociální dávky a sociální služby jsou ve výsostné kompetenci jednotlivých členských států Evropské unie a v souvislosti s tzv. otevřenou metodou koordinace jsou využívány zejména tzv. příklady dobré praxe, jejichž prostřednictvím dochází k rozvoji sociálních systémů v jednotlivých zemích.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR se ve své činnosti věnuje komparaci systémů sociálních služeb v jednotlivých zemích již delší čas. V uplynulých letech byla pozornost věnována mezinárodnímu srovnání klíčových prvků systémů sociálních služeb v Rakousku a na Islandu.

Na tyto poznatky navazuje i tato studie, jejíž zpracování je podporováno v rámci Programu švýcarsko-české spolupráce. Ve spolupráci se švýcarskou organizací CURAVIVA byla realizována řada společných aktivit. Předložená komparace systémů sociálních služeb pro seniory se snaží zmapovat přednosti i nedostatky klíčových prvků systému sociálních služeb v obou zemích.

1. Zdroje financování sociálních služeb pro seniory

V oblasti zdrojů pro financování sociálních služeb pro seniory existují mezi Českou republikou a Švýcarskem **velké rozdíly**, které **jsou odrazem dlouhodobě odlišné organizace sociálních a zdravotních systémů v obou zemích**. Zatímco sociální systémy v České republice jsou nově koncipovány po r. 1995 a např. zákon o sociálních službách vstoupil v platnost teprve v r. 2007, švýcarské systémy mají dlouhodobou tradici, která nebyla přerušena politickými změnami – švýcarské důchodové a pozůstalostní pojištění vzniklo v r. 1925, invalidní pojištění existuje sice od r. 1960, jeho vznik se ale datuje rovněž r. 1925, kdy si švýcarští voliči odhlasovali článek ústavy o vytvoření důchodového a invalidního pojištění.

Zdravotní péče je ve Švýcarsku financována ze systému nemocenského pojištění; péči poskytuje na neziskovém základě celkem 94 pojistitelů, kteří jsou pojištěni pro případ insolvence. V případě, že se pojistitel stane insolventním, náklady péče hradí tzv. Společné zařízení (Gemeinsame Einrichtung). Jedná se o případ tzv. „**superpojištění**“, který v českém sociálním systému (jak v oblasti financování zdravotní péče, tak ani v oblasti penzijního připojištění) není doposud zaveden. Z tohoto titulu lze konstatovat, že **švýcarští pojištěnci mají svoje nároky, které jim vyplývají z titulu nemocenského pojištění, lépe chráněny**.

V rámci českého systému sociální ochrany obyvatelstva jsou systémy nemocenského a zdravotního pojištění koncipovány odděleně. Systém nemocenského pojištění je v gesci ministerstva práce a sociálních věcí, systém zdravotního pojištění je v gesci ministerstva zdravotnictví. Přestože do obou systémů platí zaměstnavatelé, zaměstnanci i osoby samostatně výdělečně činné pojistné, je systém nemocenského pojištění stále součástí státního rozpočtu (pojistné na nemocenské pojištění je příjmem státního rozpočtu a všechny nemocenské dávky jsou financovány ze státního rozpočtu). Náklady na zdravotní péči jsou financovány ze systému veřejného zdravotního pojištění, které je oddělené od státního rozpočtu, systém je spravován prostřednictvím Všeobecné zdravotní pojišťovny a několika dalších oborových, resortních a zdravotních pojišťoven. Výše sazeb pojistného na zdravotní pojištění, stejně jako řada dalších podmínek poskytování zdravotní péče, je stanovena zákonem, popř. podzákonnými právními normami, a zdravotní pojišťovny nemají možnost je žádným způsobem ovlivnit. Z tohoto pohledu má pojistné na zdravotní pojištění charakter zdravotní daně.

Švýcarský systém důchodového pojištění je postaven na třech základních pilířích:

PRVNÍ PILÍŘ představuje tzv. státní zaopatření a tvoří ho důchodové a pozůstalostní pojištění (tzv. pojištění AHV) a pojištění pro případ invalidity. Jedná se o systém povinný, jehož cílem je spolu s tzv. doplňkovými dávkami pokrýt základní existenční potřeby osob, tedy alespoň částečně nahradit snižující se nebo chybějící výdělek z důvodu stáří nebo úmrtí. Dávky poskytované v rámci tohoto pilíře jsou financovány prostřednictvím

průběžného systému financování v rámci tzv. intergenerační solidarity. Současně jsou v tomto systému uplatňovány i prvky solidarity vysokopříjmových s nízkopříjmovými („bohatých“ s „chudými“): občané s vyššími příjmy odvádějí vyšší příspěvky, než je nutné k financování jejich důchodu.

Na financování důchodů v rámci pojištění AHV se podílejí zaměstnavatelé, pojištěnci i stát; **od 1. 1. 1999 přispívá stát na financování důchodového a pozůstalostního pojištění částí daně z přidané hodnoty.**

Organizačně je systém AHV pojištění zajištěn obdobně jako v České republice: Spolkový úřad sociálního pojištění v Ženevě provádí centrální úkony, za provádění a přímý kontakt s pojištěnci a zaměstnavateli jsou zodpovědné tzv. vyrovnávací pokladny jednotlivých svazů, kantonů a státu a jejich pobočky.

Důchody v rámci pojištění AHV jsou valorizovány podle vývoje cen a platů pomocí tzv. smíšeného indexu stanoveného Státním sekretariátem pro hospodářství.

Vedle dávek důchodového a pozůstalostního pojištění jsou **z pojištění AHV vypláceny** i další dávky, jako např. **příspěvky na pomůcky** (sluchadla, lupy) a **příspěvky pro tzv. Spitex¹ a další obecně prospěšné instituce**, které pomáhají osobám ve stáří (např. Pro Senectute, Švýcarský červený kříž). Tato opatření jsou v českém sociálním systému řešena v rámci systému sociální pomoci.

DRUHÝ PILÍŘ představuje tzv. pracovní zaopatření, jehož cílem je zajištění pokračování navykého způsobu života. Jedná se rovněž o **povinný systém**, v jehož rámci je uplatňován princip kapitálového financování.

TŘETÍ PILÍŘ je pilíř dobrovolný, představují jej soukromá individuální opatření (spoření); je uplatňován rovněž princip kapitálového financování.

Český důchodový systém je postaven rovněž na třech základních pilířích:

PRVNÍ PILÍŘ je povinný systém, jsou z něho vypláceny starobní, invalidní (vč. částečně invalidních) a pozůstalostní (vdovské, vdovecké a sirotčí) důchody. Systém je financován z pojistného, které platí zaměstnavatelé, zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné. Všechny důchody jsou financovány průběžným způsobem na základě intergenerační solidarity, ve výpočtu důchodu je rovněž uplatňován princip solidarity vysokopříjmových s nízkopříjmovými skupinami osob.

Důchody jsou vypláceny centrálně z Prahy prostřednictvím České správy sociálního zabezpečení, kontakt s klienty je zabezpečován prostřednictvím okresních správ.

Důchody jsou valorizovány podle indexu spotřebitelských cen, přičemž se rovněž přihlíží k 1/3 růstu průměrné mzdy².

DRUHÝ PILÍŘ českého důchodového systému byl legislativně upraven teprve v závěru r. 2011 a začne fungovat od r. 2013. Je koncipován jako systém dobrovolný, v jeho rámci bude uplatňován princip kapitálového financování.

TŘETÍ PILÍŘ je pilíř dobrovolný, který je státem podporován přímo poskytováním státního příspěvku i nepřímo prostřednictvím odpočtu ze základu pro stanovení daně z příjmu fyzických osob. V jeho rámci je uplatňován princip kapitálového financování. Od r. 2013 dochází i v tomto systému k řadě změn, z nichž k nejvýznamnějším patří skutečnost, že penzijní fondy musí garantovat kladné zhodnocení vložených finančních prostředků.

Nárok na **starobní důchod ve Švýcarsku** získá žena při dosažení 64 let věku a muž při dosažení 65 let věku, přičemž do důchodu mohou odejít o jeden až dva roky dříve, popř. až o pět let později. Snížení nebo zvýšení důchodu je přitom kalkulováno podle pojistně-matematických metod.

Výše důchodu závisí na dvou faktorech – na počtu tzv. započitatelných (odpracovaných) let a na výši tzv. rozhodujícího průměrného ročního příjmu. Plný starobní důchod získá ten, kdo od 20. roku života až do řádného

¹ *Jde o služby (obecně prospěšné či komerční) poskytující sociální a zdravotní péči seniorům a osobám se zdravotním postižením v jejich domácím prostředí. Ve švýcarských realitách je tedy prakticky synonymem pro terénní pečovatelskou a ošetřovatelskou péči.*

² *V uplynulých týdnech vláda rozhodla o tom, že v rámci úsporných opatření se index spotřebitelských cen ve zvýšení důchodů promítne od r. 2013 pouze z 1/3.*

důchodového věku (u muže se tedy jedná o 45 let) platil každý rok bez přestávek příspěvky do pojištění AHV. Jestliže příspěvky nebyly placeny bez přerušení nebo jestliže člověku chybí celé roky, vznikají tzv. příspěvkové mezery a člověk tak získá pouze částečný starobní důchod, kdy každý chybějící příspěvkový rok vede zpravidla ke snížení důchodu o minimálně 2,3 %. Výše starobního důchodu je omezena, může být maximálně dvakrát vyšší než důchody minimální.

Vedle zhodnoceného průměru pojištěných příjmů **ovlivňuje vyšší důchodu rovněž tzv. průměr výchovných a pečovatelských dobropisů.**

Výchovné dobropisy nejsou přímé peněžní dávky, ale jedná se o příplatky k výdělku, které se zohledňují teprve při výpočtu důchodu. Nárok na výchovné dobropisy mají starobní důchodci za každý rok, v němž vychovávali dítě mladší 16 let. Výchovné dobropisy činí trojnásobek ročního minimálního důchodu v době začátku nároku. U vdaných/ženatých osob se dobropis dělí během doby trvání manželství vždy z poloviny na oba manžele.

Ani pečovatelské dobropisy nejsou přímé peněžní dávky. Jedná se o příplatky k výdělku, na které má nárok osoba, která pečuje o invalidního příbuzného.

Současné **uspořádání českého důchodového systému** začalo vznikat v 90. letech minulého století, kdy byly postupně přijímány jednotlivé reformní kroky, které byly završeny v roce 1995 přijetím zákona o důchodovém pojištění, který nabyl účinnosti 1. ledna 1996.

Základní systém důchodového pojištění je v České republice založen na těchto principech:

- sociální solidarita,
- průběžné financování,
- systém je povinný pro všechny ekonomicky aktivní osoby,
- systém poskytuje náhradu příjmu v případě stáří (starobní důchod), invalidity (invalidní důchod) a úmrtí živitele (vdovský, vdovecký a sirotčí důchod),
- systém je dávkově definovaný – konstrukce výpočtu důchodů je dvousložková:
 - první složku tvoří základní výměra, která je stejná pro všechny druhy důchodů,
 - druhou složku tvoří procentní výměra, jejíž výše je rozdílná podle délky doby pojištění a výše příjmů dosažených v rozhodném období před přiznáním důchodu,
- systém neobsahuje žádná omezení výše důchodu stanovená pevnou částkou nebo procenty, a to ani v případě nároku na pozůstalostní dávky po jednom zemřelém,
- systém je jednotný, což platí i pro cizince ze třetích zemí, kterým při splnění stejných podmínek vzniknou stejné nároky ze základního důchodového pojištění jako ostatním pojištěncům,
- systém je dynamický (řada prvků konstrukce výpočtu důchodu se každoročně upravuje s přihlédnutím k ekonomickému vývoji, a to včetně indexování vyměřovacích základů).

Pro vznik nároku na starobní důchod musí občan splnit **dvě základní podmínky:**

- získat potřebnou dobu pojištění,
- dosáhnout věkové hranice pro vznik nároku na starobní důchod.

Potřebná doba pojištění pro vznik nároku na starobní důchod se v posledních letech pravidelně každý rok zvyšuje. V r. 2012 musí každý občan získat alespoň 28 let pojištění, přičemž cílová doba je v současné době stanovena na 35 let, které by měli občané získat v r. 2018.

Věková hranice pro vznik nároku na starobní důchod se od r. 1996 každoročně zvyšuje o 2 měsíce u mužů a o 4 měsíce u žen; v r. 2012 má nárok na starobní důchod muž při dosažení věku 62 let a 10 měsíců a žena, která vychovala 2 děti, při dosažení 60 let a 8 měsíců. Tyto hranice se budou v následujících letech každoročně zvyšovat o 2 měsíce u mužů a o 2–4 měsíce u žen, přičemž není stanovena žádná hranice, kdy toto zvyšování bude ukončeno. V tomto smyslu je Česká republika v současné době jedinou zemí, která **nemá stanovenou dlouhodobě pevnou věkovou hranici pro vznik nároku na důchod³.**

³ Podrobný vývoj věkové hranice pro vznik nároku na starobní důchod je uveden v příloze č. 1. Pokud by v budoucnu nedošlo ke změně tohoto ustanovení, děti, které se narodí v r. 2175, získají nárok na starobní důchod při dosažení 100 let.

Do důchodu lze v současné době odejít předčasně až o 3 roky dříve, pokud je důchodový věk nižší než 63 let. V budoucnu bude moci odejít člověk do předčasného důchodu až o 5 let dříve v případě, kdy dosáhl věku 60 let a jeho věková hranice pro vznik nároku na starobní důchod bude činit alespoň 63 let.

Výše procentní složky důchodu se snižuje o:

- 0,9% tzv. výpočtového základu za každých započatých 90 kalendářních dní v případě, kdy člověk odešel do důchodu maximálně 1 rok před vznikem nároku na svůj starobní důchod,
- 1,2% tohoto výpočtového základu za každých započatých 90 kalendářních dní v případě, kdy člověk odešel do důchodu v období 1–2 let před vznikem nároku na svůj starobní důchod,
- 1,5% tohoto výpočtového základu za každých započatých 90 kalendářních dní v případě, kdy člověk odešel do důchodu dříve než 2 roky před vznikem nároku na svůj starobní důchod.

Ve většině případů však dnes dochází k tomu, že po vzniku nároku na starobní důchod člověk dále pracuje při souběžném pobírání starobního důchodu v plné výši. Výše procentní výměry starobního důchodu se v tomto případě zvyšuje o 0,4% výpočtového základu za každý rok této ekonomické aktivity. Pokud občan po vzniku nároku na starobní důchod dále pracuje a přitom starobní důchod nepobírá, zvyšuje se procentní výměra starobního důchodu o 1,5% za každých 90 kalendářních dní této ekonomické aktivity.

V českém důchodovém systému není uplatňován princip výchovných a pečovatelských dobropisů; **péče o dítě i o starého nebo zdravotně handicapovaného občana má statut tzv. náhradních dob**, které se započítávají do celkové doby pojištění.

Pozůstalostní důchod ve Švýcarsku má při smrti manžela nebo rodiče zabránit tomu, aby se pozůstalí dostali do finanční nouze. Obdobně jako v České republice jsou poskytovány tři druhy pozůstalostních důchodů – vdovské, vdovecké a sirotčí.

Vdané ženy, jejichž manžel zemřel, mají nárok na vdovský důchod, pokud mají v okamžiku ovdovění jedno nebo více dětí nebo dosáhly v okamžiku ovdovění 45. rok života a byly vdané minimálně 5 let. Pokud ženy byly vdané víckrát, roky manželství se sčítají.

Na rozdíl od České republiky **mají na vdovský důchod nárok i rozvedené ženy**, jejichž bývalý manžel zemřel, pokud mají děti a jestliže rozvedené manželství trvalo minimálně 10 let nebo jestliže byly v době rozvodu starší než 45 let a jestliže trvalo rozvedené manželství minimálně 10 let nebo v případě, kdy nejmladší dítě dosáhne věku 18 let teprve poté, kdy se rozvedená matka dožije věku 45 let. Rozvedené ženy, které nesplňují žádný z těchto předpokladů, mají nárok na vdovský důchod až do 18. roku života nejmladšího dítěte.

Ženatí a rozvedení muži, jejichž manželka zemřela, získají vdovecký důchod, pokud mají z tohoto manželství děti, které jsou mladší 18 let. Jakmile dosáhne nejmladší dítě věku 18 let, nárok na vdovecký důchod automaticky zaniká.

Výše pozůstalostních důchodů je určována na základě doby pojištění a výše průměrného příjmu zemřelé osoby. Pokud člověk zemřel před 45. rokem života, **poskytuje se tzv. kariérní příspěvek**. Na rozdíl od České republiky v případě, kdy má pozůstalý nárok jak na starobní, tak na pozůstalostní důchod, je vyplácen pouze vyšší z těchto důchodů.

Pozůstalostní důchody vdovám a vdovcům jsou v České republice vypláceny po dobu jednoho roku od smrti partnera, poté v případě, kdy

- pečují o nezaopatřené dítě,
- pečují o dítě, svého rodiče nebo rodiče zemřelého manžela v případě, že jsou příjemci příspěvku na péči ve II., III. nebo IV. stupni,
- jsou příjemci invalidního důchodu ve III. stupni,
- nebo dosáhli alespoň věku o 4 roky nižšího, než činí důchodový věk pro muže v daném roce (tzn. v r. 2012 dosáhli věku 58 let a 10 měsíců).

Invalidní pojištění ve Švýcarsku je povinné pro všechny osoby žijící a pracující ve Švýcarsku. Invalidita je ve Švýcarsku definována jako neschopnost obživy, respektive neschopnost být činný v dosavadní oblasti

působnosti kvůli fyzickým nebo duševním zdravotním problémům, přičemž tato neschopnost musí být trvalá nebo trvat minimálně jeden rok.

Hlavním cílem invalidního pojištění je podpora lidí s postižením tak, aby byli schopni si zcela nebo částečně obstarat živobytí vlastními silami a vést co možná nezávislý život. Z tohoto pohledu klade invalidní pojištění **důraz na opatření tzv. včasné intervence**, tedy na realizaci takových opatření, která předcházejí problémům způsobeným zdravotními problémy na pracovišti. Stejný důraz je rovněž kladen na realizaci takových opatření, která by vedla k opětovnému zařazení handicapované osoby do společnosti. Invalidní důchod je přiznán pouze tehdy, pokud tato opatření pro zařazení nebyla zcela nebo v očekávaném rozsahu úspěšná.

Na rozdíl od České republiky ve Švýcarsku **musí pojištěnec pobírající dávky invalidního pojištění nadále až do dosažení věkové hranice pro vznik nároku na starobní důchod platit příspěvky na pojištění AHV**, na invalidní pojištění a na pojištění náhrady mzdy. Pokud invalidní důchodce nemá žádný příjem z ekonomické aktivity, musí se hlásit u tzv. kantonální vyrovnávací pokladny domovského kantonu tak, aby byla splněna i nadále jeho příspěvková povinnost do těchto systémů. Pokud tak neučiní, vzniká riziko tzv. mezery při placení poplatků a jeho budoucí starobní a pozůstalostní důchod může být snížen.

Stupeň invalidity je ve Švýcarsku **určován diferencovaně pro výdělečně činné, pro výdělečně nečinné a pro částečně výdělečně činné osoby**.

U výdělečně činných osob se stupeň invalidity určuje pomocí porovnání příjmu. Příjem, který by mohl být dosažen bez zdravotního poškození, se porovná s výdělkem, který by při zdravotním poškození a zavedení opatření pro zařazení mohl být dosažen bez ohledu na to, jestli je ho opravdu dosaženo. Tímto způsobem se zjistí, jaká je ztráta způsobená invaliditou. Jejím vyjádřením v procentech se získá stupeň invalidity⁴.

U osob, které nejsou výdělečně činné, se stupeň invalidity hodnotí pomocí srovnání vykonávaných činností, kdy odborníci z úřadu invalidního pojištění zjišťují na místě, jakou měrou ovlivňuje zdravotní postižení dosavadní oblast činnosti, tedy např. práci v domácnosti.

U částečně výdělečně činných osob posuzuje úřad invalidního pojištění stupeň invalidity podle postižení v obou oblastech: jak v profesním životě pomocí zjištění ztráty výdělku, tak v dosavadní oblasti působnosti porovnáním vykonávaných činností.

Pro výpočet výše invalidního důchodu se používá stejný systém jako u důchodů AHV; výše důchodu závisí na celkové době pojištění a na výši průměrného příjmu. Konkrétní výši důchodu určuje stupeň invalidity. Na rozdíl od České republiky jsou ve Švýcarsku vypláceny **invalidní důchody ve čtyřech stupních**:

- jestliže stupeň invalidity je vyšší než 40 %, náleží občanu čtvrtinový důchod,
- jestliže stupeň invalidity je vyšší než 50 %, náleží občanu poloviční důchod,
- jestliže stupeň invalidity je vyšší než 60 %, náleží občanu tříčtvrtinový důchod,
- jestliže stupeň invalidity je vyšší než 70 %, náleží občanu důchod v plné výši.

Nárok na invalidní důchod vzniká po uplynutí jednoleté čekací doby, přičemž během tohoto roku musí činit průměrná pracovní neschopnost občana minimálně 40 % a po uplynutí této lhůty musí trvat tato pracovní neschopnost i nadále v minimálně stejném rozsahu.

Invalidní pojištění ve Švýcarsku rozlišuje mezi pracovní neschopností občana a jeho neschopností obživy. Práce neschopný je ten člověk, který nemůže být kvůli zdravotním problémům nadále činný v dosavadním povolání nebo v dosavadním poli působnosti (tzv. stavovská invalidita). Stupeň jeho pracovní neschopnosti stanoví lékař. Naproti tomu neschopný obživy je občan, který kvůli zdravotním problémům nemůže na celém

⁴ Jestliže např. řemeslník, který se musel vzdát svého povolání kvůli bolestem zad, dostane pouze lehčí práci, při které vydělává mnohem méně, vypočítá se stupeň invalidity následovně:

| | |
|--|------------|
| Výdělek jako vyučený řemeslník: | 50 000 CHF |
| Nárokovatelný výdělek při lehčí práci: | 22 000 CHF |
| Rozdíl: | 28 000 CHF |

Ztráta výdělku v hodnotě 28 000 CHF odpovídá 56 %. Stupeň invalidity řemeslníka tedy činí 56 %, což vede k přiznání polovičního invalidního důchodu.

trhu práce vykonávat žádnou pracovní činnost. Stupeň invalidity v tomto případě stanoví příslušný úřad invalidního pojištění. Nárok na invalidní důchod zaniká, pokud nadále nejsou splněny podmínky po jeho výplatu, nejpozději v okamžiku, když invalidní důchodce dosáhne věkové hranice pro vznik nároku na starobní důchod.

Invalidní důchody by měly v zásadě pokrýt existenční potřeby postižené osoby. Pokud tomu tak není, může příjemce invalidního důchodu požádat o tzv. doplňkové dávky, což jsou dávky, které vyrovnávají chybějící částku mezi skutečnými příjmy a určenou hranicí příjmů, tzv. existenčním minimem.

V České republice není invalidní pojištění samostatnou součástí systému sociální ochrany, ale je součástí systému důchodového pojištění. Podmínky pro přiznání invalidních důchodů jsou od počátku 90. let minulého století opakovaně upravovány (zprůšňovány). V současné době získá nárok na invalidní důchod ten pojištěnec, u něhož z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %. Na rozdíl od Švýcarska není **stupeň invalidity určován** diferencovaně v závislosti na výdělečné schopnosti člověka, ale **univerzálně bez vazby na jeho ekonomickou aktivitu a typ vykonávané činnosti**.

Invalidní důchody jsou v České republice **členěny pouze do třech stupňů:**

- jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Pracovní schopností se přitom rozumí schopnost pojištěnce vykonávat takovou výdělečnou činnost, která odpovídá jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při určování poklesu pracovní schopnosti se přitom vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření, přičemž se bere v úvahu:

- zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost,
- zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav,
- zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován,
- schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával,
- schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 %,
- v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Invalidní důchod je vypočten obdobně jako důchod starobní. Vysoká míra sociální solidarity, která se projevuje ve vysoké redukci výdělků, zajišťuje, že výše invalidního důchodu umožňuje převážně většině příjemců invalidních důchodů naplňovat svoje základní životní potřeby nad úroveň životního minima, žádná zákonná vazba však mezi těmito kategoriemi stanovena není. V případě, že příjem příjemce invalidního důchodu je nižší než jeho životního minimum, může si požádat o dávky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi.

Ze systému invalidního pojištění je **ve Švýcarsku** vypláceno rovněž **odškodnění pro bezmocnost**. Toto odškodnění náleží osobě, která potřebuje pomoc druhé osoby při každodenních činnostech, jako je oblékání, vstávání, sedání si, jídlo, tělesná hygiena, a která je tak ve smyslu invalidního pojištění „bez-mocná“. Za bezmocné se považují také plnoletí pojištěnci, kteří jsou odkázáni na stálou pomoc v praktickém životě a bydlí doma. Podle rozsahu bezmocnosti se rozlišují tři stupně – **lehká, střední a těžká bezmocnost**. Nárok na odškodnění pro bezmocnost může vzniknout již po narození a končí smrtí osoby. Po dosažení věku pro vznik nároku na starobní důchod je toto odškodnění poskytováno v rámci starobního důchodu.

Analogickým řešením této sociální situace v **České republice je poskytování příspěvku na péči**. Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Jedná se tedy o kritéria podle tzv. Katzova indexu aktivit nezávislého života, který je využíván pro hodnocení míry závislosti i v řadě evropských zemí.

Vedle dávek poskytovaných z AHV a z invalidního pojištění jsou **ve Švýcarsku poskytovány tzv. doplňkové dávky**. Jedná se o dávky, na které je právní nárok a které jsou poskytovány těm osobám, jejichž důchod nebo příjem jim neumožňuje pokrýt jejich minimální životní náklady. Tyto dávky jsou poskytovány jednotlivými kantony, a to buď pravidelně měsíčně, nebo dle potřeby k úhradě nákladů nemocných a handicapovaných osob. Na tyto dávky mají nárok osoby, které mají nárok na starobní nebo pozůstalostní důchod, na invalidní důchod nebo po dosažení 18 let na odškodnění pro bezmocné, mají bydliště nebo trvalý pobyt ve Švýcarsku a jsou občany Švýcarska. Doplňkové dávky mohou získat i cizinci, kteří žijí minimálně šest let ve Švýcarsku. Pro uprchlíky nebo osoby bez občanství činí tato doba pět let. Občané států EU, pro které platí Dohoda o svobodném pohybu osob, nemusí většinou splnit žádnou čekací dobu.

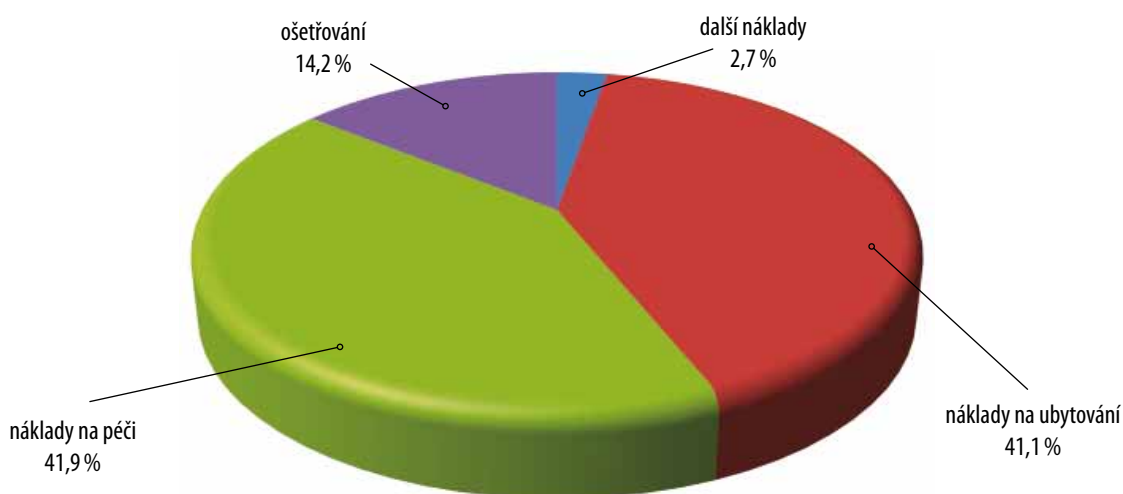
Roční výše doplňkových dávek odpovídají rozdílu mezi uznanými výdaji a tzv. započítatelnými příjmy. Jejich výše přitom závisí na tom, zda osoby žijí doma, nebo zda bydlí v pobytových zařízeních sociálních služeb. U manželských párů, kde minimálně jeden z partnerů žije v zařízení, respektive v nemocnici, se roční doplňkové dávky vypočítávají pro každého z partnerů zvlášť.

Určitým **ekvivalentem** těchto dávek v **České republice** jsou **dávky poskytované v rámci systému pomoci v hmotné nouzi, popř. dávky pro zdravotně postižené osoby**. Zatímco dávky poskytované ze systému pomoci v hmotné nouzi jsou poskytovány zpravidla na základě posouzení celkových sociálních a příjmových poměrů jednotlivých žadatelů a členů jejich domácností, dávky pro zdravotně postižené osoby jsou poskytovány na základě posouzení sociálních důsledků vyplývajících ze zdravotního postižení, přičemž výše jednotlivých dávek je zpravidla poskytována na základě posouzení celkových příjmových poměrů jednotlivých žadatelů.

2. Financování sociálních služeb pro seniory

Celkové náklady na dlouhodobou stacionární péči ve Švýcarsku dosáhly v r. 2008 úrovně 7 552,4 mil. CHF, na krytí těchto nákladů se z necelé poloviny podílejí samotní klienti (úplná struktura financování této péče je znázorněna v příloze č. 10). Z hlediska struktury nákladů tvoří největší náklady na péči (41,9%) a náklady na ubytování (41,1% - viz graf č. 1)

Graf č. 1: Struktura nákladů dlouhodobé stacionární péče ve Švýcarsku (r. 2008)



Pramen: Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012

Od 1. ledna 2011 došlo v oblasti financování péče v pečovatelských domovech k významným změnám. Zatímco **obyvatelé domovů** si musí i nadále **sami hradit náklady na asistenci a ubytovací služby, financování péče je rozděleno mezi tři plátce:**

- mezi nemocenské pokladny (náklady na zdravotní péči jsou hrazeny ze zdravotního pojištění dle 12 stupňů péče; na jeden stupeň připadá 20 minut, každý stupeň představuje platbu zdravotní pojišťovny ve výši 9 CHF, maximální výše platby tak činí 108 CHF na den)⁵,

⁵ Tyto tarifní limity se řídí stupni potřebnosti péče a mají za následek, že v současnosti hradí nemocenské pokladny podle odhadu společnosti CURAVIVA Schweiz pouze 52 % nákladů na péči.

- mezi obyvatele domovů (max. 20 % nejvyššího příspěvku nemocenské pokladny – nejvýše 21,60 CHF na den, respektive 7 884 CHF ročně),
- mezi veřejné zdroje (zbytkové financování).

Výhodou toho systému je skutečnost, že toto financování péče jasně vymezuje příspěvky nemocenských pokladen na náklady povinné podle zákona o nemocenském pojištění a definuje maximální částku, kterou se klienti mají podílet na krytí nákladů za péči. Řešení těchto dvou bodů je ve všech kantonech celého Švýcarska identické.

Unikátní je švýcarský systém financování sociálních služeb z hlediska posloupnosti čerpání jednotlivých zdrojů, přičemž důraz je položen na vyčerpání všech předchozích možností. Náklady na ubytování, stravu a ošetrovatelskou péči jsou tak hrazeny v této posloupnosti:

- starobní nebo invalidní důchod seniora,
- dávky pro bezmocnost, které jsou nezávislé na majetku a příjmech,
- služby profesní prevence (jedná se o systém dobrovolného připojištění, které může být hrazeno a sjednáváno zaměstnavatelem),
- výnosy z majetku, tj. prověřování majetkových poměrů (finanční majetek a nemovitý majetek),
- doplňkové dávky,
- dávky sociální pomoci,
- úhrady z veřejných zdrojů, tj. kantonálních a municipálních rozpočtů.

Švýcarský systém financování sociálních služeb pro seniory je tedy vícezdrojový s **jasně definovanými a predikovatelnými zdroji**, resp. příjmy. Stanovení posloupnosti jednotlivých zdrojů a povinnost jednotlivých subjektů systému na jejich finanční participaci umožňuje plánování a rozvoj těchto služeb.

Významné postavení ve struktuře zdrojů financování služeb patří doplňkovým dávkám. Enormní náklady, které dnes vznikají především při péči o velmi staré osoby, mohou uživatelé – i ti ze středních vrstev – často velmi těžko hradit z vlastních prostředků. Dnes je proto téměř 60 % osob pobírajících důchod a žijících v domovech pro seniory a pečovatelských domovech odkázáno na dávky doplňkového pojištění.

Dalším význačným prvkem švýcarského systému financování je míra participace uživatelů služeb. Ve Švýcarsku, stejně tak jako v dalších západoevropských zemích, jsou při financování sociálních služeb využívány nejen běžné zdroje příjmů jednotlivých klientů (zejména důchodů), ale jsou využívány i příjmy z jejich majetku. Švýcarský systém tímto krokem nejen že šetří veřejné zdroje, ale vede i k odpovědnému přístupu osob k svému vlastnímu životu, neboť vedle preventivních účinků z hlediska významu zdravého životního stylu vede k využívání jiných zdrojů vyplývajících např. z připojištění (ať již formou zaměstnavatelského pojištění nebo jiných pojistných produktů).

Náklady na péči v domovech pro seniory v **České republice** v r. 2009 dosáhly úrovně 9 467,7 mil. Kč. Systém financování je vícezdrojový, na krytí těchto nákladů se z necelé třetiny podílejí samotní klienti (úplná struktura financování této péče je znázorněna v příloze č. 11).

V porovnání se švýcarským systémem je ale **systém financování** těchto služeb v ČR **nestabilní**. Díky naprosto dominantní roli státu z hlediska ochrany klientů jednotlivých služeb, která se projevuje mj. ve stanovení výše maximálních úhrad klienta za pobyt a stravu, jsou všichni poskytovatelé závislí na poskytnutí dotací ze státního rozpočtu, na jejíž přiznání však nemají právní nárok. Zdroje financování těchto služeb jsou tak v zásadě nahodilé, dobrovolné, netransparentní, nesystémové a nenárokové, což celý systém financování služeb činí **neefektivním**. Posloupnost čerpání jednotlivých finančních zdrojů není stanovena, celková majetková situace uživatele sociálních služeb nemá vliv na výši jeho úhrady za poskytované sociální služby, zdravotní pojišťovny hradí náklady za lékařem indikovanou a ošetrovatelským personálem poskytnutou péči z cca 10 %, poskytovatelé služeb jsou závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu – to jsou hlavní příčiny, které brání dynamickému rozvoji těchto služeb, což je z hlediska očekávaných demografických tendencí velmi alarmující skutečností.

Při řešení uvedených problémů lze využít i některé poznatky o systému financování sociálních služeb pro seniory ve Švýcarsku. V tomto smyslu připadá v úvahu mj. implementace doplňkových dávek. Pokud stát limituje v zájmu dostupnosti péče pro všechny občany výši úhrad za poskytovanou péči, je nezbytné stanovit, kdo

je povinen uhradit rozdíl mezi takto stanovenou výší úhrady a skutečnými náklady za poskytovanou službu. Existuje celá řada možností zdrojů kompenzace tohoto rozdílu – od využití movitého a nemovitého majetku uživatele služby, přes finanční participaci osob blízkých, až po účast státního či samosprávných rozpočtů např. prostřednictvím samostatné dávky či vyrovnávací platby. **Švýcarský systém doplňkových dávek je částečným řešením nedokonalosti českého systému.**

3. Vybavenost regionů sociálními službami pro seniory

Potřebnost péče je v posledních letech chápána ve všech evropských zemích jako nové sociální riziko. Přestože jednotná definice tohoto pojmu doposud neexistuje, je zpravidla chápána jako dlouhodobá nebo trvalá ztráta samostatnosti při vykonávání každodenních úkonů. Jedná se o obecné životní riziko, které je vnímáno silně individuálně a které je definováno zpravidla pomocí ztráty autonomie. Často se za účelem definice potřeby péče používají tzv. kritéria ADL (Activities-of-Daily-Living) jako schopnost, respektive neschopnost se sám obléknout a svléknout, uložit se sám do postele nebo postel sám opustit, sám převzít péči o tělesnou hygienu a pohybovat se alespoň v rámci bytu.

V současné době se **ve Švýcarsku** pohybuje podíl osob ve věku nad 65 let, které vyžadují péči, mezi 10 % a 11,5 %, přičemž do 79 let je podíl osob vyžadujících péči menší než 10 %, ve věku 80–84 let je to 20 % a mezi osobami, které jsou starší 84 let, je téměř 33 % osob, které jsou odkázány na cizí pomoc a péči.

Péče v pobytových zřízeních je ve Švýcarsku poskytována v pečovatelských domovech a v domovech pro seniory.

Nabídka služeb dlouhodobé stacionární péče je z kvantitativního hlediska i navzdory regionálním výkyvům hodnocena jako dostatečná. Ošetrovatelská a pečovatelská zařízení a ambulantní služby jsou ve Švýcarsku rozmístěny na celém území státu, určité rezervy jsou v částečně stacionární oblasti (denní stacionáře a kliniky s odlehčovacími službami) a v nabídce rehabilitace a prevence. Vybavenost jednotlivých kantonů lůžky v institucích pro seniory a osoby vyžadující péči je znázorněna v příloze č. 2.

Rovněž v **České republice** je na sociálních službách závislý přibližně stejný počet osob, v r. 2010 sociální služby využívalo cca 10,5 % osob starších 65 let. Největší objem péče je seniorům poskytován v jejich vlastních domácnostech ve formě pečovatelské služby (využívalo ji více než 8 % osob starších 65 let). Po r. 1990 došlo k rozvoji nových forem především ambulantních služeb, jejich nabídka však není doposud rovnoměrná na území celé republiky. **Struktura forem jednotlivých služeb je přitom částečně determinována geografickým profilem regionu:** vyšších hodnot vybavenosti pečovatelskou službou vykazují regiony s převážujícím rovinným profilem, naproti tomu vyšší hodnoty vybavenosti místy v domovech pro seniory lze zaznamenat v regionech s převážně hornatým profilem. Vybavenost jednotlivých okresů místy v jednotlivých formách péče o seniory je znázorněna v přílohách č. 3–5.

Po přijetí nového zákona o sociálních službách není od r. 2007 sledován počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba v domech s pečovatelskou službou. Podle posledního údaje byla v r. 2006 poskytována v těchto domech pečovatelská služba celkem 20 510 osobám, tj. cca 20 % z celkového počtu osob, jimž byla v tomto roce pečovatelská služba poskytována. Lze vyslovit domněnku, že v posledních letech se hodnota tohoto ukazatele nezměnila.

Na rozdíl od Švýcarska je **péče o seniory**, kteří péči potřebují, poskytována nejenom v zařízeních sociálních služeb, ale rovněž **v některých typech zdravotnických zařízení**, především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (v r. 2010 bylo v těchto zařízeních celkem 6 575 lůžek). Vybavenost jednotlivých okresů místy v těchto zařízeních je znázorněna v příloze č. 6.

Při hodnocení rozsahu poskytovaných služeb v jednotlivých regionech je nutno mít na zřeteli, že při hodnocení jejich vybavenosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území, neboť na zřeteli je nutno mít řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např.:

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpadu vícegeneračního soužití rodin.

Vybavenost území sociálními službami je třeba posuzovat a rozvíjet v širších aspektech, než jen pokud jde o samotnou přítomnost příslušných zařízení a aktivit. Jde zejména:

- o přítomnost jednotlivých služeb,
- o jejich dostupnost (jak územní, tak i finanční),
- o návaznost jednotlivých služeb,
- o zajištění informovanosti občanů o jednotlivých službách (veřejné povědomí o možnostech sociální pomoci),
- o zajištění kvality výkonu jednotlivých služeb např. z hlediska jejich profesionality, kontroly nebo spokojenosti klientů,
- o zajištění ekonomické efektivnosti poskytovaných služeb, resp. o zajištění ekonomické únosnosti jejich provozování.

Jde zjevně o provázané aspekty, které ve svém komplexu ovlivňují sociální kvalitu území a uspokojování sociálních potřeb občanů.

Souhrnně lze **nabídku poskytovaných sociálních služeb pro seniory z kvantitativního hlediska hodnotit jako nedostatečnou**. Dlouhé čekací doby na umístění v domovech pro seniory ve většině regionů, nedostatečná nabídka terénních sociálních služeb – to jsou klíčové problémy, s jejichž řešením se potýkají zřizovatelé sociálních služeb prakticky ve všech regionech České republiky. Hlavní příčinou této skutečnosti je stávající systém financování sociálních služeb, který je založen na vysoké míře centrální regulace a na závislosti poskytovatelů sociálních služeb na poskytnutí dotací ze státního rozpočtu, na jejichž přiznání však není právní nárok.

Významnou součástí péče o seniory jak ve Švýcarsku, tak i v České republice představuje péče, která je jim poskytována v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ve Švýcarsku žije v současné době v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech cca 30% osob starších 85 let, v České republice žilo v domech pro seniory v r. 2010 cca 24,5% osob starších 85 let a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 4,3% osob této věkové skupiny⁶.

Přání zůstat co možná nejdéle, nejlépe až do konce života, ve známém bytě, je u seniorů v obou zemích velmi rozšířené. Individuální bydlení v domácnosti, doma ve známém prostředí a maximální podpora ze strany pečujících příbuzných nebo profesionálních ambulantních služeb, jako je např. ve Švýcarsku Spitex, je pro většinu seniorů nejčastějším způsobem bydlení.

Podíl obyvatel žijících v domovech pro seniory ve Švýcarsku výrazně stoupá teprve ve vysokém věku, kdy se snižuje svoboda pohybu a objevuje se více fyzických nebo psychických poruch, které vedou k funkčním omezením a ke zvýšené potřebě pomoci a péče. Vstup do stacionárního seniorského či pečovatelského zaří-

⁶ Pokud by počet osob žijících v domech s pečovatelskou službou zůstal v r. 2010 na úrovni r. 2006 (tzn. 20 510 osob), činil by podíl osob starších 85 let, jimž je péče poskytována v těchto zařízeních, 13,3%.

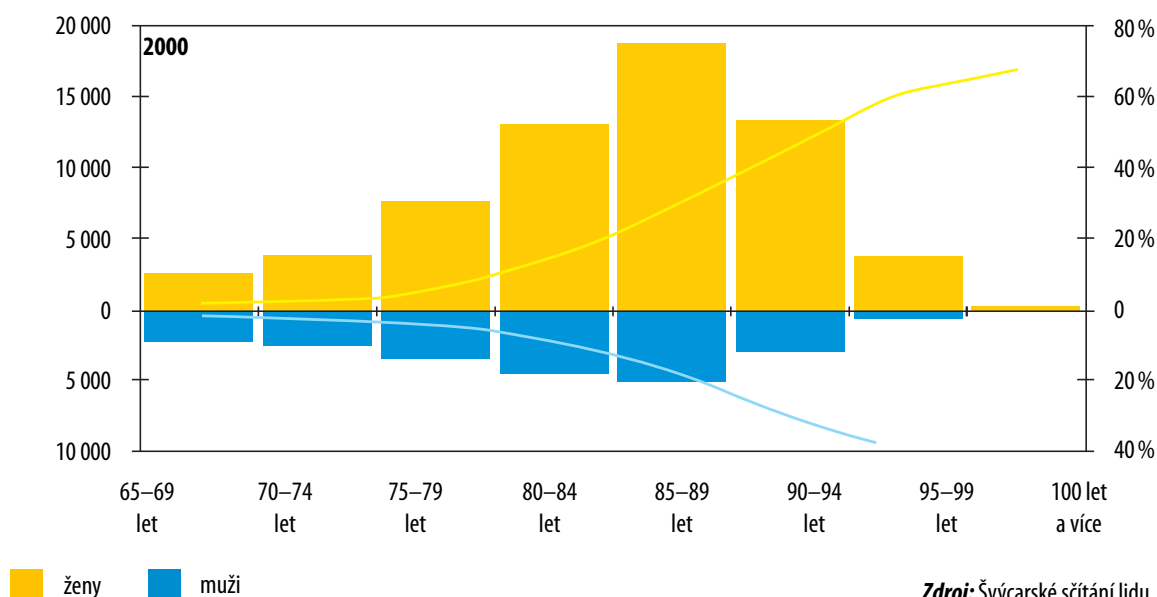
zení slibuje vyšší kvalitu života. V současné době žije téměř čtvrtina (24 %) lidí ve věku mezi 85 a 89 lety (téměř 23 000 osob), více než 40 % lidí ve věku 90 až 94 let (16 000 osob) a cca 58 % osob starších 95 let (asi 5 200 osob) v zařízeních dlouhodobé stacionární péče.

Obyvatelé pečovatelských zařízení **ve Švýcarsku** však nejsou „pouze“ staří, ale také trpí velmi často několika funkčními poruchami zároveň: imobilitou (připoutání na invalidní vozík nebo na postel), inkontinencí, nestabilitou (pády, zlomeniny kostí) a intelektuální degradací (v němčině se obecně tyto stavy označují jako „čtyři velká I geriatric“: Immobilität, Inkontinenz, Instabilität, Intellektueller Abbau). Tato „**čtyři velká I geriatric**“ jsou často hlavními zdravotními potížemi klientů těchto domovů. Zároveň jsou to nejčastější zdravotní důvody vedoucí ke vstupu seniorů do stacionárních zařízení dlouhodobé péče. V důsledku spojení vysokého věku a zdravotních potíží s funkčními omezeními osob vyžadujících péči dochází k vysoké úmrtnosti, a tím k rychlé výměně obyvatel domovů. V roce 2000 strávili muži průměrně rok, ženy průměrně tři roky v domovech. Každoročně dokonce téměř třetina obyvatel opouští pečovatelské domovy z důvodu úmrtí nebo převozu na akutní oddělení nemocnic. Adekvátně těmto počtům žilo ve sledovaných institucích dlouhodobé stacionární péče 35 % obyvatelek a obyvatel kratší dobu než jeden rok. **Stacionární pečovatelská zařízení a domovy pro seniory se stále častěji stávají „zařízeními pro umírající“.** Rozhodnutí vstoupit do domova sice může být těžké, ale je třeba brát také ohled na rodinné příslušníky, přátele a sousedy, kteří musí nést břemeno stále náročnější péče. Kromě potřeby péče hrají důležitou roli pro vstup do domova také socio-demografické faktory. Kromě neexistence potomků je důležitým faktorem obzvláště civilní stav a ekonomická situace: v pečovatelských domovech a domovech pro seniory se nacházejí svobodní senioři častěji než vdani/ženatí nebo ovdovělí.

Obdobné trendy lze zaznamenat i v České republice. Navíc struktura osob v pobytových zařízeních sociálních služeb není dlouhodobě označována odbornou veřejností jako **optimální**. Např. v prosinci 2010 bylo v domovech pro seniory 5 817 klientů bez přiznaného příspěvku na péči (15,4 % z celkové kapacity těchto zařízení) a 7 897 klientů mělo přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti (tj. 20,9 % z celkové kapacity).

Za zmínku stojí však jedna možnost řešení bytové otázky seniorů ve Švýcarsku, a sice tzv. kolektivní bydlení. Jde o model společných domácností, tj. větší bytové jednotky, kde převážně osamocení senioři sdílejí společnou kuchyni a sociální zařízení. Tento model je reakcí na zvýšené náklady samostatného bydlení a je založen na vzájemné výpomoci, příp. dohledu. (Viz graf č. 2)

Graf č. 2: Procentuální podíl osob žijících v kolektivních domácnostech, podle věku a pohlaví, r. 2000



Zdroj: Švýcarské sčítání lidu, BFS

Tento způsob bydlení je v současné době **těžko představitelný v českých realitách**, a to zejména z hlediska odlišné tradice bydlení a odlišné historie. Lze však vyslovit domněnku, že deregulace nájemného, nedostatek malometrážních bytů a tlak na redukci veřejných rozpočtů (a tím i na výši starobních důchodů) vytvoří prostor pro vznik tohoto relativně nového způsobu bydlení a poskytování sociálních služeb⁷.

Dalším pozitivním a v českém prostředí **nedostatečným jevem je adaptace podmínek služby na potřeby klienta**. V ČR jsou potřeby klienta a jejich uspokojení přesně vymezeny mezi jednotlivé sociální služby (a to jak příslušnou legislativou, tak i kvalifikací pracovníků). V případě zhoršení zdravotního stavu u obyvatele domu s pečovatelskou službou následuje většinou automaticky jeho přesun do pobytového zařízení („**klient jde za péčí**“). **Ve Švýcarsku** se v těchto případech služba přizpůsobuje klientovi, tj. v případě vzrůstajících potřeb se automaticky zintenzivní péče („**péče jde za klientem**“). Klient tak není nucen měnit své sociální prostředí a zvyšuje se tak kvalita jeho života. Tento přístup je ve Švýcarsku umožněn tamním systémem financování, kdy veřejné rozpočty a zdravotní pojišťovna hradí péči o klienta dle jeho potřeb a nerozlišují, ve kterém prostředí se nachází⁸. **Český systém financování sociálních a zdravotních služeb** je v současné době natolik složitý a segreganční, že **tento přístup neumožňuje**.

Stejný příklad lze uvést u terénní ošetrovatelské a pečovatelské služby Spitex. **Ve Švýcarsku jsou zdravotně ošetrovatelské služby a sociální péče vykonávány stejnou osobou**. Tento přístup je v důsledku efektivnější (logistika výkonů je nižší) a opět dlouhodobá přítomnost omezeného počtu pracovníků (ideálně jednoho) zvyšuje kvalitu péče, resp. života seniorů. **V českém prostředí je tento přístup v současné době vyloučený**, a to opět z důvodu systémových bariér (registrace, oprávnění k poskytování služeb, kvalifikační předpoklady) a z důvodu rozdílného systému financování.

Postupné stárnutí obyvatelstva přináší poskytovatelům pečovatelských a ošetrovatelských služeb velké výzvy. Pro jejich zvládnutí se spoléhá ve Švýcarsku na spolupráci mezi poskytovateli služeb. Od společných projektů, fúzí a dalších forem spolupráce si odborníci slibují výhody na strukturní, procesní a výsledkové úrovni. Na strukturní úrovni je možné docílit synergických efektů hlavně tím, že bude společně využívána infrastruktura a vybudují se společná odborná pracoviště, což umožní lepší pokrytí zvyšující se potřeby specializovaných služeb, např. v oblastech paliativní péče, péče o pacienty s demencí, onkologie, psychiatrie nebo preventivního poradenství. Jsou-li služby nabízeny společně, přináší to na procesní úrovni nejen provozní výhody, ale i výhody pro zákazníka, seniora, který se už nemusí sám orientovat v množství nabídek na poskytování péče.

V současné době domovy a organizace Spitex usilují o společná řešení, ovšem pouze váhavě, spíše v malém rozsahu. Ve většině případů se navazuje spolupráce mezi dvěma partnery stejného typu za účelem poskytování společné služby na smluvním základě. Komplexní společná řešení mezi více poskytovateli služeb jsou výjimkou. Existuje vysoký potenciál pro tvorbu a podporu společných řešení. Především malé domovy ve venkovských regionech mají v této oblasti ještě co dohánět, např. podpůrné služby (administrativní činnost nebo využívání infrastruktury) by měly být z provozně-ekonomického hlediska využívány společně více institucemi. Přechody mezi organizacemi by měly být lépe sladěné a koordinované, spolupráce v oblasti ošetrování a péče by měla být převedena do právní a organizační struktury.

⁷ V poslední době se objevily zprávy, že některé městské části hlavního města Prahy zvažují a připravují takovýto koncept bydlení a poskytování sociálních služeb.

⁸ Při pobytu v pečovatelském domově musí povinné nemocenské pojištění hradit stejné úkony jako při ambulanci péči nebo péči doma.

4. Pracovníci v zařízeních sociálních služeb pro seniory

Dlouhodobá péče o seniory v pobytových zařízeních i v jejich přirozeném domácím prostředí představují významný pracovní, hospodářský i nákladový faktor v obou sledovaných zemích. Tento vývoj bude pokračovat v důsledku demografických a gerontologických trendů i v následujících letech. Stacionární zařízení pro seniory a chronicky nemocné **ve Švýcarsku** nabízela v roce 2008 celkem 74 177 míst na plný úvazek, tj. od r. 2004 o cca 20% víc. Protože **mnoho zaměstnaných osob** pracuje pouze **na poloviční úvazek**, odpovídal tento počet téměř 108 700 zaměstnancům. Z tohoto celkového počtu připadá více než 51% na lékařský nebo ošetřovatelský personál. V stacionárních provozech péče o seniory a dlouhodobé péče je téměř **40% ošetřovatelského personálu pouze zaškolen** a jen 18% z nich absolvovalo víceleté ošetřovatelské vzdělání. Především **v malých institucích** přitom **chybí vzdělaný ošetřovatelský personál**. Podrobná struktura zaměstnanců v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech je znázorněna v příloze č. 7.

Charakteristickým znakem zaměstnanosti ve švýcarských stacionárních zařízeních je vysoký podíl zaměstnanosti žen; v r. 2008 činil podíl zaměstnaných žen téměř 85%. Tento „ženský charakter“ profesionální péče má různé příčiny a je doprovázen různými dopady a následky:

- vysoký podíl zaměstnaných žen je jednou z příčin relativně nižší úrovně platů,
- vysoký podíl zaměstnanosti žen souvisí s vysokým podílem zaměstnanosti na poloviční pracovní úvazek, což umožňuje ženám lépe kombinovat jejich profesní a rodinné role (pouze 26% zaměstnanců pracuje na plný úvazek),
- vysoká tendence k altruistickému postoji k povolání, která se projevuje ve snaze velmi silně pomáhat, přičemž finanční ohodnocení a pracovní kariéra hrají vedlejší roli.

V České republice pracovalo v r. 2009 v domovech pro seniory celkem 20 928 pracovníků. Na rozdíl od Švýcarska však **naprostá většina pracovníků** (cca 85%) **pracuje na plný pracovní úvazek**. Podíl zdravotnických pracovníků dosahuje pouze cca 18% z celkového počtu, což je mj. způsobeno tím, že náklady na poskytování ošetřovatelskou a rehabilitační péči hradí zdravotní pojišťovny pouze z cca 10% objemu lékařem indikované a předepsané péče. Z toho vyplývá poskytování této péče jinými typy pracovníků, především pracovníky v sociálních službách. Struktura pracovníků v domovech pro seniory podle typu vykonávané práce je znázorněna v příloze č. 8.

Na rozdíl od Švýcarska je v ČR **kladen vysoký důraz na úroveň vzdělání pracovníků a na jejich celoživotní vzdělávání**⁹.

⁹ Např. sociální pracovníci jsou po lékařích teprve druhou profesní kategorií, již byla legislativně zakotvena povinnost celoživotního vzdělávání.

Podle platné legislativy je odbornou způsobilostí např. k výkonu povolání sociálního pracovníka:

- vyšší odborné vzdělání v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, pokud má ukončení vysokoškolské vzdělání, popř. praxe při výkonu tohoto povolání, pokud má ukončené střední vzdělání s maturitní zkouškou v sociálně právním oboru.

Z pohledu kvality poskytovaných sociálních služeb lze jistě tuto skutečnost ocenit, nicméně velkým problémem, který se projevuje ve vysoké pracovní migraci, je **nízká úroveň finančního ohodnocení**. V r. 2010 činila průměrná mzda všech pracovníků v sociálních službách 18 377 Kč (tj. 78 % průměrné mzdy v národním hospodářství v daném roce).

V následujících letech se bude jak ve Švýcarsku, tak i v České republice výrazně zvyšovat podíl seniorů na celkovém počtu obyvatel v jednotlivých zemích. **Ve Švýcarsku vzroste podíl osob starších 65 let do r. 2060 o 89%** (z 1 343 000 osob v r. 2010 na 2 543 000 osob v r. 2060). V důsledku tohoto vývoje se tedy zvýší i počet chronicky nemocných osob, a tím i potřeba rozšíření ošetrovatelských a pečovatelských služeb, což bude vyžadovat i zvýšení potřeby ošetrovatelského personálu. Vzroste i potřeba rozšíření kapacity v pobytových zařízeních zejména pro velmi staré osoby, a to především z toho důvodu, že ze strany rodiny se v důsledku změn životního stylu bude snižovat její pečovatelská a ošetrovatelská podpora. Současně lze očekávat, že se i nadále bude zkracovat doba hospitalizace po lékařském ošetření v nemocnicích, což bude vyžadovat větší potřebu péče, kterou dnes vykonává především Spitex a pobytová zařízení.

Přitom lze očekávat existenci řady problémů, které poskytování této péče mohou komplikovat. V první řadě se jedná o obecně **nedostatečné uznání ošetrovatelského povolání** obzvláště v oblasti dlouhodobé péče, a to jak ze strany veřejnosti, tak v rámci lékařských povolání. Pozornost bude potřebné věnovat rovněž problematice **odměňování ošetrovatelského personálu**, a to i přesto, že v posledních letech byla pravidla pro odměňování v této oblasti ve Švýcarsku na mnoha místech upravena, takže už nelze hovořit obecně o relativně nízkých platech. Poskytování ošetrovatelské péče je tradičně ženským povoláním a dlouhodobá péče je pracovní oblastí s nadprůměrně vysokým podílem nedostatečně kvalifikovaného personálu, což tuto oblast činí pro mužské zájemce neatraktivní. Přitom práce v této oblasti **je považována za tělesně a psychicky velmi zatěžující**, angažovat se v ní vyžaduje vysokou motivaci a nasazení. Nevýhodou je rovněž nepravidelná pracovní doba, např. noční a víkendové služby.

Obdobné problémy bude nutno řešit v příštích letech i v **České republice**. Podle Projekce vývoje obyvatelstva, kterou zpracoval Český statistický úřad v r. 2009, **se do r. 2060 bude počet i podíl osob starších 65 let prakticky po celé období výrazně zvyšovat** (z 1 556 tis. osob v r. 2009 na 3 559 tis. osob v r. 2060, resp. ze 14,9 % na 33,0 %). Graficky je vývoj počtu obyvatel do r. 2060 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb sociální péče znázorněn v příloze č. 9.

Z těchto údajů je zřejmé, že tempo stárnutí populace v ČR bude ještě rychlejší než ve Švýcarsku, což bude vyžadovat věnovat řešení uvedených problémů zvýšenou pozornost. **Prognóza potřeby počtu sociálních pracovníků a ošetrovatelského personálu však v ČR nebyla doposud zpracována**. Problémem je i skutečnost, že doposud nebyl zpracován žádný střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb, jehož existenci předpokládá platná legislativní úprava.

Ve Švýcarsku lze podle zpracované demografické projekce odhadovat, že při zachování stejného podílu potřebnosti péče jako dnes je nutno počítat s nárůstem na 201 000 až 272 000 osob v roce 2050. Lineární pro-

Jecké dnešních podílů potřebnosti péče jsou ovšem poněkud problematické, neboť dostatečně nezohledňují růst počtu osob, které se dožijí v příštím období vyššího věku bez zdravotních omezení. Z tohoto důvodu byl proto použit scénář „mírné redukce kvót potřebnosti péče“, který vychází z toho, že v budoucnosti bude žít cca 20 % lidí starších 80 let v pobytových zařízeních a že na základě očekávaného zvýšení počtu velmi starých lidí se tedy bude **muset zvýšit počet potřebných míst v těchto zařízeních z 55 000 v r. 2000 na 108 000 až 122 000 v r. 2040.**

Pokud souhlasí předpoklad, že se v budoucnosti obecně prodlouží doba vyšší kvality života, pokud má být v budoucnosti kladen větší důraz na nemocenskou prevenci a podporu zdraví ve stáří a pokud dojde k rozšíření ambulantních pečovatelských služeb (Spitex), pak by mohl být procentuální podíl lidí starších 80 let, kteří jsou odkázáni na místo v domově pro seniory nebo v pečovatelském domově, také nižší. Všechny analytické studie a zprávy vycházejí z toho, že se bude **v budoucnu výrazně zvyšovat potřeba pečovatelských a ošetrovatelských služeb pro seniory spolu s potřebou míst v sociálně-lékařských zařízeních.** Nejistý však zůstává předpovídaný rozsah této potřeby péče.

Jistým vodítkem proto může být porovnání vývoje od r. 2000 do r. 2008. V tomto období se zvýšil počet obyvatel starších 80 let o 24,5 %, počet dnů strávených v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech se však zvýšil pouze o 8,9 %. Pokud by byl tento trendu promítnut do r. 2050, vzrostl by při očekávaném růstu počtu osob starších 80 let počet dnů strávených v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech v porovnání s r. 2008 cca 1,7x.

Rozsah budoucích nabízených pečovatelských a ošetrovatelských služeb však závisí na tom, kolik personálu bude k dispozici k tomu, aby bylo možné tyto služby zajistit. Doposud provedené analýzy jsou však v tomto směru alarmující, např.:

- Podle analýzy tzv. observatoře zdraví by bylo třeba ve zdravotnictví vytvořit celkem mezi lety 2006 a 2020 z důvodu „zvýšené potřeby pečovatelských služeb“ celkem 17 000 pracovních míst a zaměstnat navíc 25 000 osob. Vedle toho bude muset být nahrazeno cca 60 000 zdravotnických odborníků (30 % z celkového počtu) vzhledem k jejich odchodu do důchodu (toto opatření se přitom týká především dlouhodobé péče s vysokým věkovým průměrem ošetrovatelů).
- Pro oblast domovů pro seniory a pečovatelských domovů se pro rok 2020 předpokládá potřeba více než 15 000 dalších zaměstnanců v péči a ošetrovatelství.
- Studie OBSAN „Aging Workforce“ předpokládá pro období 2006–2030 dokonce nárůst o 80 000 ošetrovatelů, respektive 60 000 míst na plný úvazek pro celou oblast zdravotnictví, z toho téměř 90 % připadá pro domovy a Spitex.
- Podle organizace Santésuisse bude potřebovat Švýcarsko do r. 2030 získat cca 190 000 nových pracovních sil ve zdravotnictví, tedy přibližně tolik, kolik jich dnes pracuje dohromady v nemocnicích, domovech a pro organizaci Spitex.

Mezi hlavní důvody budoucího růstu potřeby ošetrovatelského personálu ve Švýcarsku patří především tyto skutečnosti:

- vysoký průměrný věk zaměstnanců v dlouhodobé péči,
- zvýšená poptávka po pečovatelských službách ze strany stárnoucí populace,
- vysoká fluktuace pracovníků,
- počty absolventů odborných škol se pohybují hluboko pod hranicí potřeby.

VČR byla v minulosti zpracována jediná studie, která kvantifikovala potřebu nárůstu počtu pracovníků v oblasti sociálních služeb v souvislosti se zavedením nového systému financování prostřednictvím příspěvku na péči¹⁰. Podle jejích závěrů by bylo možno v oblasti sociálních služeb (při správném nastavení základních vazeb mezi jednotlivými segmenty systému financování sociálních služeb) vytvořit cca 11,8 tis. nových pracovních míst.

¹⁰ viz: *Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti, SOCIOKLUB & Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích & Profesní komora sociálních pracovníků, 2000*

Určitým vodítkem pro zpracování odhadu potřeby pracovních míst v oblasti sociálních služeb může být zpracovaný odhad vývoje počtu osob, jimž by podle připravovaného zákona o poskytování služeb dlouhodobé sociálně zdravotní péče mohla být poskytována tato forma péče¹¹. Podle provedené kvantifikace by se počet osob, kterým by tato péče mohla být poskytována, zvýšil z cca 118 tis. v r. 2012 na cca 242 tis. v r. 2025 (tj. cca 2,1x). Lze vyslovit tezi, že **na zajištění potřebné péče kvalifikovanými sociálními pracovníky a ošetrovatelským personálem není ČR v současné době připravena.**

Je proto zřejmé, že obě země – jak Česká republika, tak i Švýcarsko – se dnes nacházejí v situaci, kdy je nezbytné hledat opatření, která by zamezila nedostatku personálu při poskytování sociálních a ošetrovatelských služeb pro seniory. Tato opatření lze hledat ve třech hlavních oblastech:

- v oblasti, která by přispěla ke snížení potřeby personálu,
- v oblasti, která by přispěla ke snížení vysoké fluktuace pracovníků (tedy k udržení stávajícího personálu),
- v oblasti nábory nových pracovních sil.

Je třeba objektivně konstatovat, že v tomto směru má **Švýcarsko** před Českou republikou velký náskok, neboť má v těchto oblastech **vybudovaný ucelený systém opatření**, který může **pro ČR** sloužit jako určitý **příklad dobré praxe**, jehož realizace by napomohla odstranit budoucí potencionální nedostatek potřebného personálu.

V oblasti **opatření**, která by přispěla **ke snížení potřeby personálu**, je ve Švýcarsku důraz položen:

- na posílení prevence a podpory zdraví s ohledem na věk osoby (když zůstanou staří lidé déle zdraví a dokážou zvládat sami běžné životní podmínky, snižuje se potřeba ambulantních a stacionárních pečovatelských služeb),
- na zvýšení podpory ze strany rodinných příslušníků, kteří se starají o nemocného seniora doma (zajištění odborného poradenství a doprovod, převzetí nákladů na poradenství veřejnými místy, nabídky pro ulehčení péče a řada dalších opatření mohou vést k tomu, že senioři vyžadující péči zůstanou déle v přirozeném domácím prostředí),
- na výraznější přesun od stacionární k ambulantní péči (služby, které mohou být poskytovány ambulantně, např. organizací Spitex, vyžadují méně personálu než provoz pečovatelského domova nebo domova pro seniory).

V České republice jsou tato opatření realizována zatím pouze v omezeném rozsahu a často pouze v proklamativní rovině. Jako velmi efektivní se jeví zajištění telekontaktních služeb pro seniory v jejich domácnostech, kdy prostřednictvím automatického systému tísňového volání si klient může přivolat pomoc v jakékoli situaci. Podpora péče poskytované seniorům rodinnými příslušníky v přirozeném domácím prostředí je ve většině regionů minimální.

V **oblasti**, která by přispěla **ke snížení vysoké fluktuace pracovníků**, je důraz položen:

- na zajištění přiměřeného odměňování sociálních pracovníků a ošetrovatelského personálu (pro oblast dlouhodobé péče to znamená zajištění platů srovnatelných s platy obdobných kategorií pracovníků v nemocnicích),
- na zajištění pružné pracovní doby, která by umožnila především ženám kloubit jejich pracovní a rodinné povinnosti (vč. zajištění péče o děti v okrajových časech pracovního dne), vč. zajištění možností pro to, aby si personál mohl svobodně určovat volný čas a zároveň spoluurčovat průběh pracovního dne u své organizace,
- na podporu spokojenosti sociálních pracovníků a ošetrovatelského personálu ze strany managementu tak, aby se posílila jejich motivace k vykonávání tohoto povolání s vysokým pracovním nasazením po dlouhou dobu,
- na udržení starších a zkušenějších spolupracovníků např. prostřednictvím snížení zátěže a vědomé úpravy pracovního dne vč. zajištění rozvoje zejména mladších spolupracovníků pomocí kontinuálního dalšího vzdělávání,

¹¹ viz: Průša, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-097-4

- na podporu dalšího vzdělávání a možnosti kariérního postupu,
- na zajištění institucionalizované podpory zdraví za účelem prevence přepracování a syndromu vyhoření.

V oblasti nábory nových pracovních sil je důraz položen:

- na nábor ošetrovatelského personálu z okruhu mladých lidí, kteří vstupují do tohoto povolání a absolvují odpovídající základní vzdělání (je třeba vytvořit více učebních míst v pečovatelských domovech, nemocnicích a organizacích Spitex, zajistit pozitivní prezentaci ošetrovatelských povolání na veřejnosti),
- na nábor personálu prostřednictvím atraktivních nabídek pro osoby vracející se do povolání (velký potenciál pro nábor tvoří ošetrovatelé, kteří dříve své povolání opustili), popř. organizací nabídek rekvalifikace,
- na nábor ošetrovatelského personálu prostřednictvím silnějšího rovnoprávného rozdělení na obě pohlaví (tomu odpovídá větší pravděpodobnost, že se získá více mužů pro ošetrovatelské povolání),
- na posílení významu vzdělávání pracovníků poskytujících ošetrovatelské služby (flexibilnější modely vzdělávání, podpora kvalifikačních postupů absolventů, zvýšení hodnoty profesních zkoušek na úroveň jiných oborů).

5. Kvalita poskytnutých sociálních služeb

Kvalitě poskytovaných služeb je věnována výrazná pozornost v obou zemích. V pobytových zařízeních je důraz na kvalitu poskytovaných služeb o to významnější, že lidé, kteří přicházejí do těchto zařízení, opouštějí zpravidla trvale známé prostředí a nacházejí se v prostředí zcela novém.

Ve švýcarských domovech je z hlediska kvality života důraz položen na tyto hlavní zásady:

- domov vytváří plynulý přechod mezi nahrazujícími a doplňujícími nabídkami,
- domov vyhledává kontakty a stará se o setkávání ve svém okolí,
- domov podporuje kontakt mezi rodinnými příslušníky a obyvateli domova,
- domov respektuje samostatnost obyvatel,
- domov podporuje soudržnost obyvatel mezi sebou,
- domov podporuje obyvatele při jejich rozvoji,
- domov sám se neustále rozvíjí,
- domov zaručuje odpovídající životní standard,
- domov má profesionální vedení.

Pro naplnění těchto zásad jsou definovány tyto hodnotící postoje, které mají být vodítkem pro zajištění základních práv jednotlivých klientů při denní péči a při ošetrovatelské práci:

- právo na důstojnost a respekt („Zasazujeme se o to, aby byly v našem domově vytvořeny předpoklady pro zachování důstojnosti a respektu všech osob v domově.“),
- právo na sebeurčení („Uznáváme právo každého člověka v domově na co nejvyšší sebeurčení.“),
- právo na informace („Každý člověk v domově má právo být detailně, srozumitelně a včas informován o všem, co se ho týká.“),
- právo na rovnoprávné zacházení („Zasazujeme se o to, aby během života v domově nedocházelo k jakékoli diskriminaci.“),
- právo na bezpečí („Zasazujeme se o bezpečí všech osob v domově.“),
- právo na kvalifikované služby („Usilujeme o to, abychom v domově nabízeli služby všech typů odpovídající nejnovějšímu stavu praxe a vědy.“),
- právo na růst osobnosti („Zasazujeme se o to, aby se všichni lidé v domově mohli dále rozvíjet a podílet se aktivně na naší společnosti a aby mohli žít co možná nejsamostatněji.“),
- právo lidí v domovech a institucích na respekt („Zasazujeme se o to, aby všichni lidé v domovech byli ve společnosti respektováni a bráni vážně.“).

Zcela odlišná v porovnání s Českou republikou je struktura poskytovatelů služeb pobytových zařízení. **Největší část domovů je zřizována soukromo-právními zřizovateli** (svazy, nadacemi, fyzickými osobami). Obce a kantony u těchto poskytovatelů objednávají služby pro jednotlivé klienty, kontrolují rozsah a kvalitu jejich poskytování. Sami poskytovatelé však mají zájem na zajištění vysoké kvality poskytovaných služeb, neboť na tom závisí jejich existence. Úroveň jednotlivých standardů je přitom stanovena zpravidla tak, že 80% domovů tyto standardy snadno dosáhne nebo je již splňuje. Kvalita je přitom definována a kontrolována v těchto kategoriích:

- zásady vedení a organizace,
- ošetřování a péče,
- tvorba všedního dne a aktivizace,
- lékařské služby,
- svoboda a opatření omezující svobodu,
- pomoc při umírání a úmrtí,
- jídlo a pití,
- domácnost,
- bezpečí,
- stavební předpoklady.

V České republice je kvalitě poskytovaných služeb věnována systematická pozornost teprve cca od r. 2000. Jednotlivé **standards a principy jejich stanovení byly definovány „zdola“** aktivní činností především nestátních neziskových organizací. V současné době jsou standardy kvality poskytovaných služeb zaměřeny na tyto oblasti:

- cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- ochrana práv osob,
- jednání se zájemcem o sociální službu,
- smlouva o poskytování sociální služby,
- individuální plánování průběhu sociální služby,
- dokumentace o poskytování sociální služby,
- stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby,
- návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje,
- personální a organizační zajištění sociální služby,
- profesní rozvoj zaměstnanců,
- místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- informovanost o poskytované sociální službě,
- prostředí a podmínky,
- nouzové a havarijní situace,
- zvyšování kvality sociální služby.

Důraz je přitom položen na to, aby každý poskytovatel sociální služby měl jednotlivá kritéria podrobně písemně rozpracována, což je následně kontrolováno v rámci inspekce kvality poskytovaných sociálních služeb. Řada kvalifikačních podmínek pro pracovníky v oblasti sociálních služeb je definována zákonem; tyto podmínky jsou předmětem registrace jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb.

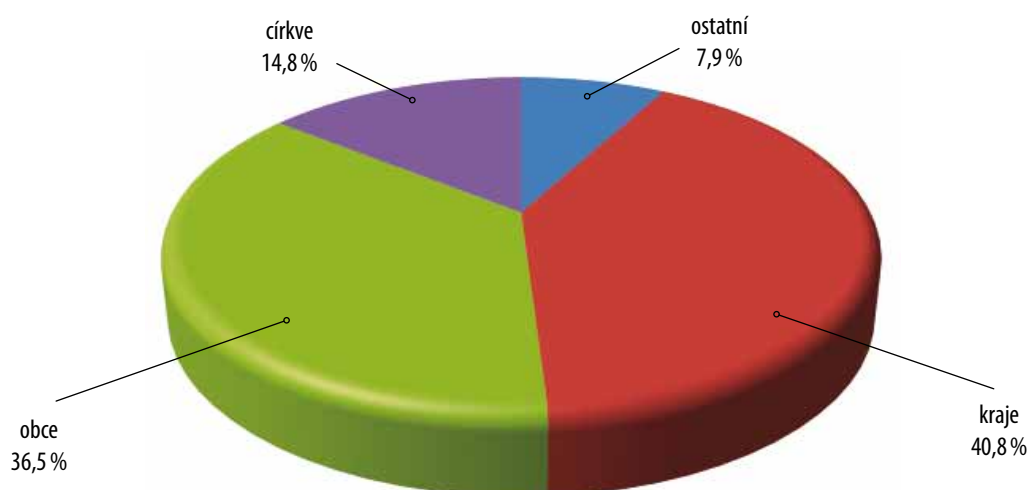
Významnou aktivitou, která je zaměřena na kvalitu poskytovaných sociálních služeb pro seniory, je projekt **„Značka kvality v sociálních službách“**, který od r. 2009 realizuje Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR jako největší profesní organizace v sociálních službách. Cílem tohoto projektu je poskytnout seniorům, kteří vstupují do domova pro seniory, ale také jejich rodinným příslušníkům, jednoznačnou informaci o tom, jakou kvalitu mohou od života v daném zařízení očekávat. Jde o jednoduchý systém externí certifikace těchto zařízení, který je založen na tzv. udělování hvězd. V praxi tak již při vstupu do domova pro seniory uvidí jak jeho nový uživatel, tak případně i jeho rodina, zda jde např. o dvouhvězdičkový nebo pětihvězdičkový domov.

Značka kvality v sociálních službách hodnotí všechny důležité aspekty pobytu v zařízení, a to pouze z jednoho úhlu pohledu – z pohledu samotného seniora, resp. uživatele této sociální pobytové služby. Pozornost je věnována těmto hodnotícím oblastem:

- ubytování (hodnotí se kvalita bydlení, struktura vybavení pokojů a veškerých společných prostor domova a jeho okolí, poskytované služby apod.),
- stravování (ověřována je nejen kvalita stravy, ale i možnost výběru pokrmů, nápojů a celková kultura a forma stravování, hodnocena je také možnost určení času a místa konzumace jídla apod.),
- kultura a volný čas (hodnotí se struktura společensko-kulturních programů domova, smysluplné trávení volného času seniorů dle jejich potřeb a přání, nabídka sportovních, vzdělávacích, hobby aktivit a duchovních programů, dobrovolnická činnost v zařízení apod.),
- partnerství (v této oblasti jsou hodnocena kritéria, která odráží míru sebeurčení, soběstačnosti, rozhodování, komunikace a individuálního přístupu k uživatelům),
- péče (hodnocena je jak sociální, tak ošetrovatelská péče a jejich jednotlivé elementy).

Z hlediska struktury domovů pro seniory podle typu zřizovatele zaujímají **nejvyšší podíl zařízení, která jsou zřizována samosprávnými orgány měst a krajů** (viz graf č. 3).

Graf č. 3: Struktura domovů pro seniory v ČR podle typu zřizovatele v r. 2010



Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010, Praha: MPSV, 2011. ISBN 978-80-7421-027-3

6. Demence a sociální služby pro seniory

V souvislosti s demografickými trendy stále více lidí trpí demencí. Jedná se o třetí nejčastější diagnózu u seniorů ve švýcarských pobytových zařízeních. Riziko onemocnění mozku se zvyšuje exponenciálně se stoupajícím věkem od 60 let a dosahuje maxima 40 % u skupiny 90letých osob. Na základě demografického vývoje se tak ve Švýcarsku zvýší počet osob trpících demencí z dnešních 107 000 osob za deset let až na 140 000 osob, přičemž do r. 2050 je nutno počítat s nárůstem počtu nemocných osob až na 300 000.

Onemocnění demencí se nedá vyléčit a průběh nemoci není možné zastavit léky, může být maximálně zpomalen. Proto je hlavním zájmem při zaopatření pacientů s demencí optimální péče a ošetřování, které bere vážně nárok na trvalou důstojnost a její specifické nedostatky. Koncept vyvinutý v rámci domova, který se zřetelem na prostorové předpoklady a provozní průběh zohledňuje potřeby osob trpících demencí, slouží jako základ pro různé možnosti intervence. V tomto smyslu jsou v současné době používány tyto postupy a metody přiměřené péče:

- **Validace**, která spočívá v necenzurovaném způsobu chápání světa osob trpících demencí. Terapie by měla umožnit, aby lidé trpící demencí vyřešili důležité, zatím nevyřešené úkoly z dřívějších období života. Do popředí se staví vytvoření vztahu, vážně se berou projevené city a podněty nemocných osob.
- **Terapie prostředím**, která je chápána jako terapeutické jednání za účelem přizpůsobení okolí změnám vnímání, citění, prožívání a kompetencí osob s demencí. Vědomé prostorové uspořádání prostředí a každodenního života přizpůsobeného jejich potřebám totiž může přispět k jejich dobrému pocitu.
- **Reminiscenční práce s biografií**, která podporuje nezaujaté pochopení chování a každodenní rutiny.
- **Kinestetika**, která spočívá v analýze lidských pohybových vzorců, což napomáhá k účinné podpoře lidí s demencí při jejich tělesných pohybech.
- **Bazální stimulace**, která slouží pacientům k orientaci a pomáhá jim lépe vnímat vlastní tělo a okolí.

Cílem těchto ošetřovatelských postupů je zajištění co možná nejvyšší kvality života osob s demencí po celou dobu průběhu nemoci.

Onemocnění demencí stále postupuje. Během průměrného průběhu nemoci trvajícím cca osm let se stupeň těžkostí zvyšuje. Ve střední a poslední fázi nemoci jsou požadavky na péči tak vysoké, že tito pacienti už prakticky nemohou žít v domácím prostředí, neboť potřebují profesionální péči a ošetřování po celý den a žijí proto většinou v domovech pro seniory a v pečovatelských domovech. Tento vývoj vede k tomu, že dnes trpí demencí minimálně dva z pěti obyvatel domovů.

Asistenční péče, která je těmto pacientům poskytována, klade důraz na nabídku možností poskytnutí pomoci ve všech životních situacích. Péče musí být založena na vlídném a partnerském přístupu. Jde přitom o to, aby nedošlo k přecenění nebo podcenění pacientů. Poskytovaná ošetřovatelská péče o osoby s demencí musí být individuální a přiměřená jejich denní formě. Základem poskytované individuální péče jsou uvedené koncepte

validace, kinestetiky a bazální stimulace. V pozdním stadiu demence je důležitá paliativní péče, k níž patří také práce s rodinnými příslušníky.

K hlavním formám bydlení osob s demencí ve Švýcarsku patří:

- specializované bytové skupiny, které se starají výhradně o osoby trpící demencí,
- bytové skupiny, ve kterých jsou opatrovány společně osoby bez kognitivních poruch s pacienty s demencí,
- bytové skupiny s ošetrovatelským dohledem se strukturou společného bydlení,
- denní stacionáře,
- odlehčovací lůžka,
- noclehárny.

I když specializované formy bydlení pro tyto osoby vykazují oproti smíšeným skupinám určité výhody, není možné říci, která z obou forem bydlení je lepší. Obě mají výhody i nevýhody, každá z nich může být vhodná pro určité osoby trpící demencí. Výzkumy v Austrálii a USA ukázaly, že asi 10 procent osob s demencí má tak těžké neuropsychiatrické vedlejší příznaky, že je nutné se o ně starat ve specializované instituci. Ostatní pacienti s demencí mohou být opatrováni buď doma vyškolenými rodinnými příslušníky, nebo pomocí školeného ošetrovatelského personálu z nespécializované instituce. Důležité pro osoby s těžkou demencí je bezbariérové prostředí s přístupem do chráněných zahrad. Vnitřní zařízení by mělo navazovat na známé formy bydlení. Osvětlení by mělo být jasnější, než je zvykem u zdravých lidí, doporučuje se hodnota 500 lx.

V České republice je problematice péče o lidi s demencí věnována dlouhodobě pozornost především v resortu zdravotnictví. V sociální oblasti je této problematice věnována zvýšená pozornost zhruba od přelomu tisíciletí. Po přijetí nového zákona o sociálních službách byl koncipován nový typ pobytových služeb – domovy se zvláštním režimem. V současné době je v ČR celkem 176 těchto zařízení, jejich celková kapacita v r. 2010 byla 8 526 míst. Řadě klientů je péče poskytována i v jiných formách terénních, ambulantních a pobytových služeb, souhrnný přehled však o celkovém počtu těchto osob není. Lze ovšem odhadovat, že obdobné tendence, které jsou očekávány v následujících letech ve Švýcarsku z hlediska předpokládaného nárůstu počtu osob s demencí, se budou objevovat i v ČR.

7. Paliativní péče a sociální služby

V posledních letech se výrazně změnil charakter závěrečných dní života člověka; výrazně se zvýšil počet úmrtí v nemocnicích a v zařízeních sociálních služeb. V r. 2007 zemřelo **ve Švýcarsku** doma pouze 15 % osob starších 75 let a pouze 5 % starších 90 let, naopak 51 % starších 75 let a 75 % starších 90 let zemřelo ve stacionárních zařízeních, 20 % osob starších 90 let zemřelo v nemocnici. Tato situace může mít různé příčiny. Stále více lidí neumírá nečekaně v různých obdobích života, nýbrž ve vysokém věku, přičemž často jsou velmi staří lidé na konci života omezeni ve své schopnosti jednání a trpí zdravotními problémy a poruchami – jsou proto odkázáni na poskytování sociální nebo zdravotní péče.

Tato intenzivní péče přesahuje často hranice ambulantních služeb poskytovaných organizací Spitex. Současné sociologické změny v rodině a ve společnosti prakticky neumožňují, aby péče o seniora nebo o člověka se zdravotním handicapem v posledních fázích jejich života mohla být poskytována doma, neboť vyžadují prakticky nepřetržitou celodenní péči.

Vývoj paliativní péče ve Švýcarsku dosud kontrolovala „Švýcarská odborná společnost pro paliativní medicínu, péči a doprovod“, která si pro svoji činnost stanovila tyto tři cíle:

- podpora rozšíření paliativní péče ve Švýcarsku,
- zlepšení přístupu postižených osob a jejich rodinných příslušníků k paliativní péči,
- profesionální podpora a zajištění kvality paliativní medicíny, péče a doprovodu.

Paliativní péče zahrnuje péči a ošetřování osob s nevléčitelnými, život ohrožujícími anebo chronicky postupujícími nemocemi. Je plánována s ohledem na budoucnost, její těžiště se ale nachází v době, kdy již není léčba nemoci považována za možnou a nepředstavuje primární cíl. Pacientům je zaručena optimální, jejich situaci přizpůsobená kvalita života až do smrti a blízké osoby jsou přiměřeně podporovány. Paliativní péče předchází utrpení a komplikacím, zahrnuje také lékařské ošetření, ošetřovatelské zákroky spolu s psychologickou, sociální a duševní podporou.

Přijetím národní strategie paliativní péče 2010–2012 získala paliativní péče ve Švýcarsku politickou podporu. V rámci této strategie jsou ve formě obecného stanovení cílů a v rámci šesti dílčích projektů stanoveny konkrétní cíle pro vybudování plošné paliativní péče. V r. 2011 byly definovány „Hlavní národní principy paliativní péče“. V nich je jednoznačně definováno, kdy paliativní péče začíná, co obsahuje a kdo ji poskytuje:

- byla definována indikační kritéria jako pomoc pro rozhodování při otázce, kdy je třeba přizvat specializované odborníky, respektive kdy je nutné přijmout pacienta do specializované instituce nabízející paliativní péči,
- ve vědecky podporovaném projektu se připravuje nařízení o poskytování nemocenských služeb, jehož cílem je stavení výše poplatků za služby za účelem vzniku tarifu služeb ve specializované paliativní péči,

- byla zřízena národní informační platforma „paliativní péče“ a byla publikována informační brožura „Nevyléčitelně nemocný – co teď“;
- zpracovává se národní koncept vzdělávání v této oblasti, k dispozici jsou projekty na podporu dobrovolníků a domácího vzdělávání pro spolupracovníky bez odborného vzdělání,
- byla vybudována národní informační a koordinační platforma pro výzkum.

Paliativní péče, celková péče a doprovod jednotlivých obyvatel a jejich rodinných příslušníků a známých na konci života získává tedy stále větší význam v domovech pro seniory, pečovatelských zařízeních a v domovech pro postižené. Zároveň je třeba zdůraznit, že v domovech kromě paliativní péče zaujímají i nadále velký prostor elementární úkoly v geriatrické a sociálně pedagogické péči. K nim patří např. rehabilitace, péče o osoby s demencí, uspořádání životního prostoru a podpora při zvládání všedního dne. **Paliativní péče přichází ve stacionární dlouhodobé péči na řadu vždy tam, kde je u chronicky postupující nemoci cílem podpůrných opatření výhradně zmírnění příznaků.** Zcela speciálně se využívá paliativní péče tehdy, když se blíží konec života.

V institucích dlouhodobé péče žijí lidé se zcela rozdílnými tělesnými, psychickými a duševními omezeními, přičemž mají specifickou potřebu péče a vyžadují paliativní péči přizpůsobenou své situaci. Všichni by měli mít možnost díky kvalitní paliativní péči v poslední fázi života prožívat vysokou kvalitu života. K tomu patří především respektování psychických, sociálních, kulturních a duševních potřeb a vytvoření prostředí, které individuálně odpovídá člověku na konci života. Lidé by měli také v kontextu dlouhodobé péče zažívat takové rámcové podmínky, které umožňují důstojné umírání. Důležité je navíc zapojení rodinných příslušníků a blízkých osob, které jsou důležité pro osobu žijící v domově. Je třeba, aby mohly být tyto osoby přítomné neomezeně, především ve fázi umírání. Také ony samy potřebují včasnou pozornost, poradenství a doprovod, pokud si toto přejí.

V současnosti nastupuje do domova stále více lidí teprve při vyšší potřebnosti péče nebo po pobytu v nemocnici. Jejich délka života v domově je potom velmi krátká, často trvá pouze několik týdnů až měsíců. Ošetřovatelé se pak musí rychle a se zvýšenou snahou seznámit s jejich aktuální životní situací, s jejich individuálními zvyky a potřebami. Instituce a jejich vedoucí pracovníci musí proto dávat pozor na to, aby personál nebyl přetížen a nebo nedošlo k psychickému vyhoření.

Zdravotní situace starších a postižených osob ke konci života je totiž často nestabilní. Stále častěji se mohou objevit krizové situace vyžadující zvýšenou intenzitu pečovatelských a ošetřovatelských služeb. Objasnění a přehodnocení situace je často nutné v krátkých odstupech. Potřebnost základní péče (problémy s vylučováním, slabost, infekce, spasma) a zmírnění chronických bolestí a dalších těžkých symptomů, jako je kachexie, dušnost, hyperestésie, únava atd., je zvýšená obzvláště v terminální fázi.

Ke konci života se lidé často zabývají intenzivně svou smrtelností, bilancují vydařené i méně vydařené momenty v životě. Přitom mohou ještě nevyřešené problémy, vzpomínky na rány osudu a utrpená příkoří vyvolat zatěžující duchovní otázky po spravedlnosti a smyslu. Ošetřovatelé jsou často prvními a nejdůležitějšími partnery pro rozhovor. Důstojné umírání v domově předpokládá navíc delší rozhovory ohledně přání a potřeb obyvatel v poslední fázi života a při umírání.

Základem profesionální paliativní péče je otevřená, adekvátní a vnímavá komunikace. K ní patří srozumitelné informace zohledňující redukované síly pacienta. U starších lidí se k tomu navíc často přidává poškození sluchu a řeči, u psychicky a duševně postižených osob další těžká omezení. Na tato omezení je nutné brát ohled, pokud se hovoří o zdravotní situaci a odpovídajících opatřeních. Tato pozorná komunikace je elementární, má-li být pro osoby v poslední fázi života dosaženo co možná nejlepší kvality života.

Důležitá zásada paliativní péče spočívá v kontinuální multiprofesionální spolupráci. Hlavním bodem je úzká spolupráce mezi ošetřovateli a lékaři, v druhé řadě je vhodná nárazová pomoc a domluva s duchovním, odbornou osobou pro sociální péči nebo s terapeutickým odborníkem. Pro paliativní kulturu je ale také důležité zapojení i dalšího personálu, neboť zaměstnanci v kuchyni, v provozních službách a administrativě představují často významné kontaktní osoby pro osoby vyžadující péči.

Vztah mezi obyvateli stacionárních zařízení a jejich rodinnými příslušníky získává na konci života zostřený a centrální význam. Rodinní příslušníci by často chtěli svého příbuzného doprovázet v domově, ale pro ošetřující tým vzniká další úkol, neboť musí přibrat rodinné příslušníky do průběhu péče, instruovat je při jednodu-

chých úkonech a podporovat je. V této poslední životní fázi se ovšem také často vynoří problémy ve vztazích, finanční otázky, nevyřešené rodinné konflikty, řešení „posledních záležitostí“. Úkolem ošetřovatelů je potom naslouchat psychosociálním problémům a v případě potřeby navázat rozhovor vedoucí k vyřešení problémů nebo přivolat vhodného odborníka.

Poslední životní fáze člena rodiny znamená pro příslušníky, kteří jsou často sami velmi staří, také bolestný proces rozloučení. Při tomto procesu smutku potřebují i příslušníci podporu a účast. Tento úkol patří podle definice také k hlavním cílům paliativní péče.

Na podporu jak ošetřovatelů, tak rodinných příslušníků často významnou měrou přispívají dobrovolníci (především návštěvami a přítomností u lůžka), ulevují ošetřujícím osobám především v noci, během níž je přítomnost ošetřovatelského personálu zpravidla redukována. S využitím dobrovolníků jsou ale spojeny dodatečné úkoly a služby, které musí instituce brát na vědomí. Dobrovolníci musí být pečlivě vybíráni, připravováni a vzděláváni a ve své činnosti také podporováni.

K důstojnému umírání patří v jednotlivých institucích kultura rozloučení, která bere ohled na individuální přání obyvatel. K těm patří důstojné zacházení se zemřelým, vytvoření vhodných forem rozloučení (informace, rituály, slavnost na rozloučenou) pro příbuzné, spolubydlící a spolupracovníky instituce. Tyto formy, ale také hodnotící rozhovory s ohledem na doprovod osoby na konci života, přispívají k tomu, aby se zabránilo potenciálnímu „vyhoření“ ošetřujících osob.

Optimální paliativní péče je možná pouze tehdy, pokud jsou různí aktéři ve stálém kontaktu a neustále si vyměňují zkušenosti. Péče v rámci této sítě zaopatření představuje důležitou bázi pro konkrétní rozhodnutí a opatření, která by měla být uskutečněna pro dobro obyvatelek a obyvatel a blízkých kontaktních osob. Všechny služby paliativní péče v institucích dlouhodobé péče jsou hrazeny podle faktické časové náročnosti. Náhrada těchto služeb se řídí principy rozdělování a financování zdravotních nákladů platnými ve Švýcarsku.

Základní zaopatření paliativní péče se vytváří v rámci nového financování péče. Uplatnění zde nachází základní rozdělení nákladů na tři oblasti: péče, asistence a ubytování/strava. Platby za péči se dělí mezi pojistitele, obyvatele a veřejné zdroje.

Pečovatelské výkony základního zaopatření jsou v současnosti nedostatečně popsány, navíc je v nejvyšším ošetřovatelském stupni 12 financováno maximálně 220 minut denně. Dodatečné ošetřovatelské služby jdou na konto zbytkového financování a jsou v kantonech různým způsobem limitovány. Při nabytí platnosti nového způsobu financování péče dne 1. ledna 2011 rozhodl parlament, že později bude nutné zkontrolovat, jestli jsou „potřeby osob vyžadujících péči, které potřebují paliativní péči nebo péči při onemocnění demencí, přiměřeně zohledňovány a případně jestli jsou nutné změny“. O této mezeře se nyní ve fázi aplikace národní strategie paliativní péče musí diskutovat a je třeba rozhodnout, kdo bude v rámci nového financování péče financovat různé služby paliativní péče při základním zaopatření.

Poté, co dosud mohli získat značku kvality pro oblast paliativní péče prostřednictvím externího auditu výhradně poskytovatelé specializovaných služeb, existuje nyní ve Švýcarsku tato možnost také pro domovy pro seniory a pečovatelské domovy. Celkem 56 kritérií kvality, která jsou také základem pro provádění externích auditů, je možné zařadit do následujících tematických okruhů:

- koncept,
- celkové hodnocení pacienta,
- terapie a doprovod,
- práva pacienta,
- lékařské ošetření,
- péče,
- terapie, duchovní služby,
- interdisciplinární spolupráce, práce v týmu,
- informace a zapojení rodinných příslušníků,
- jednání v kritických situacích.

Za provádění těchto auditů je zodpovědný Švýcarský svaz pro kvalitu v paliativní péči. Na základě kritérií kvality pověřuje profesionální auditorské organizace provedením auditů a podáváním zpráv představenstvu svazu, který následně rozhoduje o udělení značky kvality.

V České republice je paliativní péče relativně novou složkou sociálních i zdravotních služeb. Je poskytována a rozvíjena podle v zásadě stejných principů v rámci ostatních složek těchto služeb, její výkon není zastřešen žádnou profesní organizací. Z tohoto pohledu může být švýcarský příklad příkladem dobré praxe, který by mohl být převzat v České republice.

8. Sociální služby pro seniory a výzvy pro budoucnost

Je zřejmé, že před sociálními službami pro seniory stojí jak ve Švýcarsku, tak i v České republice řada problémů a výzev. O jaké otázky se jedná?

Ve Švýcarsku vstoupí v platnost 1. ledna 2013 nový zákon na ochranu dospělých, který po 100 letech nahradí právní úpravu tzv. opatrovníckého práva. Základem práva na ochranu dospělých je obraz člověka, podle nějž je každému člověku, nezávisle na jeho schopnosti úsudku a výkonnosti, přiznána nezbytná důstojnost. Tato důstojnost zakládá bezpodmínečný nárok na úctu a ochranu. Nové právo na ochranu dospělých tvoří právní základ hájení zájmů osob, které jsou v důsledku nesvéprávnosti z velké části odkázány na zacházení na základě jejich nepomíjivé důstojnosti. Toto právo chrání konkrétně nárok na autonomii při omezených individuálních schopnostech prostřednictvím pověření a prohlášení pacienta, respektive pomocí práva na zastoupení rodinnými příslušníky při lékařských opatřeních.

Podstatnou změnou, která v této oblasti bude zavedena, je **profesionalizace ochrany dospělých**. Díky této regulaci je podporována solidarita v rodině. Nové právo na ochranu dospělých totiž vyžaduje, aby při lékařských opatřeních byli také oprávnění zástupci poučeni tak, aby lépe pochopili situaci, kdy mohou v zastupující funkci souhlasit s navrhovanými ošetřeními, nebo je odmítnout. Proto musí být i zastupujícím osobám vysvětleny důvody, způsob, účel, rizika, možnosti, náklady, vedlejší účinky, následky při zanedbání a alternativy navrhovaného ošetření.

Díky novému právu na ochranu dospělých je zákonem stanovena také svobodná volba lékaře. Rovněž jsou v novém právu na ochranu dospělých zákonem stanoveny podmínky a postup při opatřeních omezujících svobodu.

V novém právu na ochranu dospělých hrají centrální roli dispozice pacientů, které doposud vycházely z obecné ochrany osobnosti. Podle dnešního právního stavu je sice nutné se těmito dispozicemi řídit, ale zákon spolu s předpisy forem stanoví, do jaké míry jsou platné.

S novým právem je zákonem stanovena jednak písemná smlouva o péči a také lékařský plán ošetření. Rodinní příslušníci, kteří mají oprávnění rozhodovat, se musí podílet na lékařských opatřeních – i když neexistuje žádné prohlášení pacienta nebo nařízení o preventivních opatřeních. Opatření k omezení svobody, např. z důvodu pokročilé demence a odpovídajícího chování, jsou v rámci nového práva na ochranu dospělých využívána pouze jako „ultima ratio“. Při použití opatření omezujícího svobodu musí instituce dotyčné nesvéprávné osobě vysvětlit, co se děje, proč bylo použito toto opatření, jak dlouho bude trvat a kdo se o ni bude během něj starat. Teprve na základě protokolu o tomto rozhovoru nabývá opatření právní platnosti.

Souhrnné lze konstatovat, že nové právo na ochranu dospělých přinese obyvatelům institucí, jejich rodinným příslušníkům i samotným institucím různé výhody a větší jistotu.

Dalším novým opatřením, které již vstoupilo v platnost na začátku roku 2012, je **zavedení financování nemocnic celošvýcarským tarifním systémem SwissDRG**. Stát si od toho slibuje větší transparentnost a srovnatelnost a větší prostor pro konkurenci. V kruzích pečovatelských domovů panují obavy, že pečovatelské domovy budou negativně postiženy možnými dopady. Obzvláště se argumentuje tím, že obyvatelé by mohli být příliš brzy propouštěni z oddělení akutní péče v nemocnicích, což by na jedné straně mohlo znamenat, že pečovatelské domovy z odborných a personálních důvodů nejsou dostatečně připraveny, na druhé straně údajně není zaručeno financování těchto dodatečných nákladů.

Při systému SwissDRG s paušály podle diagnózy jsou stacionárně ošetřovaní pacienti z akutních oddělení nemocnic rozděleni do lékařsky a ekonomicky homogenních skupin podle typů případů. Rozdělení se provádí na základě těchto kritérií:

- hlavní diagnóza podle ICD-10 (tj. mezinárodní klasifikace nemocí),
- vedlejší diagnózy podle ICD-10,
- procedury (klasifikace operací a zákroků),
- další faktory (věk, pohlaví, stupeň závažnosti atd.).

Takto vzniklé skupiny se nazývají „Diagnosis Related Groups“ (DRG). Pro jednotlivé skupiny DRG se započítává také průměrná doba pobytu a horní a spodní hranice délky pobytu. Případy, které se pohybují mezi spodní a horní hranicí, jsou považovány za normální případy a jejich úhrada je pevně stanovena. V případech, kdy je potřebná nižší doba, než je spodní hranice pobytu, je poskytována sleva (= nižší srovnatelné náklady); případy trvající delší dobu, než je horní hranice pobytu, získají o něco vyšší částku (= vyšší srovnatelné náklady). Implikované doby pobytu představují rámec, přičemž konkrétní rozhodnutí o propuštění pacienta je i nadále v kompetenci ošetřujícího lékaře.

Další možný problém, který může nepřímo působit na mnoho pečovatelských domovů, spočívá v různorodosti geriatrických pacientů. Nedá se vyloučit, že posouzení stavu pacientů na akutních odděleních nemocnic je nedostatečné (respektive se omezuje na akutní lékařský problém) a díky tomu není pochopen celý rehabilitační potenciál pacientů – seniorů. Na druhou stranu je také ještě otevřena otázka, jestli bude pomocí stávajících geriatrických DRG skutečně dostatečně pokryta lékařská realita.

Analýza tématu ovšem ukázala, že dlouhodobou péčí ovlivňují obecné trendy, které se dají pozorovat nezávisle na zavedení DRG již několik let. Tyto trendy po zavedení DRG zřejmě ještě zesílí. Souvisejí s obecnou diskuzí o nákladech a s problematikou financování ve zdravotnictví. Tento zajímavý trend se dá redukovat na zjištění, že části poskytování služeb se obecně přesunují z oblasti akutní péče. Statisticky se tento trend odráží v kontinuálně se snižující době pobytu na akutních odděleních nemocnic.

Konkrétními **důsledky tohoto vývoje** mohou být tyto skutečnosti:

- obyvatelé přeložení do pečovatelských domovů jsou nedostatečně poučeni,
- bude méně času na plánování propuštění (na rozhovory s rodinnými příslušníky, přebírajícím pečovatelským domovem, s organizací Spitex),
- postakutní péče bude přesunuta do pečovatelských domovů,
- rehabilitaci budou muset převzít pečovatelské domovy,
- do pečovatelských domovů přejdou zařízení medicínské techniky (např. vakuové obvazy, tracheální kanyly nebo přístroje na dlouhodobé umělé dýchání),
- pečovatelské domovy převezmou paliativní péči (s časově náročnými interdisciplinárními rozhovory),
- výkony terminální péče převezmou pečovatelské domovy.

Další trend spočívá ve výrazném zvýšení počtu chronických nemocí. Tento trend souvisí s úspěšným ošetřením akutních příznaků nejrůznějších nemocí, které samy o sobě umožňují dlouhý život, jenž je ovšem často spojen s chronickými poškozeními.

Pro pečovatelské domovy mohou z výše uvedených trendů vyplynout následující šance:

- obyvatelé se dostanou dříve do pečovatelského domova,
- pečovatelské domovy se stanou důležitějšími pro akutní oddělení nemocnic,
- vytvoří se nový trh: od akutní a přechodné péče až po „light“ nemocnice,
- obecně se zvýší atraktivita pečovatelských domovů.

Rizika tohoto postupu lze spatřovat v těchto oblastech:

- geriatričtí pacienti nejsou během hospitalizace na akutních odděleních nemocnic dostatečně informováni,
- obyvatelé budou přicházet do pečovatelských domovů příliš brzy (pro pacienty přicházející nově z akutního oddělení v nemocnici vzniká riziko, že z důvodu časového tlaku bude docházet k ukvapeným převozům do pečovatelského domova bez dostatečného lékařského a předchozího pečlivého sociálního poučení),
- financování akutní a přechodné péče spolu s postakutní péčí zůstane nedostatečné,
- nedostatečné personální zdroje.

Klíčovým aspektem však zůstane i nadále otázka bydlení a bytového prostředí. Proto by mohla v následujících letech vzrůstat u starých a velmi starých lidí poptávka po nových, rozmanitých formách bydlení s individuálními možnostmi péče. V popředí zde stojí především koncept „chráněného“, respektive „doprovázeného bydlení“, při němž obyvatelé bytů pro seniory profitují přímo z nabídky služeb a péče sousedícího domova pro seniory nebo pečovatelského domova.

V budoucnosti bude celkově potřeba spíše více než méně míst v pečovatelských domovech. Na základě očekávaného silného nárůstu stařecké demence bude ovšem vznikat ještě více specializovaných stanic a domovů pro pacienty s demencí, respektive decentralizovaných bytových skupin s vlastními pečovatelskými koncepcemi a přizpůsobenou architekturou. Ty umožní osobám s poruchami způsobenými demencí i nadále samostatný život v chráněném prostředí. Obecně je možné se domnívat, že sebevědomí staří a velmi staří lidé s potřebou péče budou v budoucnosti požadovat více menších opatrovaných bytových skupin se službami orientovanými na potřeby a s diferencovanými službami. Trend povede spíše směrem od velkých regionálních pečovatelských institucí. Podle dnešních tendencí by se ve Švýcarsku méně žádané konvenční domovy pro seniory mohly změnit směrem k pečovatelským domovům nebo k penzionům pro seniory a přechodným společným domácnostem, respektive částečně stacionárním denním domovům. Celkově se dá očekávat, že v budoucnosti budou přechody mezi stacionární, částečně stacionární a ambulantní péčí a ošetřováním relativně plynulé. Jak potvrzují průzkumy, dávají domovy pro seniory a pečovatelské domovy již dnes k dispozici svou infrastrukturu, své know-how a četné služby osobám, které v jejich domově nebydlí.

V České republice je nutno klíčová řešení orientovat na opatření vedoucí ke stimulaci a rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, k zajištění dostupnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb a k posílení odpovědnosti obcí za jejich poskytování.

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb – tak již bylo konstatováno – má z pohledu státu i z pohledu ostatních subjektů vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (Ministerstva práce a sociálních věcí) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb a za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb.

Při hodnocení efektivnosti nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci. Opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jejich budov a personálním vybavením zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích.

Provedené analýzy efektivnosti jednotlivých prvků systému financování a poskytování sociálních služeb doporučily v tomto smyslu realizovat zejména tato opatření:

- změnit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby byl příjemcům v I. a II. stupni závislosti poskytován (tedy především u terénních a stacionárních zařízení) v nepeněžní formě (občanovi by byl přiznán příspěvek

na péči ve formě věcné dávky a registrovanému poskytovateli, u něhož si občan službu vybral, by byla placena obcí s rozšířenou působností), popř. zavést kombinovaný způsob výplaty příspěvku,

- změnit systém výplaty příspěvku na péči v pobytových zařízeních tak, aby poskytovatel služby byl ze zákona příjemcem příspěvku na péči.

Výrazným způsobem efektivnost sociálních služeb ovlivňuje i skutečnost, že dlouhodobě – již od zavedení systému veřejného zdravotního pojištění – zdravotní pojišťovny, především Všeobecná zdravotní pojišťovna, odmítají hradit veškeré náklady skutečně poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče.

Připočteme-li k tomu, že maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony poskytované v rámci terénních a ambulantních sociálních služeb je regulována ze strany státu, je zřejmé, že poskytování sociálních služeb pro staré a zdravotně postižené občany je závislé na státních dotacích. Závislost na poskytnutí dotace však brání samotnému rozvoji sociálních služeb. Všechna nová opatření je proto nutno spatřovat v odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotace ze státního rozpočtu.

Z hlediska efektivnosti financování sociálních služeb je rovněž nutno výrazně změnit celý systém hodnocení míry závislosti. Stávající kritéria umožňují objektivně hodnotit situaci tělesně postižených osob a seniorů, naproti tomu neumožňují objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých.

K rozvoji sociálních služeb i k posílení role obcí při jejich poskytování by rovněž přispělo systémové propojení oblastí plánování, registrace a financování sociálních služeb. Východisko je nutno spatřovat v systému plánování sociálních služeb. V rámci provedení sociálně demografické analýzy daného územního celku by mělo dojít k podrobnému zmapování potřeby poskytování jednotlivých sociálních služeb včetně provedení podrobného rozboru očekávaného vývoje demografické struktury jednotlivých věkových skupin obyvatelstva. Tyto potřeby by v rámci přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb měly být konfrontovány s názory poskytovatelů a uživatelů (event. i potencionálních uživatelů) jednotlivých sociálních služeb. Následně by měly být stanoveny priority rozvoje sociálních služeb nejen ve střednědobém, ale i v dlouhodobém horizontu; tyto priority by měly být dále rozpracovány do jednotlivých realizačních kroků a dílčích etap.

Vedle všech výše uvedených opatření, která se dotýkají přímo oblasti sociálních služeb, je nutno mít na zřeteli i řadu dalších kroků, které by bylo nezbytné realizovat v souvisejících nebo podmiňujících oblastech. V tomto smyslu jde především o to, aby:

- jednotlivé obce a města usilovaly v rámci své koncepce bytové politiky věnovat pozornost výstavbě malometrážních a bezbariérových bytů, v nichž by seniorům a zdravotně postiženým občanům mohly být efektivně poskytovány terénní sociální služby tak, aby došlo k oddálení potřeby poskytování péče v pobytovém zařízení,
- k stanovení výše nájmu v obecních bytech jednotlivé obce a města individuálně podle celkových příjmových i majetkových možností zejména seniorů a osob se zdravotním postižením přistupovaly tak, aby byly vytvořeny podmínky pro poskytování potřebných terénních služeb těmto skupinám osob v jejich přirozeném domácím prostředí a nebyl vyvoláván předčasný tlak na poskytování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb,
- stavební úřady v rámci kolaudačního řízení důsledně dbaly na dodržování bezbariérových přístupů do všech obchodů, kulturních zařízení a dalších objektů poskytujících veřejné služby,
- jednotlivé kraje a pověřené obecní úřady soustavně mapovaly dopravní obslužnost ve svých spádových územích tak, aby senioři a osoby se zdravotním postižením, kteří jsou převážně odkázáni na dopravu veřejnými dopravními prostředky, nebyli ohroženi sociálním vyloučením (v nejširším smyslu slova) v důsledku její nedostatečné úrovně.

Realizace těchto opatření ve svém komplexu přispěje k potřebnému rozvoji sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Lze předpokládat, že při jejich promítnutí do praxe dojde do r. 2025 k výraznému rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, nicméně v žádném případě nelze očekávat, že by stávající kapacity pobytových zařízení umožnily uspokojit všechny oprávněné požadavky na umístění od těch seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří budou vyžadovat vzhledem ke svému věku nebo nepříznivému zdravotnímu stavu celodenní komplexní péči.

Závěr

Porovnání základních prvků systémů sociálních služeb pro seniory v České republice a ve Švýcarsku, zdrojů občanů pro jejich financování, vybavenosti jednotlivých regionálních celků těmito službami a charakteristika personálního vybavení pobytových zařízení sociálních služeb je inspirativní pro obě země. Poznatky, které byly v jednotlivých oblastech identifikovány, lze využít pro rozvoj systémů jak v České republice, tak ve Švýcarsku. Stárnutí populace představuje v tomto směru velkou výzvu pro realizaci řady kroků a opatření stimulačních rozvoj sociálních služeb pro občany v obou zemích.

Použitá literatura

Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku.

Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012.

Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti.

SOCIOKLUB & Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích & Profesní komora sociálních pracovníků, 2000.

Průša, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče.*

Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-097-4

Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.*

Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

Přílohy

příloha č. 1:
Důchodový věk pojištěnců narozených v České republice po roce 1936

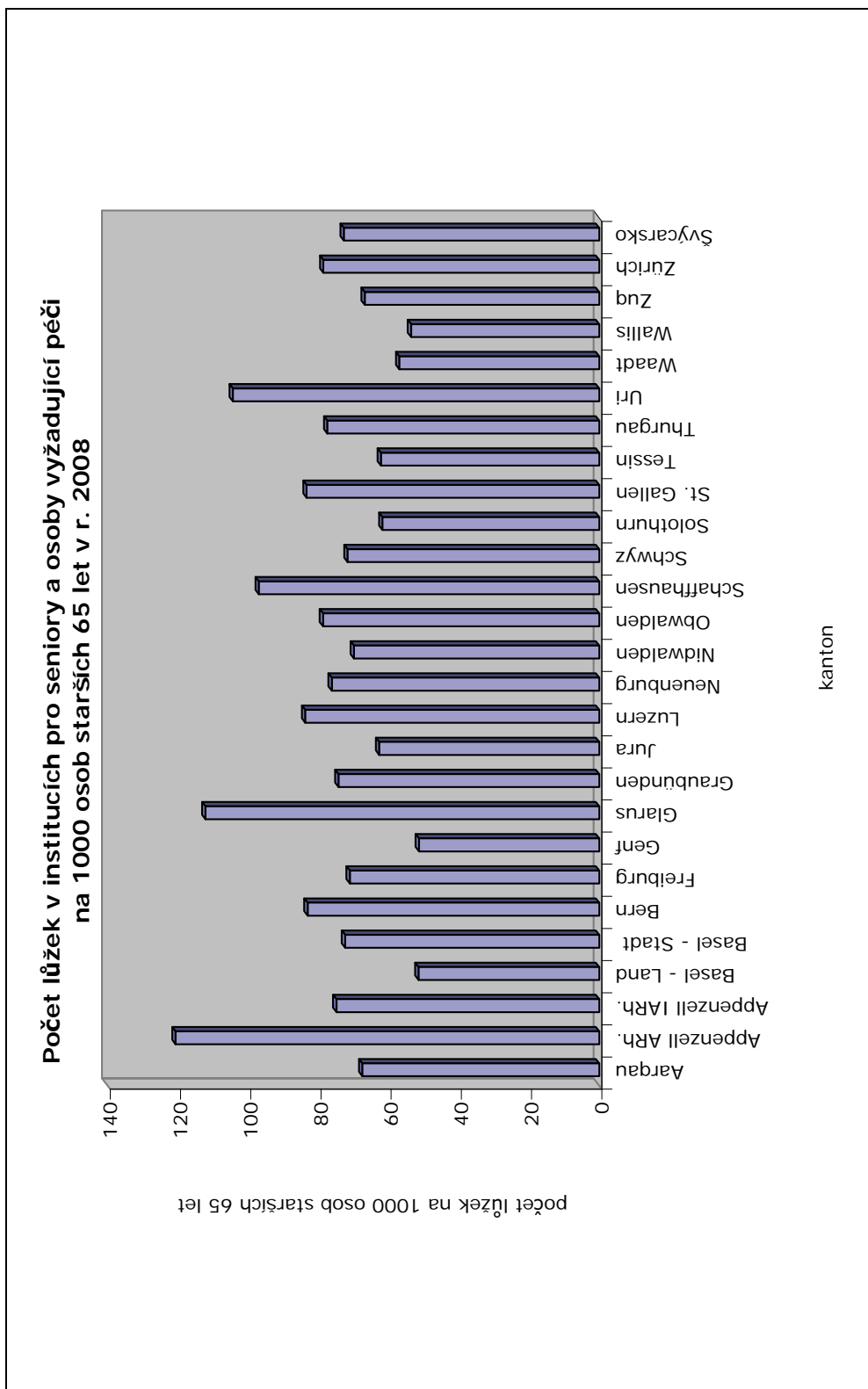
| Rok narození | důchodový věk činí u | | | | | |
|--------------|----------------------|------------------------------|---------|---------|---------|----------|
| | mužů | žen s počtem vchovaných dětí | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 a 4 | 5 a více |
| 1936 | 60r+2m | 57r | 56r | 55r | 54r | 53r |
| 1937 | 60r+4m | 57r | 56r | 55r | 54r | 53r |
| 1938 | 60r+6m | 57r | 56r | 55r | 54r | 53r |
| 1939 | 60r+8m | 57r+4m | 56r | 55r | 54r | 53r |
| 1940 | 60r+10m | 57r+8m | 56r+4m | 55r | 54r | 53r |
| 1941 | 61r | 58r | 56r+8m | 55r+4m | 54r | 53r |
| 1942 | 61r+2m | 58r+4m | 57r | 55r+8m | 54r+4m | 53r |
| 1943 | 61r+4m | 58r+8m | 57r+4m | 56r | 54r+8m | 53r+4m |
| 1944 | 61r+6m | 59r | 57r+8m | 56r+4m | 55r | 53r+8m |
| 1945 | 61r+8m | 59r+4m | 58r | 56r+8m | 55r+4m | 54r |
| 1946 | 61r+10m | 59r+8m | 58r+4m | 57r | 55r+8m | 54r+4m |
| 1947 | 62r | 60r | 58r+8m | 57r+4m | 56r | 54r+8m |
| 1948 | 62r+2m | 60r+4m | 59r | 57r+8m | 56r+4m | 55r |
| 1949 | 62r+4m | 60r+8m | 59r+4m | 58r | 56r+8m | 55r+4m |
| 1950 | 62r+6m | 61r | 59r+8m | 58r+4m | 57r | 55r+8m |
| 1951 | 62r+8m | 61r+4m | 60r | 58r+8m | 57r+4m | 56r |
| 1952 | 62r+10m | 61r+8m | 60r+4m | 59r | 57r+8m | 56r+4m |
| 1953 | 63r | 62r | 60r+8m | 59r+4m | 58r | 56r+8m |
| 1954 | 63r+2m | 62r+4m | 61r | 59r+8m | 58r+4m | 57r |
| 1955 | 63r+4m | 62r+8m | 61r+4m | 60r | 58r+8m | 57r+4m |
| 1956 | 63r+6m | 63r+2m | 61r+8m | 60r+4m | 59r | 57r+8m |
| 1957 | 63r+8m | 63r+8m | 62r+2m | 60r+8m | 59r+4m | 58r |
| 1958 | 63r+10m | 63r+10m | 62r+8m | 61r+2m | 59r+8m | 58r+4m |
| 1959 | 64r | 64r | 63r+2m | 61r+8m | 60r+2m | 58r+8m |
| 1960 | 64r+2m | 64r+2m | 63r+8m | 62r+2m | 60r+8m | 59r+2m |
| 1961 | 64r+4m | 64r+4m | 64r+2m | 62r+8m | 61r+2m | 59r+8m |
| 1962 | 64r+6m | 64r+6m | 64r+6m | 63r+2m | 61r+8m | 60r+2m |
| 1963 | 64r+8m | 64r+8m | 64r+8m | 63r+8m | 62r+2m | 60r+8m |
| 1964 | 64r+10m | 64+10m | 64r+10m | 64r+2m | 62r+8m | 61r+2m |
| 1965 | 65r | 65r | 65r | 64r+8m | 63r+2m | 61r+8m |
| 1966 | 65r+2m | 65r+2m | 65r+2m | 65r+2m | 63r+8m | 62r+2m |
| 1967 | 65r+4m | 65r+4m | 65r+4m | 65r+4m | 64r+2m | 62r+8m |
| 1968 | 65r+6m | 65r+6m | 65r+6m | 65r+6m | 64r+8m | 63r+2m |
| 1969 | 65r+8m | 65r+8m | 65r+8m | 65r+8m | 65r+2m | 63+8m |
| 1970 | 65r+10m | 65r+10m | 65r+10m | 65r+10m | 65r+8m | 64r+2m |
| 1971 | 66r | 66r | 66r | 66r | 66r | 64r+8m |
| 1972 | 66r+2m | 66r+2m | 66r+2m | 66r+2m | 66r+2m | 65r+2m |
| 1973 | 66r+4m | 66r+4m | 66r+4m | 66r+4m | 66r+4m | 65r+8m |
| 1974 | 66r+6m | 66r+6m | 66r+6m | 66r+6m | 66r+6m | 66r+2m |
| 1975 | 66r+8m | 66r+8m | 66r+8m | 66r+8m | 66r+8m | 66r+8m |
| 1976 | 66r+10m | 66r+10m | 66r+10m | 66r+10m | 66r+10m | 66r+10m |
| 1977 | 67r | 67r | 67r | 67r | 67r | 67r |

Vysvětlivky: „r“ znamená rok, „m“ znamená měsíc

Poznámka: Důchodový věk se prodlužuje i pro narozené v roce 1978 a mladší vždy o plus 2 měsíce pro každý další ročník.

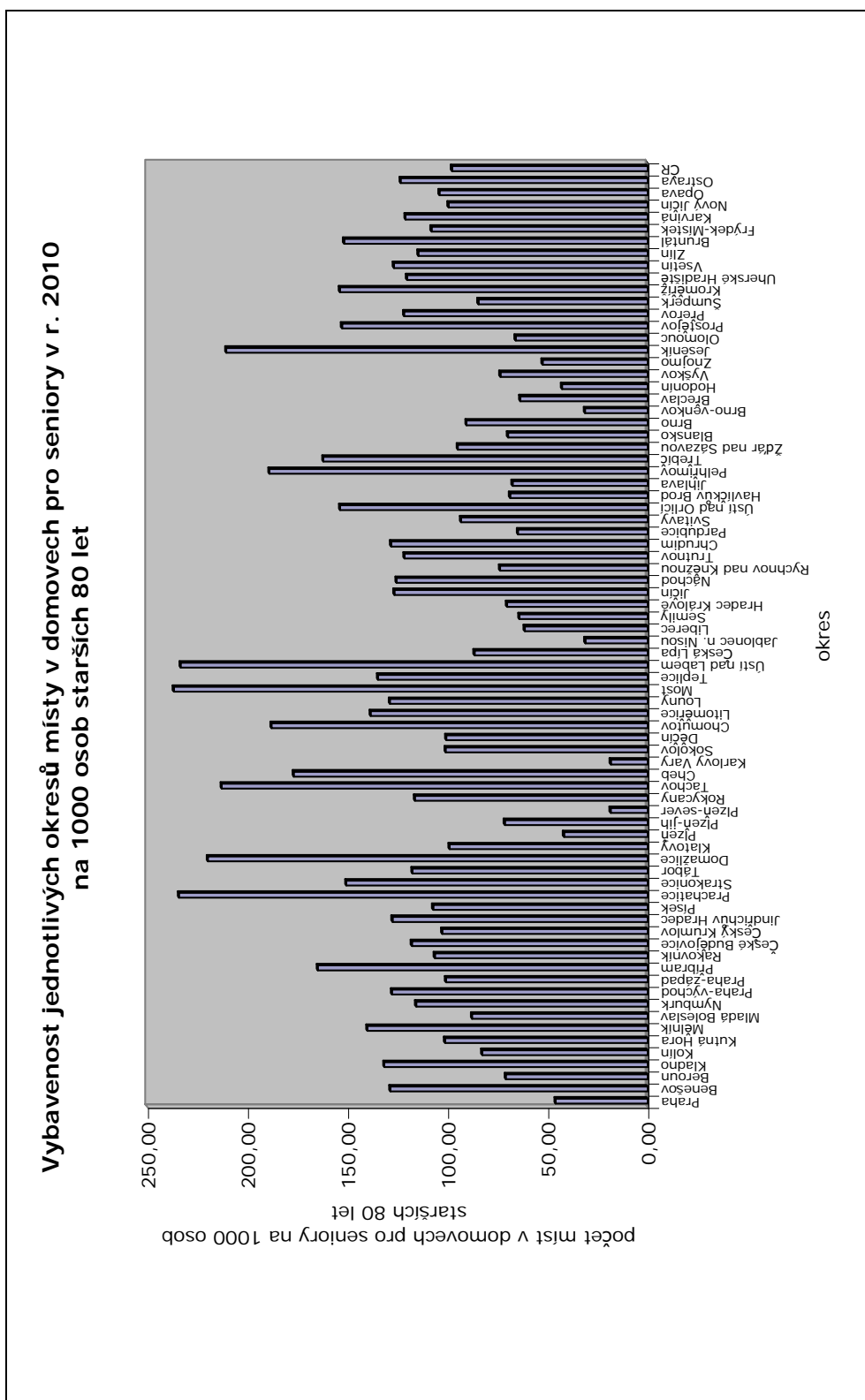
pramen: www.mpsv.cz

příloha č. 2:



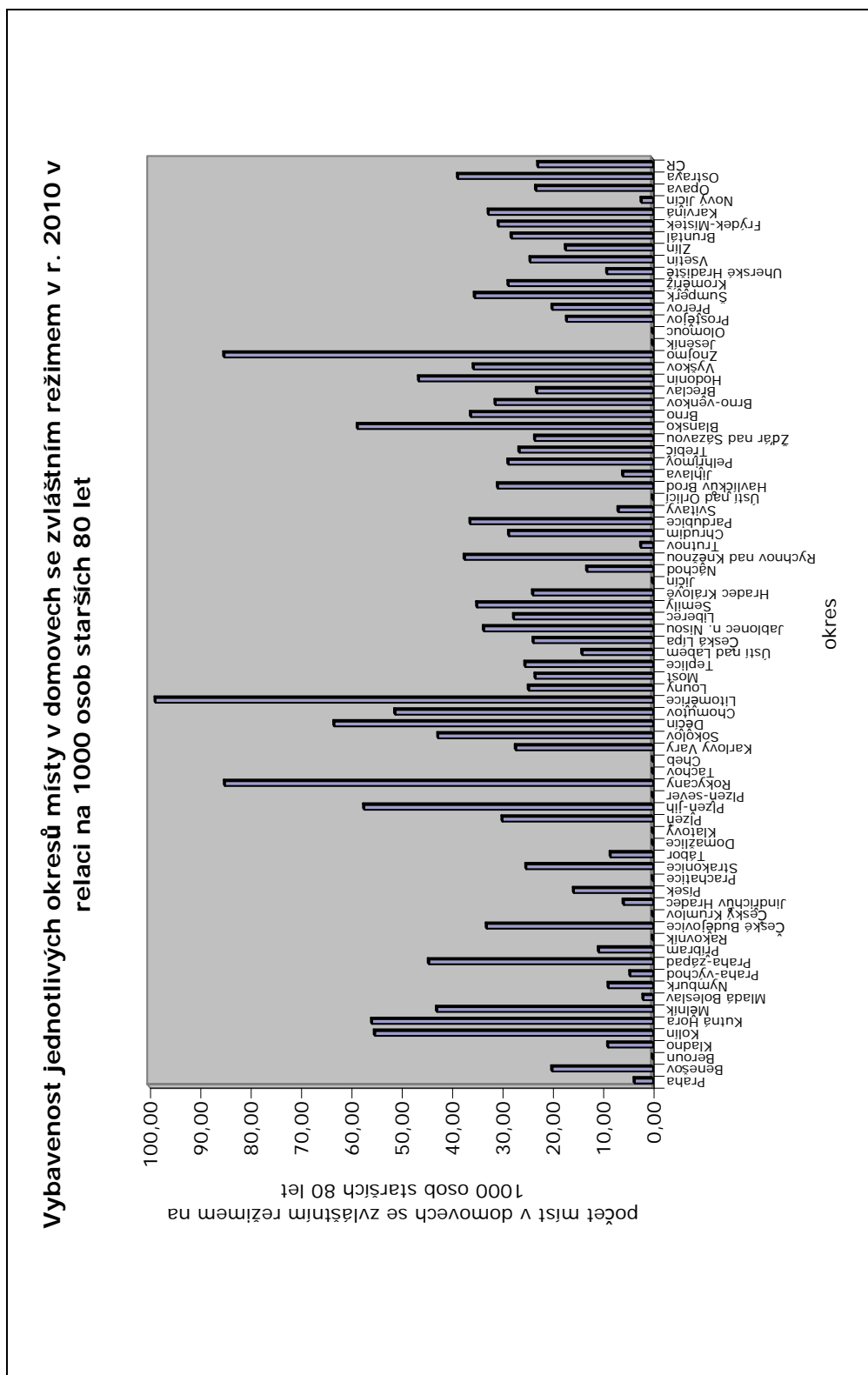
pramen: vlastní zpracování

příloha č. 4:



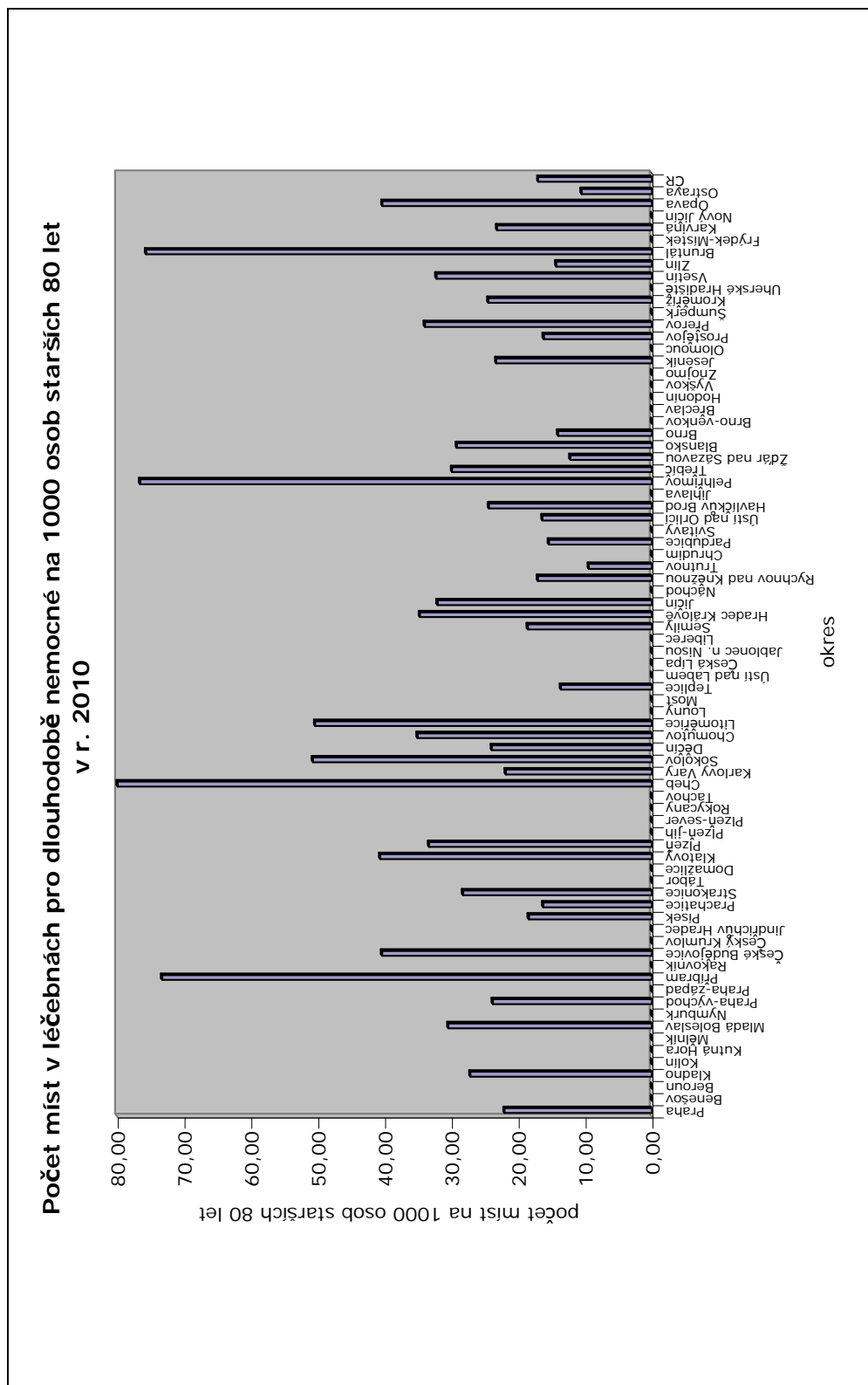
pramen: vlastní zpracování

příloha č. 5:



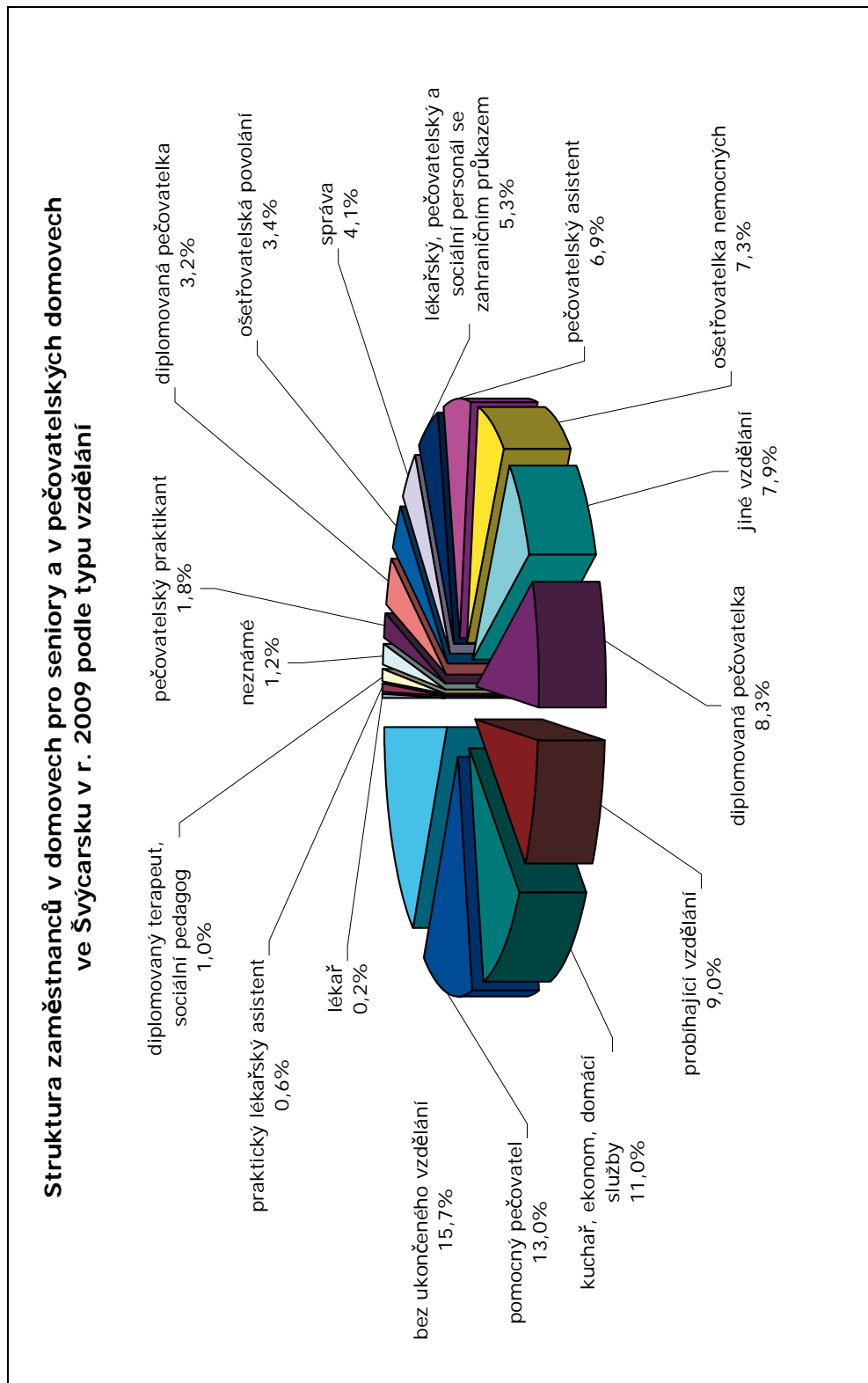
pramen: vlastní zpracování

příloha č. 6:



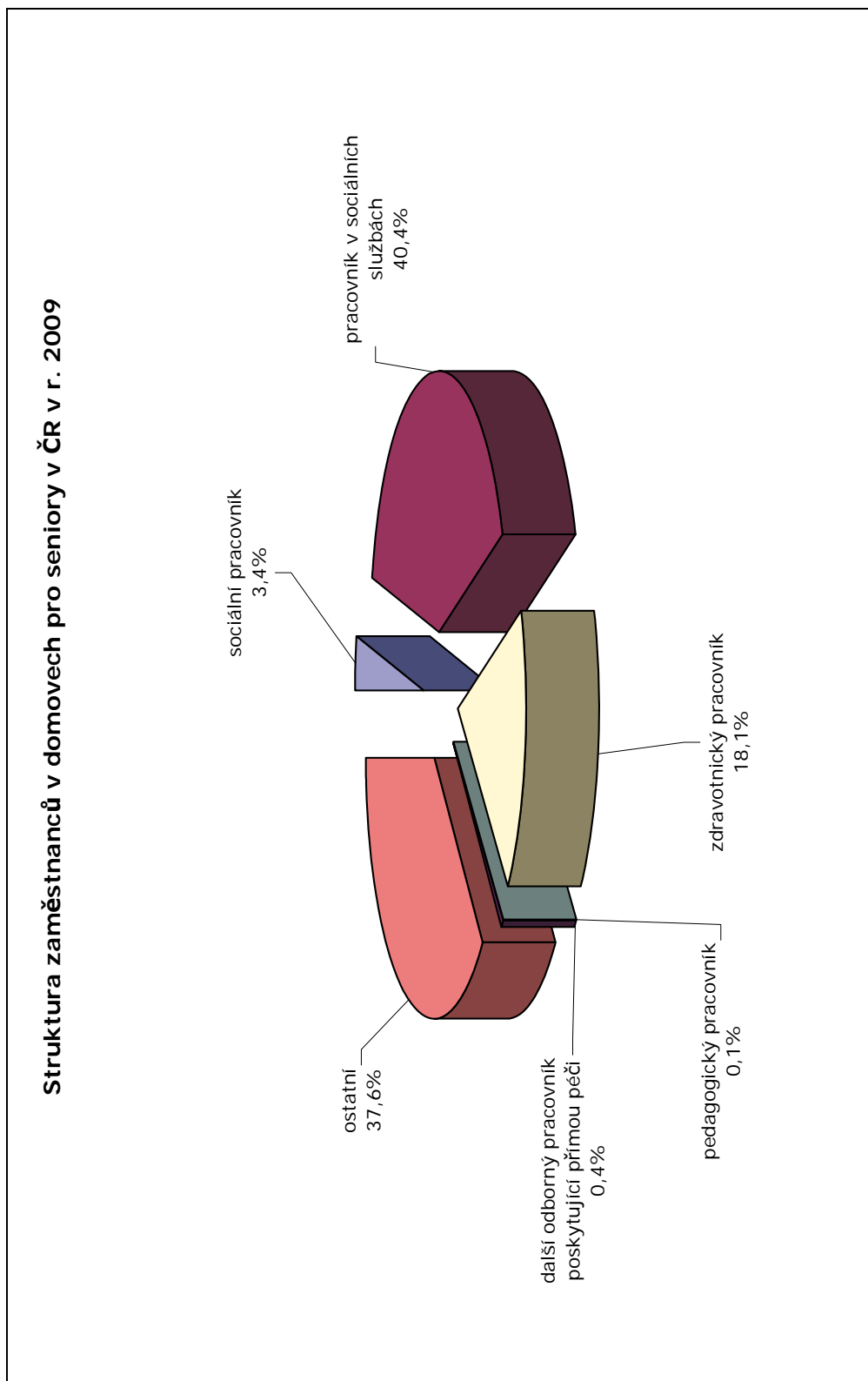
pramen: vlastní zpracování

příloha č. 7:



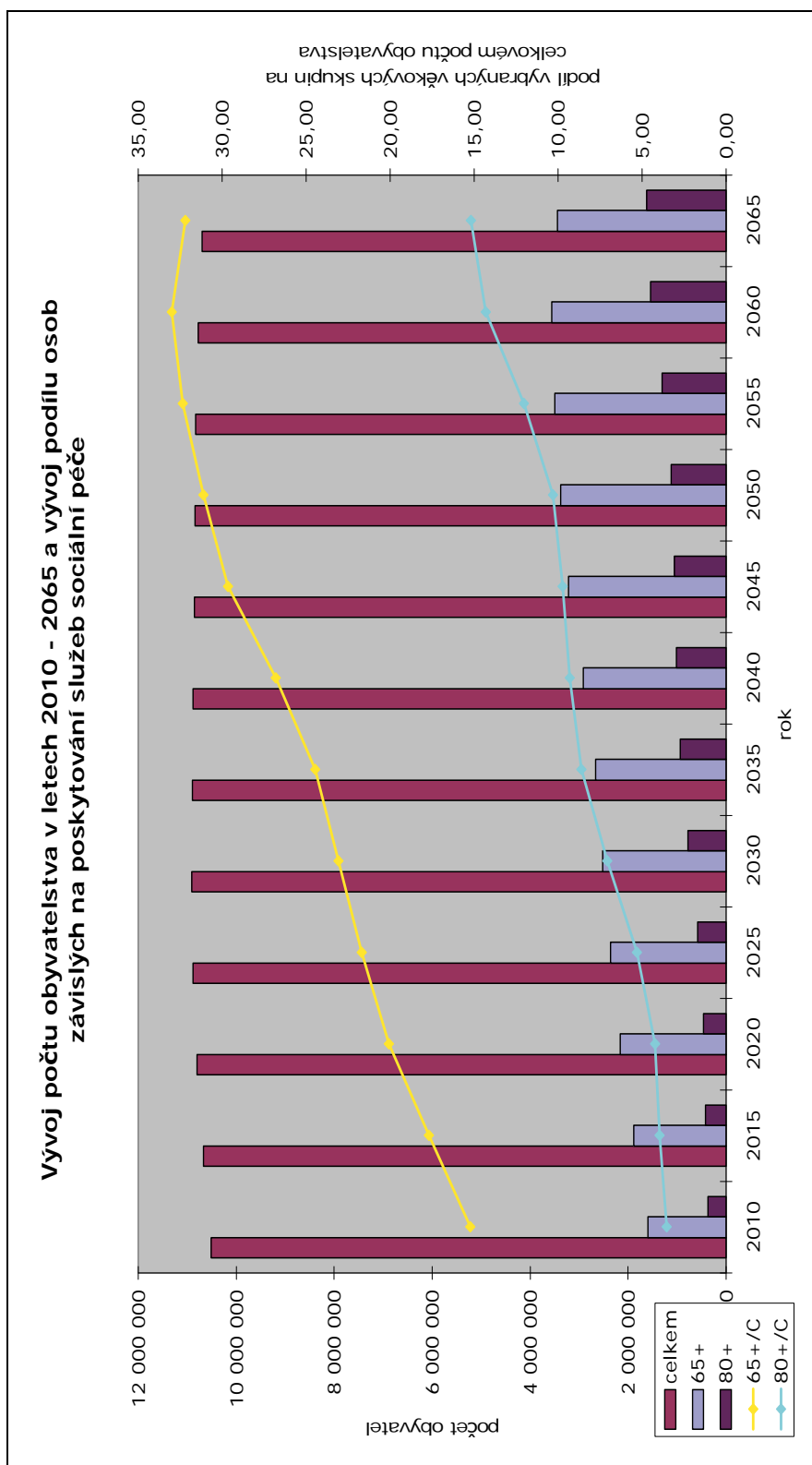
pramen: vlastní zpracování

příloha č. 8:



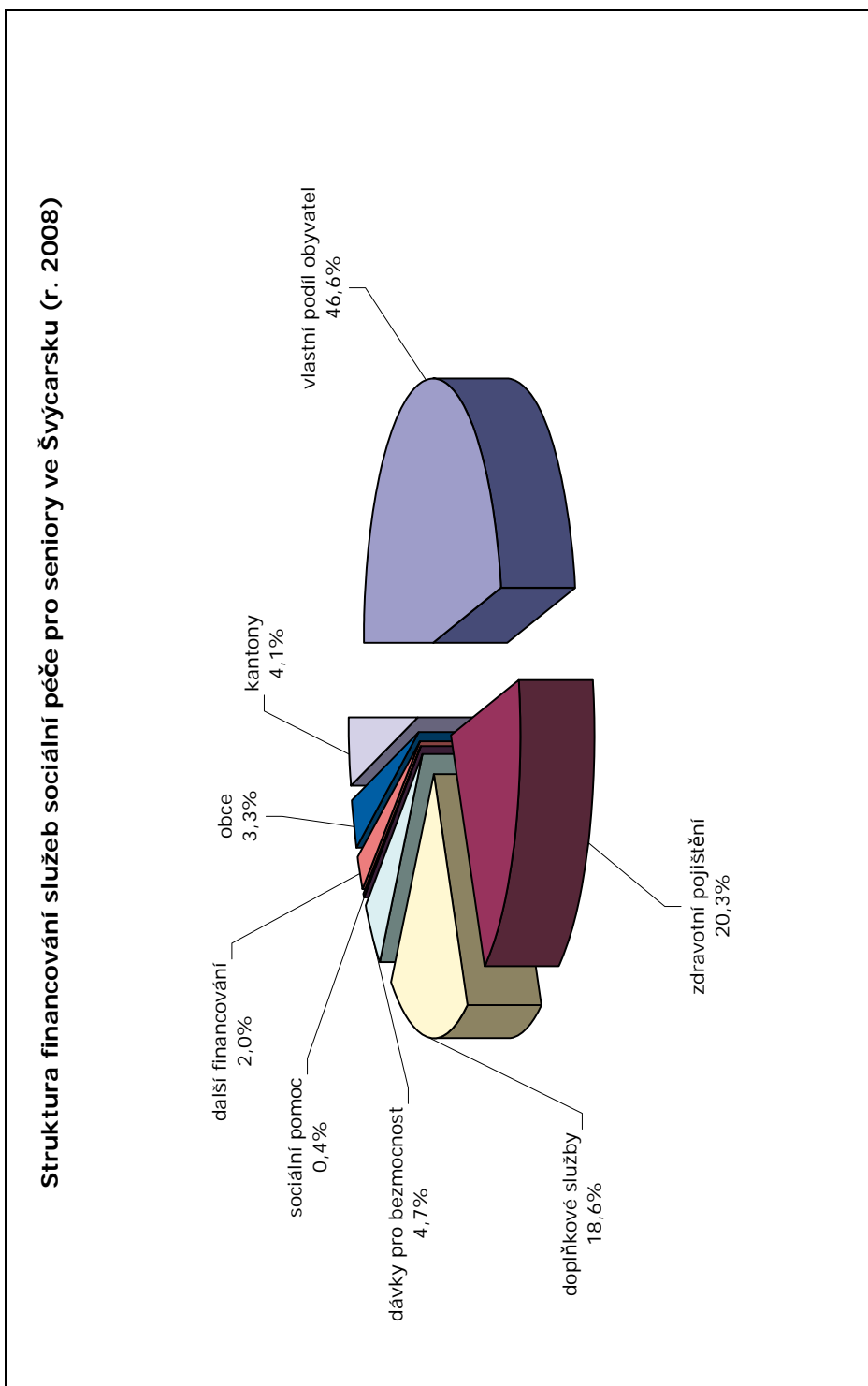
pramen: vlastní zpracování

příloha č. 9:



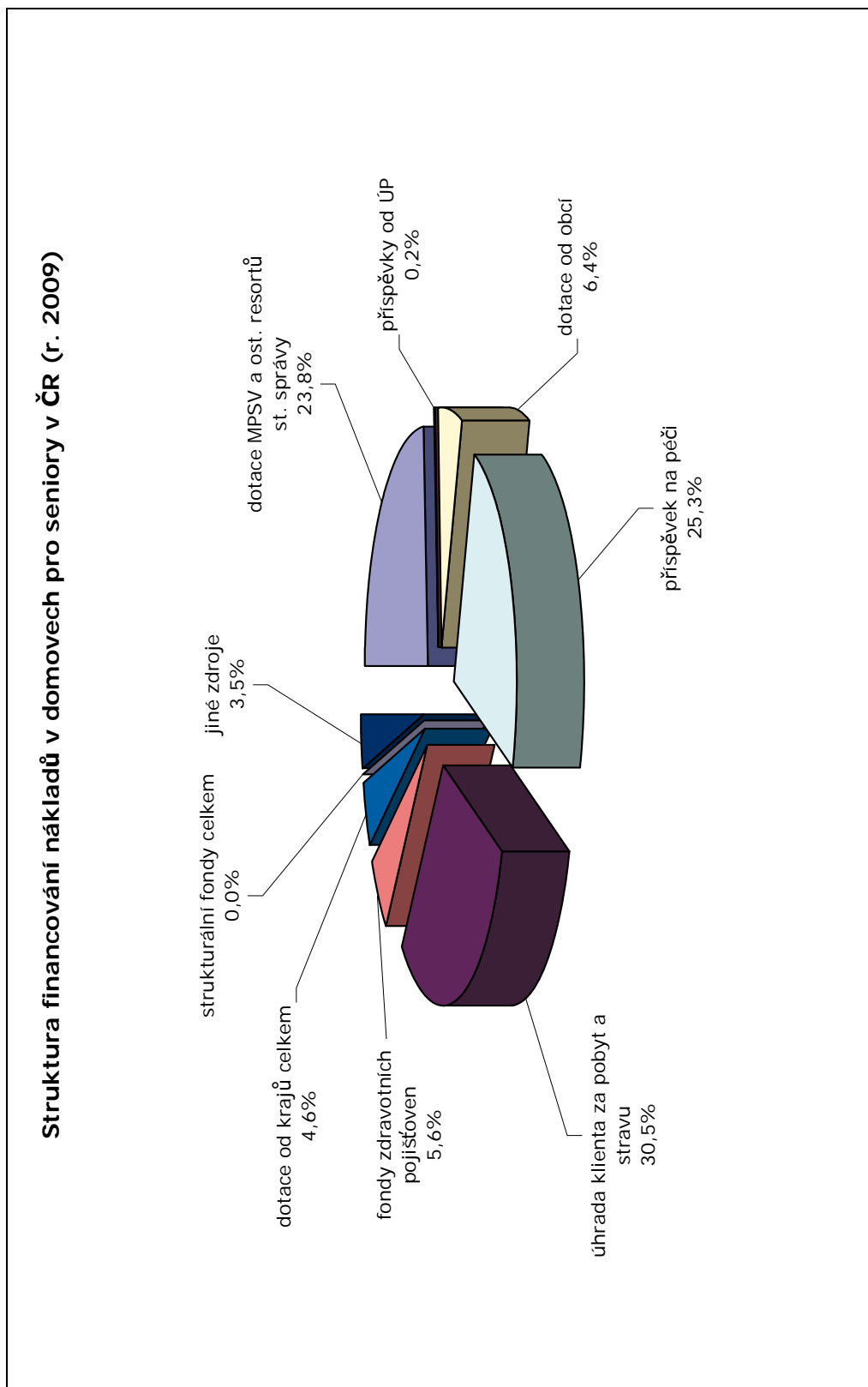
pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, vlastní propočty

příloha č. 10: Struktura financování stacionární péče ve Švýcarsku



pramen: Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012

příloha č. 11:



pramen: vlastní zpracování

příloha č. 12

Švýcarsko – příklady dobré praxe

Text: Ing. Bc. Alice Švehlová, Mgr. Magda Dohnalová

Na přelomu června a července roku 2011 proběhla v rámci švýcarsko-českého projektu „Přenos know-how a dobré praxe v dlouhodobé péči o seniory“ studijní cesta do švýcarských kantonů Bern a Luzern. Zúčastnilo se jí 20 zástupců různých zařízení poskytujících sociální služby, zástupci MPSV ČR a APSS ČR. Účelem této cesty bylo jednak seznámení se se systémem sociálních služeb a vzdělávání odborných pracovníků sociálních služeb ve Švýcarsku, ale také získání poznatků o dobré praxi při exkurzích v jednotlivých zařízeních a absolvovaných přednáškách.

Švýcarští poskytovatelé sociálních služeb nespolehnou pouze na příspěvky od státu či obce, ale snaží se najít vlastní zdroje financí. Příkladem jsou například jejich restaurace, které jsou otevřeny občanům z okolí, nikoli pouze klientům sociálních služeb. Přináší to nejenom zisk pro zařízení, ale i možnost propojení života v obci s životem v zařízení. Obecně je gastronomie v domovech pro seniory na vysoké úrovni, souvisí to i s kvalitním vzděláním v gastronomii a provozních oborech, které realizuje CURAVIVA.

Dalším zdrojem příjmů jsou různé typy chráněných dílen (tkalcovna, sklářská dílna, zásilková služba, zahradnictví apod.). Produkty z těchto dílen dosahují takové kvality, že je o ně na trhu zájem a příjmy z prodeje představují nezanedbatelnou část rozpočtu poskytovatelů sociálních služeb. Na úhradě nákladů spojených s péčí o uživatele sociálních služeb se podílejí i místní samosprávy, a to v případě ubytování jejich občana v domově.

Mnoho příkladů dobré praxe získali účastníci studijní cesty při představení organizace Pro Senecute, která organizuje dobrovolnickou práci. Tato organizace vypracovala a zavedla mnoho programů. Z těch nejdůležitějších jsou to:

- **ZAJIŠTĚNÍ KOMPLETNÍ EKONOMIKY A ÚČETNICTVÍ DOMÁCNOSTI**

- o Správa financí, hlídání termínů plateb, provádění plateb apod. Službu využívá cca 160 klientů, provádějí ji dobrovolníci s odbornými znalostmi této problematiky. Sazba za službu je 0–4000 CHF v závislosti na majetkových poměrech klienta.

- **DAŇOVÉ PORADENSTVÍ**

- o Důchody jsou zdaněné a každý příjemce důchodu musí podávat daňové přiznání. S jeho vyplněním pomáhají dobrovolníci z řad odborníků. Úhrada za tuto službu je promile ze zdanitelného příjmu plus promile z majetku.

- **PROGRAM „SENIOR DO ŠKOLY“**

- o Senior tráví ve školní třídě prvního stupně dvě až čtyři hodiny týdně, vede skupiny, pomáhá, vypráví. Smyslem je vzájemné poznání a porozumění vedoucí k respektu.

- **PROGRAM „DOBROVOLNÍCI“**

- o Práce vykonávají dobrovolníci, kteří dostávají finanční kompenzaci 15 CHF za hodinu. Musí absolvovat základní kurs a mít odborné znalosti a sociální kompetence. Kvalita odváděné práce není organizací nijak kontrolována. Je předpoklad, že si ji hlídají sami klienti. Vše je poskytováno na individuálních požadavcích klientů, kdy je předpokládáno, že klient si sám řekne, pokud chce službu poskytovat jinak.

- **PROGRAM „BYDLENÍ A POMOC“**

- o Informační poradenství a pomoc: dědictví a právní záležitosti, finance a daně, bytové právo, právo užívání atd.

- o Poradenství v oblasti obnovy a rekonstrukce.
- o Pronájem a prodej bytových i komerčních nemovitostí a stavebních pozemků.
- o Příprava na důchodový věk: úprava bydlení, zaměření na koníčky a zájmy, možnost práce z domova.
- o Poskytnutí ubytování studentům v domácnostech seniorů: studenti místo platby nájmu pomáhají s domácností.

S dalšími příklady dobré praxe se účastníci setkali přímo při prohlídkách jednotlivých zařízení. Velmi inspirativní je propojení domova s obcemi. K setkávání dochází nejen v prostorách restaurace provozované domovem, ale i při pořádání různých slavností u příležitosti významných svátků roku nebo událostí. V pobytových zařízeních jsou herny pro děti předškolního věku; herny využívají občané žijící v blízkosti těchto zařízení a děti jejich zaměstnanců. Některá pobytová zařízení mají v areálu mateřskou školu, která je určena pro děti zaměstnanců i pro děti z blízkého okolí. Zaměstnanci v domovech zajišťují rodinné oslavy pro klienty a jejich rodinné příslušníky. Samozřejmostí je volný vstup občanů do zařízení.

Ve Švýcarsku se často objevuje propojení domova pro seniory s domem s pečovatelskou službou. Pro klienty není následný přechod tak náročný. Standardem v terénní službě je poskytování těchto služeb v noci.

K lepší orientaci uživatelů v domovech slouží barevně odlišené prostory. Zcela běžným standardem je umístění fotografií jednotlivých zaměstnanců s jejich jmény na chodbě daného oddělení, aby je uživatelé znali. V zařízeních se často objevují na dveřích do pokojů cedulky Willkommen! (Vítejte!), jejichž grafická podoba se řídí dle přání uživatele.

Velká pozornost je věnována i posledním věcem člověka. V některých domovech realizují tzv. „poslední rozloučení“: Na stolku je umístěna fotografie zesnulého klienta, jeho oblíbené předměty, fotoalbum a případné vzkazy od spolubydlících.

Pro zlepšení kvality života lidí s demencí je v zařízeních realizováno množství úprav. Uživatelé bydlí v ubytovacích jednotkách (unit care). Jedná se o bydlení tzv. rodinného typu, např. o bytovou jednotku se společným sociálním zařízením. Navozuje se tak dojem bydlení v rodině. Zároveň se klienti v těchto bytech sami podílí na přípravě jídla (s ohledem na jejich zdravotní stav a možnosti).

V některých domovech využívají na stěnách žlutou barvu na konci chodby, dle zkušenosti nelze pak přehlédnout konec chodby. Na oddělení pro uživatele s demencí je využíváno speciální osvětlení, jehož barvu mohou zaměstnanci měnit a ovlivnit tak chování uživatelů. Osvětlení v celém oddělení je přizpůsobováno intenzitě slunečního svitu.

Za zcela běžnou praxi je považována povinnost oznámit jméno osoby, která za klienty s demencí bude zodpovídat, když klient nebude moci komunikovat, vyjadřovat svá rozhodnutí apod.

Součástí uzavřeného oddělení pro lidi s demencí je většinou uzavřená zahrada, kde je vybudována nekončící cesta.

Některé příklady dobré praxe se týkaly i zaměstnanců:

- Pro usnadnění svozu prádla se v domovech využívá systém „sachet“, do kterých se prádlo vhadzuje přímo z pokoje či chodby a prádlo vypadává v prádelně.
- Zaměstnanci musí odevzdat při příchodu do práce mobil a cigarety do úschovy – každý má svoji zamknutou zásuvku. Své věci si může vyzvednout o přestávce.
- V době přestávky se personál nezdržuje na oddělení.
- Na sesterně jsou umístěny lednice na léky na klíč.

Dalšími příklady dobré praxe jsou např. pronájem reklamních prostor ve výtahu, stanovení poslání prostřednictvím dotazníkového šetření, skříňka na osobní věci u jídelního stolu nebo online systém informující o obsazenosti domovů, do kterého má přístup jakýkoli občan Švýcarska.

Pro kontrolu kvality poskytovaných sociálních služeb je ve Švýcarsku zřízena funkce ombudsmana.

příloha č. 13

Studijní cesta do Švýcarska v rámci švýcarsko-českého projektu

Text: Mgr. Magda Dohnalová

Ve dnech 26. 6. – 2. 7. 2011 proběhla v rámci švýcarsko-českého projektu s názvem „Přenos know-how a dobré praxe v dlouhodobé péči o seniory“ studijní cesta do švýcarských měst Bern a Luzern, které se zúčastnili zástupci zařízení poskytujících sociální služby, zástupci MPSV ČR a APSS ČR. Průvodcem po dobu pobytu byla partnerská organizace celého projektu CURAVIVA Schweiz, která pro české účastníky také zajistila přínosný program. Jeho cílem bylo představení sociální péče pro seniory ve Švýcarsku, jejího financování, seznámení se s vzdělávacím systémem, exkurze do různých zařízení poskytujících sociální služby a v neposlední řadě výměna zkušeností a příkladů dobré praxe z obou zemí.

Účastníci:

Ing. Jiří Horecký, MBA, prezident APSS ČR
Jiří Hormanďl, ředitel DD Proseč u Pošné
Ing. Martina Čuhajová, Sales manažer Hartmann-Rico
Petr Hladík, jednatel Trianon Čechy
Mgr. Martin Ježek, projektový manažer
Mgr. Magda Kocábová, zástupkyně šéfredaktora časopisu Sociální služby
Ing. Bc. Alice Švehlová, výkonná ředitelka APSS ČR
Mgr. Petr Hanuš, vedoucí odd. koncepce sociálních služeb MPSV ČR
PhDr. Radek Suda, vedoucí odd. koncepce financování sociálních služeb MPSV ČR
PhDr. Petr Němec, ředitel DpS Vychodilova, Brno
JUDr. Vlasta Hrabcová, ředitelka DpS Podpěrova, Brno
PaedDr. Jarmila Odložilová, ředitelka Domova Adam Dřevohostice
Ing. Pavel Kos, ředitel Domova Sluneční dvůr, Jestřebí
Ing. Petr Boťanský, ředitel Domova Severní Terasa, Ústí nad Labem
Ing. Jana Pilná, ředitelka Domova Na Hrádku, Uhlířské Janovice
Ing. Ilona Chrtová, ředitelka, Rybka Netatovice
PhDr. František Anders, ředitel DS Loučka
Ing. Renata Kainráthová, vedoucí Pečovatelské služby a denního stacionáře G-centra Tábor
PhDr. Jaroslava Kotalíková, ředitelka G-centra Tábor
Ing. Karel Vostrý, ředitel DKS v Žinkovech
Ing. Milan Minář, ředitel Sociálních služeb Lanškroun
Ing. Jiří Procházka, ředitel, Palata Praha
Ing. Radek Baran, ředitel Domova Slunečnice, Ostrava

Program studijní cesty byl následující:

Pondělí 27. 6. 2011

Představení společnosti CURAVIVA Schweiz
Prohlídka domova Riggisberg

Úterý 28. 6. 2011

Prohlídka budovy Švýcarského parlamentu, prezentace politického systému Švýcarska
a politické práce CURAVIVA Schweiz
Prohlídka Nadace Siloah

Středa 29. 6. 2011

Prohlídka domova pro seniory Bodenmatt
Paliativní péče v kantonu Luzern / centrálním Švýcarsku
Vzdělávací středisko CURAVIVA: představení vzdělávacího systému Švýcarska
a vzdělávacích programů CURAVIVA

Čtvrtek 30. 6. 2011

Prohlídka seniorské rezidence Am Schärme
Prohlídka nadace Rütimattli

Pátek 1. 7. 2011

Přednášky:

- Nabídka sociálních služeb a jejich plánování v Luzernu
- Nabídka Pro Senectute ve městě a kantonu Luzern
- Cíle a úkoly kantonálního svazu CURAVIVA Luzern
- Středisko pro seniory Eichhof

Pondělí 27. 6. 2011**CURAVIVA Schweiz**

Dopoledne byla na programu návštěva sídla organizace CURAVIVA Schweiz, asociace sdružující poskytovatele pobytových sociálních služeb ve Švýcarsku. Vznikla 1. ledna 2003 sloučením dvou organizací – Sdružení domovů Švýcarsko (HVS) a Sdružení křesťanských institucí (VCI). Nově vzniklá asociace začala působit v oblasti péče o seniory, o dospělé s postižením a o děti a mladistvé se zvláštními potřebami. Byla tvořena kantonálními sekce a institucemi z německé části Švýcarska. V roce 2006 se stala zastřešující organizací pro celé Švýcarsko, přistoupily i kantony z italské a francouzské části země. V roce 2008 se sídlo asociace přestěhovalo z Curychu do Bernu, druhým jejím sídlem je vzdělávací středisko v Luzernu. CURAVIVA má zastoupení ve všech kantonech s výjimkou kantonu Tessin.

Členství v asociaci má dvě podoby:

- kolektivní členství (kanton a/nebo odborná oblast)
- individuální členství pro domovy v kantonech, ve kterých není asociace

Členská základna – počet členů a lůžek:

| Domovy a instituce | Počet |
|---|--------------|
| Domovy pro seniory, domy s peč. službou | 1 578 |
| Počet lůžek | 82 122 |
| Dospělí s postižením | 446 |
| Počet lůžek | 13 504 |
| Děti a mládež | 332 |
| Počet lůžek | 9 810 |

Členskou základnu tvoří cca 2350 organizací s více než 105 000 lůžky, což představuje 90 % všech institucí v tomto oboru. S tímto počtem členů má silnou vyjednávací pozici a může využít referenda k prosazení svých cílů (referendum je důležitou součástí švýcarského politického systému).

CURAVIVA Schweiz zastupuje své členy na celostátní úrovni vůči politickým instancím, úřadům, státní správě a jiným národním organizacím a svazům. Podporuje kantonální a regionální členské svazy.

CURAVIVA vydává odborný časopis CURAVIVA. Je to měsíčník zabývající se odbornými tématy. Je to jeden z komunikačních prostředků. Dalšími jsou webové stránky, kongresy, letáky, parlamentní časopis a monitoring.

V čele asociace stojí představenstvo s 9–11 členy, které zajišťuje strategické vedení organizace ve třech sekcích (domovy pro seniory, domovy pro osoby s postižením a domovy pro děti a mladistvé se zvláštními potřebami). V čele představenstva stojí prezident, viceprezident a 3 prezidenti pro jednotlivé sekce. Operativní část vede obchodní ředitel, tři odborní vedoucí a 3 obchodní vedoucí pro jednotlivé oblasti. Tato část má na starosti komunikaci a marketing, otázku kvality, odborný časopis. Důležité je přísné oddělení operativní a strategické úrovně.

Domov Riggisberg

Rok vzniku: 1991 – z podnětu 4 obcí

Cílová skupina: lidé s psychiatrickou diagnózou a lidé s mentálním postižením

Poskytované služby: chráněné bydlení, chráněné dílny, terapeutické dílny

Kapacita: 265 v 19 ubytovacích jednotkách

Počet zaměstnanců: 280, 30 stážistů

Zřizovatel: kanton Bern

Před prohlídkou domova účastníci vyslechli přednášku jeho ředitelky Suzanne Jaquemetové o historii a současnosti domova, nabízených službách a programech pro uživatele. Historie domova sahá do roku 1880, kdy byl založen spolek poskytující péči psychicky nemocným obyvatelům (tzv. obecním bláznům). V roce 1881 se do domova nastěhovali první obyvatelé. Od té doby domov změnil mnohokrát svůj název i zaměření. Nyní poskytuje primárně ubytování osobám s psychiatrickou diagnózou a mentálním postižením. Celková kapacita domova je 265 uživatelů, z čehož je v současné době naplněno 261 míst. Hlavní motto domova zní: Vytvoření životního prostoru pro jinak nadané lidi. Naplňování tohoto motto napomáhá i krásné okolí domova a výhledy daleko do krajiny.

Domov je složen z 19 oddělení, z toho je 13 zaměřeno převážně na péči sociální (bydlí zde uživatelé relativně samostatní) a 6 bytových jednotek je zaměřeno na ošetrovatelskou péči.

Domov nabízí svým klientům uplatnění v podobě několika pracovišť: 90 uživatelů může pracovat v různých zaměřených dílnách (sklářská dílna, zásilková služba, tkalcovna, servis invalidních vozíků), 20 klientů se stará o zahradu a skleníky, 20 klientů se podílí na zajištění provozu domova (domácí práce), 14 pracuje v kuchyni a 6 pracuje v oblasti technické správy budov. Klientům jsou k činnosti k dispozici různé ateliéry. Každý uživatel má právo, ale zároveň povinnost, pracovat 2-3 hodiny denně (délka pracovní doby je individuální, závislá na možnostech a schopnostech uživatelů). Klienti mají také možnost strávit dovolenou mimo zařízení, a to ve Švýcarsku i v zahraničí, v doprovodu pracovníků.

Celkový počet zaměstnanců je 280, z toho na přepočtené úvazky 109 pracovníků v ošetrovatelské péči, 3,4 střední management, 6,4 zdravotnických pracovníků, 0,9 úvazku lékaře, 14 pracovníků v ateliérech, 51 pracujících v infrastruktuře, 6 ve správě a řízení. V rámci vzdělávání pracovníků je zajištěno 30 míst pro stážisty.

Movitý a nemovitý majetek domova se skládá ze 45 budov, 72 nájemních jednotek, domov si pronajímá 2 hospodářství, která obhospodařují 81 ha orné půdy a luk a 75 ha lesa a chovají 70 ks dobytka. Nemalej zisk přináší i získávání minerální vody z 6 pramenů. Tento majetek vytváří pocit jistoty pro uživatele i zaměstnance.

V rámci volnočasových aktivit nabízí domov pro své klienty, ale i pro občany z přílehlých obcí využití relaxačního centra; 50 % kapacity centra využívají obyvatelé obce. Další příjem domova zajišťuje restaurace, kterou odpoledne využívají i občané obce, a možnost ubytování v objektu domova v hostitelských pokojích.

Získané finanční prostředky v rámci hospodaření domov investuje zpět do rozvoje a renovace domova.

Do domova jsou přijímáni pouze klienti z kantonu Bern, a to na základě lékařem stanovené diagnózy.

Zřizovatel daného domova (kanton) stanovuje maximální částku úhrady za pobyt, není ovšem direktivně určeno rozdělení částky na stravovací či pobytovou jednotku. Toto rozhoduje ředitel daného zařízení.

Jídlo je vařeno v centrální kuchyni a rozváženo na jednotlivá oddělení tabletovým systémem. Z celkového počtu 265 uživatelů využívá většina jednolůžkové pokoje, pouze 20 je dvoulůžkových.

Úterý 28. 6. 2011

Švýcarský parlament

Dalším bodem programu byla návštěva budovy Švýcarského parlamentu. Bea Heimová, členka Národní rady, jedné z parlamentních komor, nejprve ve stručnosti představila dějiny Švýcarska, historii samotné budovy a provedla účastníky prostorami, ve kterých probíhají parlamentní zasedání, i přílehlými sály, ve kterých se odehrávají různá jednání.

Bea Heimová je prezidentkou parlamentní skupiny pro otázky stárnutí. Ve své přednášce představila stručně sociální systém Švýcarska. Jeho financování stojí na třech základních pilířích. Prvním z nich je povinné sociální pojištění pro všechny obyvatele. Jeho účelem je zajištění existence a ochrana před chudobou. Z tohoto zdroje jsou vypláceny starobní, invalidní, sirotčí a vdovské důchody, kompenzační dávky, rodičovský příspěvek, příspěvek v době civilní a vojenské služby. V širším smyslu lze do tohoto pilíře zařadit i nemocenské pojištění. Druhý pilíř systému tvoří pojištění, které povinně odvádějí všechny pracovně činné osoby. Účelem tohoto druhého pilíře je doplnění zdrojů financí ve stáří a při invaliditě. Třetí pilíř tvoří životní a penzijní připojištění. Jsou dobrovolná a slouží k zachování stejné životní úrovně po odchodu do penze nebo v době nemoci.

Co se týče oblasti péče o seniory, je velký důraz kladen na podporu seniorů v samostatném bydlení. Probíhá výstavba nových bytů pro seniory s pečovatelskou službou. Snahou je rozvoj paliativní a gerontopsychiatrické péče a péče o osoby s demencí.

V další přednášce popsal Lionel Ricou, vedoucí oddělení CURVIVA Schweiz pro politiku v oblasti práce se seniory, politický systém Švýcarska, který velmi úzce souvisí s historií této země. Dějiny Švýcarska sahají až do roku 1291, kdy tři původní „horské“ kantony Uri, Schwyz a Unterwalden založily tzv. Věčnou alianci, která plnila funkci obrany proti vnějšímu nebezpečí. Dalším důležitým mezníkem v historii byla reformace, která začala v roce 1525 v Curychu a pokračovala 1541 v Ženevě. Díky ní byla do nedávné doby většina Švýcarska protestantská. Dnes žije v zemi díky velké imigraci více katolíků. V roce 1848 byla vydána ústava, ve které bylo zakotveno federativní uspořádání země, a část pravomocí přešla z kantonální úrovně na federální, čímž došlo k částečnému omezení suverenity kantonů. V roce 1891 byl zaveden koncept přímé demokracie, což znamená, že obyvatelé mají nejen právo volit, ale prostřednictvím referenda mohou hlasovat o zásadních otázkách. Pro vyhlášení referenda je třeba 50 000 podpisů, pokud se jedná o změnu ústavy, je třeba 100 000 podpisů.

Švýcarský politický systém má tedy díky historickému vývoji několik specifíků:

- Každý kanton má svou nezaměnitelnou identitu jazykovou a náboženskou. Federalismus má jednoznačně ve vnímání obyvatel nižší význam než kantonalismus. Švýcarsko tak není klasickou federací kantonů, ale konfederací etnik, katolické a protestantské komunity a jazykových skupin (německé, francouzské a italské).
- Švýcarská ústava definuje národní jazyky – němčinu, francouzštinu, italštinu a rétorománštinu – a oficiální jazyky pro konfederaci, kterými jsou jen první tři jmenované.
- Značně využívá institutů přímé demokracie (cca 4krát ročně).
- Má specifické postavení v mezinárodním systému – díky neutralitě bylo Švýcarsko uchráněno přímé vojenské akcí v obou světových válkách. Svou neutralitu si občané střeží, přesto souhlasili se vstupem do různých organizací (např. OSN). Ve Švýcarsku se nachází sídlo mnoha mezinárodních organizací (WHO, Červený kříž atd.).

Základní dělbu moci lze zjednodušit takto:

- Federace spravuje kompetence v oblastech národní obrany, mezinárodních vztahů, zemědělství a sociálního zabezpečení.
- Kantony mají pravomoci v oblastech soudnictví, zdravotnictví, policie, vzdělání a výzkumu.
- Obce spravují oblasti životního prostředí, kultury a samosprávy.

Zákonodárnou moc ve Švýcarsku vykonává dvoukomorové Federální shromáždění – Švýcarský parlament. Z ústavy vyplývá, že se jedná o vrcholný zákonodárný orgán limitovaný právy lidu a kantonů.

Tvoří jej 2 komory:

- Národní rada (Nationalrat / Conseil national) je složená z 200 poslanců, kteří reprezentují občany jakožto obyvatele celé země bez ohledu na kantonální příslušnost.
- Rada států (Ständerat / Conseil des Etats) má celkově 46 poslanců, kteří zastupují občany jakožto obyvatele kantonů na federální úrovni. Každý kanton deleguje 2 poslance a každý polokanton (demi-canton) jednoho poslance. Z toho vyplývá, že 20 kantonů zastupuje 40 poslanců a 6 polokantonů deleguje 6 poslanců.

Obě komory Federálního shromáždění jsou rovnoprávné ohledně přijímání zákonů, kdy k jejich schválení je nutný souhlas obou komor. Výkon funkce poslance není brán jako povolání a komory nezasedají kontinuálně.

Ve své přednášce dále Lionel Ricou popsal politickou práci organizace CURAVIVA v oblasti péče o seniory. Zabývá se pěti důležitými tématy:

- Dlouhodobá péče (např. zákon o pojištění)
- Personál v sociálních službách
 - Celoživotní vzdělávání
 - Hrozící riziko nedostatku odborného personálu
- Paliativní péče
- Ekonomická oblast
- Kvalita života seniorů

K prosazení svých záměrů používá těchto politických opatření:

- Vydává 4krát ročně časopis, každé vydání obsahuje 2–3 aktuální témata týkající se seniorů. Tyto příspěvky vyjadřují názory a postoje CURAVIVA.
- Probíhá parlamentní monitoring, jehož výsledky jsou také zveřejňovány 4krát ročně. Umožňuje sledování vývoje jednotlivých témat s důrazem na péči o seniory.
- Vydává výsledky statistických průzkumů.
- Zúčastňuje se jednání zainteresovaných parlamentních skupin.
- Ačkoli Švýcarsko není členem EU, snaží se CURAVIVA být součástí evropských platforem (EDE, AGE-platforma).

Nadace Siloah

Rok vzniku: 1991

Cílová skupina: senioři, lidé trpící demencí, lidé s neurologickým onemocněním

Služby: domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou, oddělení se zvláštním režimem

Kapacita: 135

Počet zaměstnanců: 245

Zřizovatel: nadace

V roce 1917 byla otevřena diakonie Siloah. Teprve v 1991 byla založena samotná nadace. Staví na křesťanských hodnotách a poskytuje péči seniorům. Největším stavebním rozmachem prošla nadace v letech 2002–2005, kdy také došlo k rozšíření nabídky služeb až po současný stav – 135 obyvatel, 245 pracovníků.

Nadace nabízí dlouhodobou péči ve 4 odděleních, dále 1 oddělení s byty s pečovatelskou službou, 1 oddělení pro klienty s demencí, 1 oddělení pro lidi s neurologickým onemocněním a 1 oddělení pro lidi s Huntingtonovou chorobou. Uživatelům jsou nabízeny dlouhodobé i krátkodobé (odlehčovací) pobyty a pobyt v denním stacionáři. Pro děti zaměstnanců, ale i pro děti z okolí, je v areálu zřízena mateřská škola pro celkem 20 dětí.

Nadace připravuje denně celkem cca 650 obědů pro uživatele a pacienty místní kliniky, zaměstnance, hosty, 2 restaurace a mateřskou školu.

Nadace zajišťuje širokou nabídku vzdělávání pro své zaměstnance ve smyslu stáží pro studenty, praktikanty v oblasti ošetrovatelské péče, asistenty péče, sociální pracovníky, odborné sociální pracovníky se specializací na postižené a seniory, dále v oblasti zdravotnictví, pedagogiky, správy. Nabízí také pracovní příležitosti v provozních oborech – provozní technik, dále kuchař, dietní kuchař a restauratér.

Nadace se řídí následujícími pěti principy: radost, ocenění hodnot, zodpovědnost, kompetence, vitalita.

Zákazníky jsou nejen uživatelé, ale i příbuzní, návštěvníci, hosté restaurace, děti a rodiče v MŠ, zaměstnanci, všichni zákazníci, kteří využívají nabídku služeb (včetně partnerů v areálu).

V areálu se nachází i několik organizací a partnerů, se kterými nadace spolupracuje. Jsou to lékaři, obecní domov pro seniory, kožní a laserové centrum, domácí péče, zahradnictví, kadeřnictví, pedikúra.

Středa 29. 6. 2011

Domov pro seniory Bodenmatt

Rok založení: 1991 – z podnětu 4 obcí

Cílová skupina: senioři, osoby trpící demencí

Služby: domov pro seniory, oddělení se zvláštním režimem

Kapacita: 72

Počet zaměstnanců: 101 (přepočtených na celé úvazky 59), z toho 62 zdravotní a sociální péče (39 přepočtených úvazků), 10 stážistů

Zřizovatel: 4 obce

Před prohlídkou domova byla pro účastníky připravena přednáška o organizaci a práci domova. Domov je řízen správní radou, která je složena z vedoucích sociálních odborů jednotlivých obcí. V zařízení je 60 jednolůžkových pokojů a 6 dvoulůžkových pokojů.

Zařízení nabízí i další služby: restaurace s kavárnou, dětský klub, odlehčovací služby, poradenství, denní stacionář, příprava obědů pro domácí péči pro obyvatele okolních obcí.

Domov byl otevřen v roce 1991. Byl založen z podnětu čtyř okolních obcí s cílem zajistit péči pro seniory. Prvotně sloužil domov jako dům s pečovatelskou službou. Nyní je využíván jako domov pro seniory.

Kromě 101 stálých zaměstnanců nabízí domov celoročně 10 míst pro stážisty (6 míst pro zdravotnické pracovníky, 3 místa pro studenty VOŠ sociální, 1 místo provozně technický pracovník).

Domov je místem setkávání obyvatel z širokého okolí. Občané z přilehlých vesnic přichází do domova s uživateli slavit např. svátky jara, masopust, vánoční svátky atd. Ve večerních hodinách je otevřena i kavárna (2 dny v týdnu), 2x v týdnu je v prostorách domova organizován dětský klub.

Plánovaná je přestavba kuchyně, výstavba dalšího oddělení pro uživatele s demencí, výstavba společenské místnosti v II. patře. Počítá se i se spoluprací s regionem v rámci plánování sociálních služeb (vedení domova plánuje realizaci lůžek pro přechodnou geriatrickou péči, lůžka pro starší nemocné lidi a lůžka pro uživatele se závislostí). Domov si klade za cíl navázat užší spolupráci mezi ostatními domovy v kantonu. Přáním je vybudovat i chráněné bydlení s cílem upřednostnit terénní péči.

V prvním a druhém patře domova se nacházejí vždy dvě oddělení. Na oddělení je ubytováno 13–18 uživatelů. Jednotlivá oddělení jsou barevně oddělena, což usnadňuje orientaci a zútulňuje prostředí. Každý pokoj má balkon a koupelnu. Uživatelé si mohou přinést svůj nábytek s výjimkou postele a nočního stolku.

V přízemí budovy je umístěno oddělení pro lidi s demencí, které původně sloužilo jako byt ředitele domova. Na tomto oddělení jsou ubytováni lidé s I. a II. stupněm demence. Ve III. fázi jsou přemístěni z důvodu vysoké potřeby péče na oddělení s jejím vyšším zabezpečením.

Oddělení pro lidi trpící demencí má 2 dvoulůžkové a 2 jednolůžkové pokoje. Hlavním a prvotním cílem je soužití šesti uživatelů v rodinném prostředí, které se odehrává ve společenské místnosti propojené s kuchyňským koutem. Uživatelé jsou v nepřetržitém kontaktu s personálem. Společně s personálem vykonávají domácí práce (např. vaří část oběda), nebo jsou pouze účastní. Pokoje jsou malé a veškerý život se odehrává ve zmíněné společenské místnosti. Ideální jsou dvoulůžkové pokoje, neboť lidé s demencí jsou si jistější, pokud nejsou sami. Ze společenské místnosti je volný přechod do chráněné zahrady. K orientaci klientů slouží různé

nabarvené zárubně. Stropními světly, u kterých lze měnit zbarvení, může personál působit na náladu uživatelů. Osvětlení ve společenské místnosti je nastaveno tak, že se automaticky upravuje dle intenzity slunečního svitu.

Personál má za úkol doprovázet uživatele běžným dnem, musí se denně přizpůsobovat nově vzniklým situacím, akceptovat chaos; např. pokud uživatel leží v cizí posteli, hledá pro uživatele, jehož lůžko je obsazeno, jiné lůžko. V noci dochází na toto oddělení noční služba, která má pouze za úkol zkontrolovat, zda jsou uživatelé v pořádku.

V domově žijí převážně uživatelé katolického vyznání. Pro ně, ale i pro evangelíky, jsou třikrát týdně organizovány bohoslužby v kapli, jejíž prostory jsou ale uživatelům k dispozici neustále.

Velký důraz je v domově kladen na paliativní péči. V přednášce Gabriely Brechbühl-Röösliové se účastníci seznámili s konceptem paliativní péče v domově Bodenmatt. V domově je zřízena zvláštní pracovní skupina se zaměřením na paliativní péči složená ze zástupců pracovníků v sociálních službách, zástupců středního managementu a provozního úseku. Ta je zodpovědná za další rozvoj paliativní péče v domově. Aktuální je teď např. otázka podpory duchovního života.

Ihned po nastěhování do domova je s uživatelem otevřena citlivá otázka posledních věcí. Pokud uživatel souhlasí, zaznamenají pracovníci jeho přání. Dále jsou organizována setkání s rodinnými příslušníky, zaměstnanci a lékaři, na kterých se projednává další postup. Důležité je nezakrývat skutečnost a umožnit tak umírajícímu i příbuzným se rozloučit a zařídit potřebné věci. Po úmrtí je člověk ponechán na pokoji, převlečen a je umožněno příbuzným i spolubydlícím, aby se rozloučili. Teprve poté je odvezen pohřební službou. V případě ubytování na dvoulůžkových pokojích je hledáno optimální řešení. Důležitou součástí rozloučení jsou i různé rituály. V domově je zvykem, že je vystavena fotografie zemřelého a základní údaje o něm spolu s věcmi, které byly zemřelému nějakým způsobem blízké. Další formou rozloučení je fotoalbum se zápisy spolubydlících. Je to důležitý moment i pro rodinu.

Velký důraz je kladen na vzdělávání pracovníků i rodinných příslušníků. Kvalitně proškolený personál by měl rozpoznat i nepatrné symptomy, oznámit je lékaři, který stanoví diagnózu. Problémem zůstává, že pro mnoho lékařů začíná paliativní péče až v terminálním stádiu.

Paliativní péče v kantonu Luzern / centrálním Švýcarsku

Paní Andrea Jennyová, viceprezidentka asociace pro paliativní péči, představila ve své přednášce koncept paliativní péče v centrálním Švýcarsku. Paliativní péče je zakotvena ve zdravotnickém zákoně z roku 2006. Každý kanton však v této oblasti postupuje rozdílně.

V kantonu Luzern byla v roce 2007 založena organizace Palliativ Luzern, která sdružuje různé organizace a odborníky z oboru paliativní péče (domácí péče, Pro Senectute, Liga proti rakovině, domovy pro seniory, praktičtí lékaři, dobrovolníci, nemocnice, církevní společnosti atd.) a jejím cílem je zprostředkování co nejlepší péče všem potřebným. V roce 2011 vznikl kantonální koncept, o jehož prosazení se v současné době usiluje.

Jeho hlavními cíli jsou:

- zřízení koordinačního centra
- rozvoj mobilních paliativních služeb
- zřízení poradenského centra a centra léčby bolesti
- zřizování oddělení s paliativní péčí v zařízeních sociálních služeb
- koordinace a vzdělávání dobrovolníků

V kantonu Zug byla v roce 2011 vypracována analýza, na jejímž základě se bude zpracovávat koncept. V kantonu Schwyz byl koncept vytvořen v roce 2010 a ve zbývajících kantonech centrálního Švýcarska (Uri, Obwalden a Nidwalden) dosud žádné kantonální koncepty vytvořeny nebyly.

Kromě kantonálních sdružení existuje i sdružení pro centrální Švýcarsko, které je členem celostátní organizace Palliative.ch.

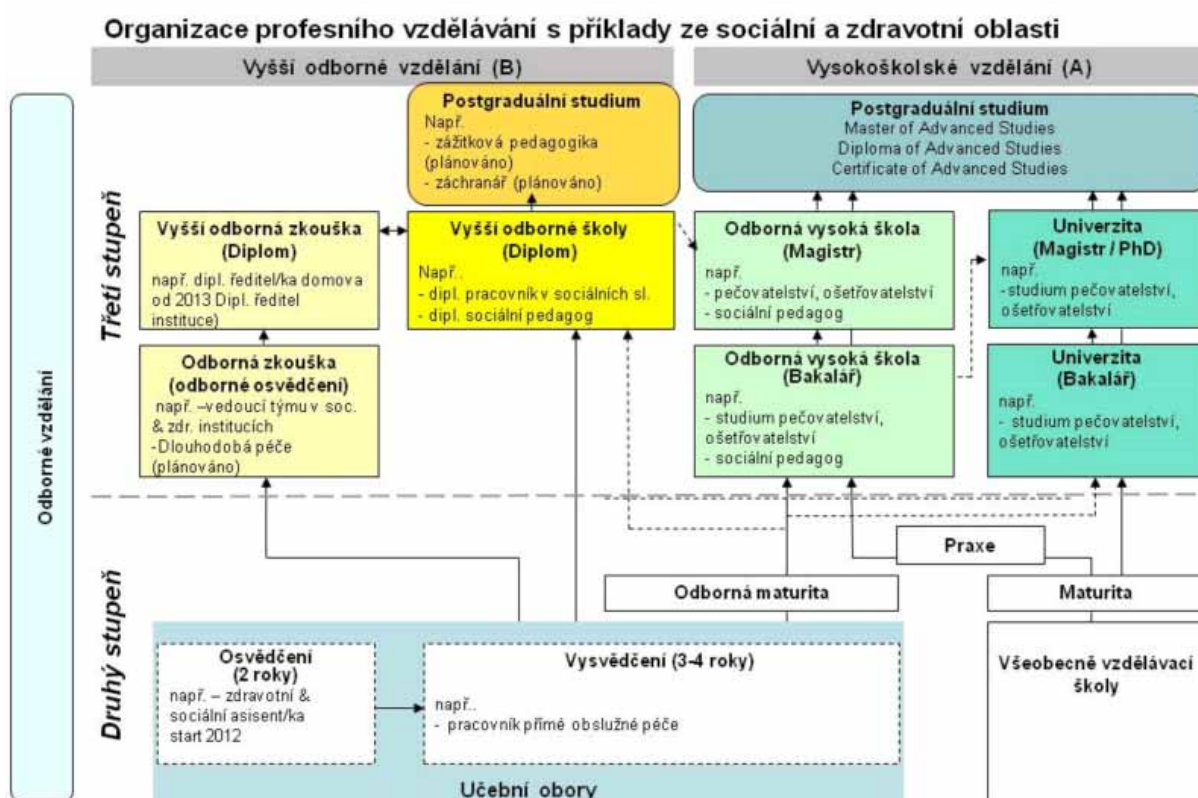
Hlavním cílem národní strategie pro roky 2010–2012 v oblasti paliativní péče je zakotvení paliativní péče ve zdravotnictví státem i kantony, což znamená zvýšení úrovně v těchto oblastech:

- zabezpečení: nabídka služeb dostupná ve všech oblastech Švýcarska
- financování: přístup ke službě umožnit všem
- zvýšení povědomí: seznámit veřejnost s účelem a nabídkou paliativní péče
- vzdělání: odborníci a dobrovolníci disponují přiměřenými kompetencemi
- výzkum: výzkum je etablován a dodává výsledky na vysoké úrovni
- zavedení do praxe: vytvoření podmínek pro zavedení do praxe

CURAVIVA Schweiz – Vzdělávací středisko v Luzernu

Monika Wederová, vedoucí obchodního oddělení pro vzdělávání, ve své přednášce představila vzdělávací systém ve Švýcarsku a vzdělávací program organizace CURAVIVA. Systém není jednotný, každý z 26 kantonů má svůj systém. Pro všechny ale platí, že každé dítě musí absolvovat 1 rok mateřské školy a 9 let školní docházky (první stupeň). Vzdělání ve druhém stupni odpovídá českým středním školám a učebním oborům a třetí stupeň vzdělávání tvoří vyšší odborné školy a vysoké školy.

Na níže uvedeném obrázku je znázorněn vzdělávací systém, návaznost jednotlivých typů vzdělání a možnosti pokračování v dalším studiu (uvedeny jsou příklady ze zdravotnické a sociální oblasti):



Vzdělávací středisko CURAVIVA Schweiz v Luzernu nabízí vzdělávání ve druhém a třetím stupni (v nabídce je 257 kurzů pro cca 4300 účastníků). Vzdělávání je určeno pro pracovníky z domovů pro seniory a domovů pro děti i dospělé se zdravotním postižením. Kurzy si hradí účastníci, výjimečně přispívá kanton. Hlavním cílem je zvyšování kvalifikace a profesionalizace těchto povolání.

Nabídka vzdělávání CURAVIVA má dva základní pilíře:

- kurzy dle ročního programu, odborné kurzy a tematické semináře, postgraduální studium
- kurzy a poradenství připravené pro konkrétní zařízení (interní)

Oba druhy kurzů probíhají v těchto oblastech:

- vedení/management
- sociální pedagogika (v úzkém spojení s VOŠ sociální)
- péče a ošetřovatelství
- gastronomie/provoz

Po absolvování kurzů obdrží účastníci diplom nebo osvědčení podle druhu studia.

Kromě odborných kurzů nabízí CURAVIVA vzdělání v sociální oblasti ve třetím stupni na:

- Vyšší odborné škole sociálně pedagogické v Luzernu
 - denní studium 3 roky, dálkové studium 4 roky
 - zaměření dle volby studenta: senioři, závislosti, násilí, postižení, migrace a interkulturalita, nezaměstnanost, bezdomovectví, chudoba
 - počet studentů: 300
 - financování: příspěvky kantonu 11–15 tis. CHF/rok/studenta, školné 2500 CHF/rok
- Vyšší odborné škole pro vzdělávání dětí v Zugu
 - zaměření: mateřské školy, jesle, školní družiny
 - témata: péče o dítě ve školním a předškolním věku, nová média a technologie
 - počet studentů: 32 (nově zřízena, zatím pouze 1 ročník)

Východiskem pro plánování nabídky vzdělávání je stále větší potřeba pracovníků v sociálních službách. Počítá se, že v roce 2050 bude třeba cca 83 tis. pracovníků na plný úvazek (oproti cca 50 tis. v roce 2010). Je třeba také rozšířit nabídku oborů (komunikace, gerontopsychologie, paliativní péče, organizace a plánování, lékařská technika atd.)

Čtvrtek 30. 6.

Rezidence – Am Schärme

Rok založení: 1977

Cílová skupina: senioři, osoby trpící demencí

Poskytované služby: domov pro seniory, denní stacionář, péče o lidi s demencí

Kapacita: 160

Počet zaměstnanců: 150–160, 20 stážistů

Zřizovatel: Nadace Betagtenheim Obwalden

www.schaerme.ch

Nadace Betagtenheim Obwalden vznikla na základě daru od soukromé osoby, jejímž přáním bylo vybudovat bydlení pro seniory. Nadace dostala na 70 let pozemek do bezplatného nájmu (dříve tu stával kapucínský klášter). V letech 1977–79 proběhla výstavba budov domova. Současným úkolem nadace je zřizování domovů pro seniory a jiných forem bydlení pro staré lidi a lidi trpící demencí, organizace vzdělávacích akcí pro rodinné příslušníky, příprava odborných sympozií, podpora spolků a práce s veřejností. V areálu probíhá mnoho kulturních akcí, které připravují specializovaní pracovníci (výlety do okolí, návštěva divadla, koncertu, organizování tanečních zábav, mistrovství v kartách atd.). Součástí areálu jsou 3 obytné budovy pro uživatele, administrativní budova a kostel. Srdcem celého areálu je restaurace, která propojuje domov s okolními obcemi (denně je připravováno 120 obědů pro externí zákazníky).

Největší zájem je o bydlení v samostatných bytech vybavených alarmem pro přivolání pomoci. Tyto byty jsou vybaveny internetem, telefonem, pračkou a sušičkou, je zajišťován pravidelný úklid a jídlo. Další služby jsou poskytovány na základě žádosti uživatele.

Oddělení pro lidi trpící demencí má kapacitu 15 lůžek; klienti bydlí ve dvou odděleních, která mají společné prostory a park s nekonečnou cestou. Je možno využít i denní stacionář. Denní program není přesně stanoven, řídí se potřebami a přáním uživatelů. Imobilní pacienti jsou přestěhováni na oddělení péče.

V zařízení pracuje 150–160 zaměstnanců, z nichž 60 % pracuje v přímé péči. Celkem je v domově 23 profesí. Velký důraz je kladen na další vzdělávání pracovníků (0,9 % ročního obratu je investováno do vzdělání, spolupráce se vzdělávacími institucemi). Personál je proškolen i v oblasti přístupu k uživateli, povzbuzován k empatii a porozumění klientovi. Vzdělávání probíhá i v oblasti metod používaných k práci (kinestetika, bazální stimulace, validace, paliativní péče atd.).

Pro přijetí do domova a následné zařazení na příslušné oddělení je nutný lékařský posudek. Po administrativním vyřízení je stanoveno datum přijetí, veden vstupní rozhovor a určen stupeň poskytování péče a výše příspěvku zdravotní pojišťovny. Vše je zaznamenáváno. Po nástupu uživatele je klient dva týdny pozorován, jsou zkoumány deficity sebeobsluhy a je určen model péče.

Zdravotní pojišťovna provádí pravidelné audity. Dokumentace je vedena elektronicky. Management domova se snaží o propojení dokumentace i s lékaři (každý uživatel si volí svého lékaře, ten pak za uživatelem dochází pravidelně 1x týdně, v naléhavých případech i mimo tuto pravidelnou návštěvu).

Nadace Rütimattli

Rok založení: 1967

Cílová skupina: děti a mládež s psychickým, mentálním

a kombinovaným postižením (4–18 let), dospělí s mentálním a psychickým postižením

Poskytované služby: speciální škola, týdenní stacionář pro děti a mládež s postižením, chráněné bydlení pro dospělé, chráněné dílny

Kapacita: 250

Počet zaměstnanců: 200

Zřizovatel: Nadace Rütimattli

Nadace Gloria (dnes Nadace Rütimattli) byla založena v roce 1967. Jako jediná instituce v kantonu Obwalden se v současné době stará o cca 250 klientů a zaměstnává kolem 200 pracovníků. Cílem organizace je dosažení maximální samostatnosti a integrace jejich klientů. Nadace zřizuje školu, kterou navštěvují děti od 4 do 18 let. Svým žákům poskytuje možnost pobytu v týdenním stacionáři. Děti bydlí ve skupinách v počtu 6–7. Snahou je vytvoření prostředí co nejbližší rodinnému prostředí.

Nadace poskytuje i chráněné bydlení pro mladistvé a dospělé s duševním a kombinovaným postižením 365 dní v roce. Pro mladistvé a dospělé s těžkým stupněm postižení nabízí nadace denní program s adekvátní péčí. Poptávka po chráněném bydlení je velká, dochází však k úbytku dětí ve stacionáři, což je dáno jednak menším počtem narozených postižených dětí, ale především novým zákonem, díky němuž byla umožněna integrace postižených dětí do klasických škol a kolektivů.

Nadace dále zřizuje chráněná pracoviště. Patří mezi ně dílna Hüetli, jejíž nabídka pracovních míst se řídí podle požadavků lokálních firem a podnikatelů (montáž, balicí služba, mechanická práce, úprava). Další chráněná pracovní místa jsou k dispozici v truhlářské dílně, zahradnictví (výpěstky jsou prodávány zákazníkům nebo používány v kuchyni nadace) a dílně Buntentpark (montáž, zásilková služba, kancelářská práce atd.), která zaměstnává lidi s psychickým onemocněním. Výnosy z těchto dílen tvoří 7 % z celkových výnosů nadace.

Pátek 1. 7. 2011

Centrum pro seniory Eichdorf nabídlo své vzdělávací prostory. Na páteční dopoledne bylo připraveno hned několik přednášek zástupců organizací, které se věnují práci se seniory.

Nabídka služeb a jejich plánování v kantonu Luzern

V kantonu Luzern žije 15 000 seniorů. Zhruba 31 % seniorů starších 80 let žije v domovech pro seniory. Cílem kantonu je rozvoj ambulantních služeb, které by umožnily starým lidem zůstat co nejdéle v domácím prostředí.

Pro Senectute kantonu Lucern

Právní forma organizace je nadace. Je organizována celostátně, ale každý kanton má vlastní organizaci. Nadace je politicky a nábožensky neutrální a jejím posláním je zajišťovat sociální péči s důrazem na lidskou důstojnost a práva seniorů. Služby pro seniory a jejich rodiny v kantonu Luzern nabízí více než 90 let. Hlavním důvodem jejího založení byl boj proti chudobě seniorů. V současné době využívá v kantonu Luzern jejích služeb více jak 15 000 seniorů. Hlavním cílem nadace je podpora seniorů k co nejdélšímu setrvání v domácím prostředí.

Nadace je financována ze tří zdrojů:

- platby státu
- platby klientů
- dary (velmi důležitá složka)

V nadaci pracuje 40 zaměstnanců a 1200 dobrovolníků, kteří celkem odpracují 50 000 hodin za rok. Organizace vydává časopis Zenit, který vychází 4x ročně.

Nabídka služeb:

Odborné sociální poradenství

Je zaměřeno na oblasti:

- obtížné životní situace
- problémy se vztahy
- otázky týkající se sociálního zabezpečení
- finanční problémy
- právní záležitosti
- problematika bydlení
- domácí péče, úklid, návštěvy, podpora využití volného času atd.

Pro Senectute má pobočky i v okolních vesnicích, kde poradenství zajišťují většinou dobrovolníci (95 % tvoří ženy). Žádané je zejména finanční poradenství, protože 20 % seniorů se svými příjmy blíží hranici životního minima (vláda vyčlenila cca 1 milion CHF pro pomoc). Služba je zdarma.

Cílová skupina:

- senioři a jejich rodiny

Poradenské centrum pro demenci

Ročně proběhne cca 300 rozhovorů.

poskytuje:

- informace o demenci, projevech a péči o osoby s demencí
- informace o vzdělávacích příležitostech pro laiky i odborníky v této oblasti
- informace o odborné literatuře
- adresy klinik a odborných lékařů specializovaných na vyšetřování demence
- informace o nabídce pomocných služeb
- zprostředkování přístupu do diskusních skupin pro příbuzné
- odpovědi na jakékoli další otázky týkající se demencí (finanční, právní otázky, apod.)

Cílová skupina:

Je určeno pro osoby, které se obávají narůstajících příznaků značících případnou demenci nebo u kterých byl některý z druhů demence diagnostikován, příbuzným lidí s demencí, kteří jsou pod duševním a fyzickým stresem, odborníkům z oboru ošetrovatelství, sociální práce a medicíny, zejména rodinným lékařům.

Program „Když stárnutí připadá těžké“

Je určen pro seniory s psychickými poruchami a depresemi. Program probíhá formou skupinového setkávání.

Daňové poradenství

Důchody jsou zdaněné a každý příjemce důchodu musí podávat daňové přiznání. S jeho vyplněním pomáhají dobrovolníci z řad odborníků. Úhrada za tuto službu je promile ze zdanitelného příjmu plus promile z majetku.

„Služba věrné ruky“

Jedná se o správu financí, hlídání termínů plateb, provádění plateb apod. Službu využívá cca 160 klientů, provádějí ji dobrovolníci s odbornými znalostmi této problematiky. Sazba za službu je 0–4000 CHF v závislosti na majetkových poměrech klienta.

Stravovací služby

Poskytuje rozvoz stravy v Lucernu a jeho okolí. Jedná se o největšího poskytovatele obědů.

Jídla uvařená v kuchyni střediska pro seniory Eichhof se dodávají zchlazená a vakuově balená 3x týdně. Je možnost pronájmu mikrovlnné trouby pro ohřev.

Klienti mají možnost výběru ze 4 menu:

- Denní menu 14,90 CHF
- Středomořské menu / bez dezertu 15, 40 CHF/14,90 CHF
 - Lehká strava
 - Diabetická strava
- Bezmasé menu 14,90 CHF
- Zeleninový talíř 14,90 CHF

Cílová skupina:

- osoby penzijního věku
- osoby se ztrátou soběstačnosti
- osoby se zdravotním postižením/invalidé
- osoby v nemoci a rekonvalescenci
- osoby po nehodě

Pečovatelská služba

Poskytuje následující služby:

- společnost na vycházky mimo domov, nákupy, výlety, dovolenou
- doprovod do banky, na poštu, k lékaři, na společenské akce
- pomoc při pobytu v nemocnici
- pravidelné návštěvy
- jednoduché administrativní práce, například vyřizování e-mailů, psaní dopisů
- pomoc při úklidu v domácnosti
- nákupy
- péče o domácí zvířata a rostliny
- jednoduché práce na zahradě
- jednoduché opravy apod.
- pomoc při stěhování

Hodinová sazba je 35 CHF, za jízdu ke klientovi je připočítáván paušální poplatek 15 CHF. Osobám s nízkými příjmy pomáhají vyřídit příspěvek na úhradu služby.

Cílová skupina:

Služba je určena seniorům nad 60 let, kteří žijí v domácnosti.

Práce vykonávají dobrovolníci, kteří dostávají finanční kompenzaci 15 CHF za hodinu. Musí absolvovat zá-

kladní kurs a mít odborné znalosti a sociální kompetence. Kvalita odváděné práce není organizací nijak kontrolována. Je předpoklad, že si ji hlídají sami klienti. Vše je poskytováno na individuálních požadavcích klientů, kdy je předpokládáno, že klient si sám řekne, pokud chce službu poskytovat jinak.

Sportovní aktivizace

Sportovní aktivity pro seniory jsou pořádány i ve spolupráci s vysokou školou.

Vzdělávací a kulturní aktivity

Pro Senectute nabízí 600 kurzů (jazykové, počítačové atd.), kterých se účastní až 8000 seniorů. Účast na kurzech si hradí klienti, ale kanton přispívá dotacemi.

Organizace dále pořádá odborná sympózia – násilí na seniorech, závislosti seniorů apod. – a připravuje kulturní programy – taneční pro seniory, orchestr seniorů.

Bydlení pro seniory

Nabízí informační poradenství a pomoc:

- dědictví a právní záležitosti, finance a daně, bytové právo, právo užívání atd.
- poradenství v oblasti obnovy a rekonstrukce
- prodej, pronájem bytových, komerčních nemovitostí a stavebních pozemků

Bydlení 50+

Příprava na důchodový věk – úprava bydlení, zaměření na koníčky a zájmy, možnost práce z domova.

Přátelské návštěvy (Společník)

Služba zamezuje izolaci osob, které odešly do důchodu v produktivním věku a potřebují společnost jiných osob. Společník může předčítat, doprovázet na nákupy nebo za službami.

Služba je zdarma.

„Senior ve třídě“

Senior tráví ve školní třídě prvního stupně dvě až čtyři hodiny týdně, vede skupiny, pomáhá, vypráví. Smyslem je vzájemné poznání a porozumění vedoucí k respektu.

„Bydlení za pomoc“

Senioři ubytují studenty, kteří místo platby nájmu pomáhají s domácností.

Kurzy přípravy pro odchod do důchodu

Změna životního stylu, prevence nemocí apod.

Rekreace

Nabídka dovolených pro klienty a jejich rodinné příslušníky nebo asistující osoby

Odborné poradenství pro obce

Odborná pomoc samosprávě v oblasti péče o seniory.

Cíle a úkoly kantonálního svazu CURAVIVA

Organizace byla založena v roce 1994, je politicky a nábožensky nezávislá. Sdružuje 63 institucí, z nichž 2/3 jsou zřizované státem nebo kantonem a 1/3 je soukromých. Celkový počet lůžek těchto zařízení je 4500 (dlouhodobá péče). Od roku 2003 je kolektivním členem CURAVIVA SCHWEIZ. Roční obrat organizace je 333 000 000 EUR (obrat LAK, viz níže, je 125 000 EUR).

Pracuje na 4 platformách:

- LAK (Luzerner Altersheimleiter und -leiterinnen Konferenz): asociace ředitelů domovů pro seniory
- Z-Schweiz (Zentral Schweiz): hledání společných postupů pro kantony Luzern, Nidwalden, Obwalden, Schwyz, Uri, Zug
- Odborná skupina pro oblast péče o seniory
- CURAVIVA Schweiz – spolupráce s celošvýcarskou organizací

Hlavním cílem LAK je:

- podpora členských organizací,
- hájení jejich zájmů vůči veřejnosti, úřadům a politickým institucím,
- nabídka služeb webových stránek, informační letáky k aktuálním tématům, jednání s pojišťovnou, školení, podpora nových členů atd.),
- koordinace a prohloubení spolupráce mezi členy,
- spolupráce s podobnými organizacemi,
- zastoupení v celostátní organizaci i organizaci pracující v rámci centrálního Švýcarska.

Členské příspěvky:

- základní členský příspěvek 600 CHF
- příspěvek za 1 lůžko 18 CHF
- příspěvek za účast na projektech (PR, marketing) 1,50 CHF/lůžko po dobu konání projektu
- příspěvek na ombudsmana v sociálních službách 4 CHF/lůžko

Příklad: celkové roční náklady zařízení s 80 lůžky = 2480 CHF (2060 EUR).

Organizace LAK:

- valná hromada (setkání 2x ročně)
- představenstvo (setkání pravidelně 8x ročně)
- setkání v 5 plánovacích regionech (4x ročně)
- odborné konference
- projektové skupiny
- pracovní skupiny

Jednou z členských organizací je ZAPApplus sdružující vzdělavatele v oblasti sociálních služeb a významně se podílející na rozvoji vzdělání v této oblasti. Asociace je jejím prostřednictvím angažována ve vzdělávacím procesu pracovníků v sociálních službách.

Centrum pro seniory Eichhof

Centrum nabízí bydlení a denní služby seniorům. Součástí komplexu jsou 4 domy. V domech Aquamarin a Diamant se nachází bydlení pro seniory s menší potřebou péče. Seniorům je k dispozici vyškolený personál celých 24 hodin. Jednolůžkové nebo dvoulůžkové pokoje pro manželské páry jsou zařízeny vlastním nábytkem seniorů. V Diamantu má každý pokoj umývadlo a WC, koupelna se nachází na každém patře, v Aquamarinu jsou koupelny v každém pokoji, stejně tak kuchyňský kout. Uživatelé si stanovují svůj denní režim, který může být obohacen společným vařením, zpěvem, vyráběním a hrami. Pravidelně se zde konají koncerty.

Dům Safír je rozdělen do oddělení s jednolůžkovými pokoji, v každém patře je společenská místnost, jídelna, kuchyňka a velká terasa.

V domově Rubín jsou oddělení pro uživatele s větší potřebou péče a dále oddělení pro lidi trpící demencí, oddělení pro paliativní péči a denní stacionář. Jednolůžkové nebo dvoulůžkové pokoje jsou vybaveny nábytkem, který co nejvíce usnadňuje práci ošetřujícímu personálu, ale i sem si uživatelé mohou přinést některé oblíbené osobní věci jako křeslo, obrázky, fotografie atd. V přízemí tohoto domu je klientům i veřejnosti k dispozici restaurace, která se stala oblíbeným místem setkávání pro lidi z okolí. Konají se zde oslavy narozenin, rodinná setkání i svatební hostiny.

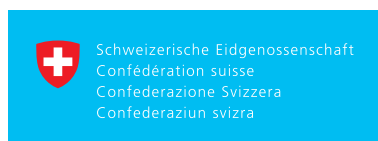
Domy jsou obklopeny velkým parkem, který je rovněž k dispozici lidem z širokého okolí. Jsou tu postaveny dětské prolézačky a zvířecí koutek (kachny, králíci, kozy, ptáci). Proto do parku přicházejí celé rodiny, a stává se tak místem, kde se mládí setkává se stářím. A to je hlavním mottem domova.

Shrnutí

Program celého týdne byl opravdu bohatý. Účastníci absolvovali vždy během dne několik přednášek a exkurzí. Často se rozvinula podnětná diskuze, zkušenosti a nápady se vyměňovaly i během neformálních rozhovorů mezi českými a švýcarskými partnery. Během prohlídek jednotlivých zařízení čeští účastníci zaznamenali mnoho příkladů dobré praxe, které budou moci využít i v českém prostředí.

Das Erbringen von Dienstleistungen der sozialen Pflege für Senioren in der Tschechischen Republik und in der Schweiz: ein internationaler Vergleich

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
Ing. Jiří Horecký, MBA



Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

Gliederung

| | |
|--|-----|
| Einleitung | 81 |
| 1. Finanzierungsquellen von Sozialdienstleistungen für Senioren | 83 |
| 2. Finanzierung von Sozialdienstleistungen für Senioren | 91 |
| 3. Ausstattung der Regionen mit Sozialdienstleistungen für Senioren | 95 |
| 4. Personal in Einrichtungen für Sozialdienstleistungen für Senioren | 101 |
| 5. Qualität der erbrachten Sozialdienstleistungen | 107 |
| 6. Demenz und Sozialdienstleistungen für Senioren | 111 |
| 7. Palliative Care und Sozialdienstleistungen | 113 |
| 8. Sozialdienstleistungen für Senioren und Herausforderungen für die Zukunft | 117 |
| Schluss | 123 |
| Verwendete Literatur | 123 |
| Anhänge | 125 |

Einleitung

Eines der bedeutendsten Instrumente im Rahmen der Bewertung einzelner Systeme des sozialen Schutzes der Bevölkerung sind Erkenntnisse, die im Rahmen internationaler Vergleiche ihrer Schwerpunktelemente gewonnen werden. Die Regelung der Bedingungen der Ansprüche auf einzelne Sozialleistungen und Sozialdienstleistungen liegen in der hoheitlichen Kompetenz der einzelnen EU-Mitgliedstaaten und im Zusammenhang mit der sog. offenen Koordinierungsmethode werden insbesondere sog. Fälle der guten Praxis verwendet, mittels derer es zur Entwicklung der Sozialsysteme in den einzelnen Ländern kommt.

Der Verband der Träger sozialer Einrichtungen der Tschechischen Republik widmet sich in seiner Tätigkeit bereits längere Zeit dem Vergleich von Sozialdienstleistungssystemen in einzelnen Ländern. In den vergangenen Jahren wurde dem internationalen Vergleich der Kernelemente des Sozialdienstleistungssystems in Österreich und auf Island Aufmerksamkeit gewidmet.

An diese Erkenntnisse knüpft auch diese Studie an, deren Erstellung im Rahmen des Schweizer Erweiterungsbeitrags unterstützt wird. In Zusammenarbeit mit der schweizerischen Organisation CURAVIVA wurde eine Reihe bedeutender Veranstaltungen realisiert. Der vorgelegte Vergleich des Systems der Sozialdienstleistungen für Senioren versucht, die Vorzüge und Unzulänglichkeiten der Kernelemente des Systems der Sozialdienstleistungen in beiden Ländern zu ermitteln.

1. Finanzierungsquellen von Sozialdienstleistungen für Senioren

Im Bereich der Quellen für die Finanzierung von Sozialdienstleistungen für Senioren gibt es zwischen der Tschechischen Republik und der Schweiz **große Unterschiede, die ein Abbild der langfristig unterschiedlichen Organisation der Sozial- und Gesundheitssysteme in beiden Ländern sind**. Während die Sozialsysteme in der Tschechischen Republik seit 1995 neu konzipiert werden und z. B. das Gesetz über Sozialdienstleistungen erst 2007 in Kraft trat, haben die schweizerischen Systeme eine langfristige Tradition, die nicht durch politische Veränderungen unterbrochen wurde – die schweizerische Alters- und Hinterbliebenenversicherung entstand 1925, die Invalidenversicherung existiert zwar seit 1960, ihre Entstehung geht aber ebenso auf das Jahr 1925 zurück, als die schweizerischen Wähler einem Verfassungsartikel zur Schaffung einer Renten- und einer Invalidenversicherung zustimmten.

Die Gesundheitsfürsorge wird in der Schweiz aus dem System der Krankenversicherung finanziert, die Fürsorge erbringen auf gemeinnütziger Basis insgesamt 94 Versicherer, die für den Fall der Insolvenz versichert sind. Im Fall, dass ein Versicherer insolvent wird, trägt die Kosten der Fürsorge eine sog. Gemeinsame Einrichtung. Es handelt sich um einen Fall einer sog. „**Superversicherung**“, die im tschechischen Sozialsystem (sowohl im Bereich der Finanzierung der Gesundheitsfürsorge, als auch im Bereich der Rentenzusatzversicherung) bislang nicht eingeführt ist. Aus diesem Titel lässt sich konstatieren, dass die Ansprüche der schweizerischen Versicherer, **die ihnen aus dem Titel der Krankenversicherung entstehen, besser geschützt sind**.

Im Rahmen des tschechischen Systems der sozialen Sicherung der Bevölkerung sind die Systeme der Krankengeld- und der Krankenversicherung getrennt konzipiert. Das System der Krankengeldversicherung liegt in der Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit und Soziales, das System der Krankenversicherung in der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums. Obgleich Arbeitgeber, Arbeitnehmer wie Selbständige in beide Systeme Versicherungsbeitrag einzahlen, ist das System der Krankengeldversicherung immer noch Bestandteil des Staatshaushalts (der Versicherungsbeitrag zur Krankengeldversicherung ist eine Einnahme des Staatshaushalts und alle Krankengeldleistungen werden aus dem Staatshaushalt finanziert). Die Kosten zur Gesundheitsfürsorge werden aus dem System der öffentlichen Krankenversicherung finanziert, die vom Staatshaushalt getrennt ist. Das System wird mittels der Allgemeinen Krankenversicherung und mehrerer weiterer Branchen-, Ressort- und Krankenversicherungsgesellschaften verwaltet. Die Höhe der Versicherungstarife zur Krankenversicherung ist ebenso wie eine Reihe weiterer Bedingungen des Erbringens von Gesundheitsfürsorge per Gesetz, bzw. durch untergesetzliche Rechtsnormen festgelegt und die Krankenversicherungen haben keine Möglichkeit, sie in irgendeiner Weise zu beeinflussen. Aus dieser Sicht hat der Versicherungsbeitrag zur Krankenversicherung den Charakter einer Gesundheitssteuer.

Das schweizerische Altersversicherungssystem basiert auf drei Grundpfeilern:

Den **ersten Pfeiler** stellt die sog. staatliche Vorsorge dar und er besteht aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung (sog. AHV) und der Versicherung für den Invaliditätsfall. Es handelt sich um ein obligatorisches System, dessen Ziel dieser Versicherung es gemeinsam mit den sog. Ergänzungsleistungen ist, die grundlegenden Existenzbedürfnisse von Personen abzudecken, also zumindest teilweise einen sinkenden oder fehlenden Verdienst aufgrund des Alters oder des Ablebens zu ersetzen. Die im Rahmen dieses Pfeilers gewährten Leistungen werden durch das fortlaufende Finanzierungssystem im Rahmen der sog. Solidarität zwischen den Generationen finanziert. Gleichzeitig werden in diesem System auch Elemente der Solidarität der Besserverdienenden mit den Geringverdienenden („der Reichen mit den Armen“) geltend gemacht, Bürger mit hohem Einkommen entrichten höhere Beiträge, als es zur Finanzierung ihrer Rente notwendig wäre.

An der Rentenfinanzierung im Rahmen der AHV beteiligen sich Arbeitgeber, Versicherte wie der Bund; **seit dem 1. 1. 1999 steuert der Staat zur Finanzierung der Alters- und Hinterlassenenversicherung einen Teil der Mehrwertsteuer bei.**

Organisatorisch ist das System der AHV analog wie in der Tschechischen Republik sichergestellt, das Bundesamt für Sozialversicherung in Genf nimmt zentrale Aufgaben wahr, für die Durchführung und den direkten Kontakt mit den Versicherten und den Arbeitgebern sind die sog. Ausgleichsstellen der einzelnen Verbände, Kantone und des Bundes und deren Zweigstellen zuständig.

Die Renten im Rahmen der AHV werden entsprechend der Entwicklung der Löhne und Preise mit Hilfe des sog. Mischindex angepasst, der durch das Staatssekretariat für Wirtschaft festgelegt wird.

Neben den Leistungen aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung werden **aus der AHV** auch weitere Leistungen **ausgezahlt**, wie z. B. **Beiträge an Hilfsmittel** (Hörgeräte, Lupenbrillen) **und Beiträge an die sog. Spitex¹ und weitere gemeinnützige Institutionen**, die Menschen im Alter behilflich sind (z. B. Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz). Diese Maßnahmen werden im tschechischen Sozialsystem im Rahmen des Sozialhilfesystems gelöst.

Den zweiten Pfeiler stellt die sog. berufliche Vorsorge dar, deren Ziel die Sicherstellung des Fortsetzens der gewohnten Lebensweise ist. Es handelt sich ebenfalls um ein **obligatorisches System**, in dessen Rahmen das Prinzip der Kapitalfinanzierung geltend gemacht wird.

Der dritte Pfeiler ist ein freiwilliger Pfeiler, diesen stellen individuelle private Maßnahmen (Sparen) dar; es wird ebenfalls das Prinzip der Kapitalfinanzierung geltend gemacht.

Das **tschechische Rentensystem** basiert ebenfalls auf drei Grundpfeilern:

Der erste Pfeiler ist ein obligatorisches System, aus dem Alters-, Invaliden- (einschließlich Teilinvaliden-) und Hinterlassenen- (Witwen-, Witwer- und Waisen-) Renten ausgezahlt werden. Das System wird aus dem Versicherungsbeitrag finanziert, den Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Selbständige zahlen. Alle Renten werden auf kontinuierliche Weise auf der Grundlage der Generationensolidarität finanziert. In der Rentenberechnung wird ebenfalls das Prinzip der Solidarität der Besserverdienenden mit geringverdienenden Personengruppen geltend gemacht.

Die Renten werden zentral aus Prag mittels der Tschechischen Sozialversicherungsverwaltung ausgezahlt, der Kundenkontakt wird mittels der Kreisverwaltungen gewährleistet.

Die Renten werden nach dem Verbraucherpreisindex angepasst, wobei ebenfalls 1/3 des Anstiegs des Durchschnittslohns berücksichtigt wird².

¹ Es handelt sich um Dienstleistungen (gemeinnützige oder kommerzielle), die soziale Betreuung und Gesundheitsfürsorge für Rentner und Personen mit einer Behinderung in deren häuslicher Umgebung erbringen. In den schweizerischen Realien ist es praktisch ein Synonym für ambulante Betreuungs- und Pflegedienste.

² In den vergangenen Wochen entschied die Regierung darüber, dass der Verbraucherpreisindex im Rahmen der Sparmaßnahmen bei der Rentenerhöhung ab 2013 lediglich zu 1/3 berücksichtigt wird.

Der zweite Pfeiler des tschechischen Rentensystems wurde erst ausgangs 2011 legislativ geregelt und beginnt ab 2013 zu funktionieren. Er ist als freiwilliges System konzipiert, in dessen Rahmen das Prinzip der Kapitalfinanzierung geltend gemacht wird.

Der dritte Pfeiler ist ein freiwilliger Pfeiler, der durch den Staat direkt durch das Gewähren eines staatlichen Beitrags und indirekt mittels Abzug von der Besteuerungsgrundlage der Einkommenssteuer natürlicher Personen gefördert wird. In seinem Rahmen wird das Prinzip der Kapitalfinanzierung geltend gemacht. Ab 2013 kommt es auch in diesem System zu einer Reihe von Veränderungen, von denen zu den bedeutendsten die Tatsache gehört, dass die Rentenfonds eine Aufwertung der eingezahlten Finanzmittel garantieren müssen.

Einen Anspruch auf **Altersrente in der Schweiz** erlangt eine Frau mit 64 Lebensjahren und ein Mann mit 65 Lebensjahren, wobei sie ein bis zwei Jahre früher, bzw. bis zu fünf Jahre später in Rente gehen können. Die Senkung oder Erhöhung der Rente wird dabei nach versicherungsmathematischen Methoden kalkuliert.

Die Höhe der Rente hängt von zwei Faktoren ab: von der Anzahl der sog. anrechenbaren (abgeleiteten) Jahre und von der Höhe des sog. maßgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens. Eine volle Altersrente erhält derjenige, der ab dem 20. Lebensjahr ununterbrochen Beiträge in die AHV eingezahlt hat. Wenn die Beiträge nicht ununterbrochen gezahlt wurden oder wenn einer Person ganze Jahre fehlen, entstehen sog. Beitragslücken und die Person erhält so lediglich eine Teilaltersrente, wobei jedes fehlende Beitragsjahr in der Regel zu einer Senkung der Rente um mindestens 2,3 % führt. Die Höhe der Altersrente ist beschränkt, sie kann maximal zweimal höher sein, als es die Minimalrenten sind.

Neben dem bewerteten Einkommensdurchschnitt der Versicherten **beeinflusst die Rentenhöhe ebenso der Durchschnitt der Erziehungs- und der Betreuungsgutschriften.**

Die Erziehungsgutschriften sind keine direkten Geldleistungen, sondern es handelt sich um Zuschläge zum Erwerbseinkommen, die erst bei der Rentenberechnung berücksichtigt werden. Einen Anspruch auf Erziehungsgutschriften haben Altersrentner für jedes Jahr, in dem sie Kinder unter 16 Jahren erzogen haben. Die Erziehungsgutschriften betragen das Dreifache der jährlichen Minimalrente zur Zeit des Beginns des Anspruchs. Bei verheirateten Personen wird die Gutschrift während der Dauer der Ehe stets zur Hälfte auf beide Ehepartner aufgeteilt.

Auch die Betreuungsgutschriften sind keine direkten Geldleistungen. Es handelt sich um Zuschläge zum Erwerbseinkommen, auf die eine Person Anspruch hat, die einen pflegebedürftigen Verwandten betreut.

Die gegenwärtige **Regelung des tschechischen Rentensystems** begann in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu entstehen, als schrittweise einzelne Reformschritte gebilligt wurden, die 1995 mit der Billigung des Rentenversicherungsgesetzes, das am 1. Januar 1996 wirksam wurde, abgeschlossen wurde.

Das Grundsystem der Rentenversicherung beruht in der Tschechischen Republik auf diesen Prinzipien:

- soziale Solidarität,
- durchgehende Finanzierung,
- das System ist für alle wirtschaftlich aktiven Personen obligatorisch,
- das System gewährt Einkommensersatz im Fall von Alter (Altersrente), Invalidität (Invalidenrente) und des Ablebens des Ernährers (Witwen-, Witwer- und Waisenrente),
- das System ist leistungsabhängig definiert – die Konstruktion der Rentenberechnung besteht aus zwei Komponenten:
 - die erste Komponente bildet die Grundbemessung, die für alle Rentenarten gleich ist,
 - die zweite Komponente bildet die prozentuale Bemessung, deren Höhe nach der Versicherungsdauer und der im ausschlaggebenden Zeitraum vor der Zuerkennung der Rente erreichten Einkommenshöhe unterschiedlich ist,
- das System beinhaltet keinerlei Beschränkungen der Rentenhöhe, die durch einen Fixbetrag oder durch Prozente festgelegt wird, und zwar auch nicht im Fall eines Anspruchs auf Hinterlassenenleistungen für einen Verstorbenen,

- das System ist einheitlich, was auch für Ausländer aus Drittländern gilt, denen bei Erfüllung derselben Bedingungen dieselben Ansprüche aus der Rentengrundversicherung entstehen wie den übrigen Versicherten,
- das System ist dynamisch (eine Reihe von Konstruktionselementen der Rentenberechnung wird alljährlich unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung angepasst, und zwar einschließlich des Indexierens der Bemessungsgrundlagen).

Für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs muss ein Bürger zwei Grundbedingungen erfüllen:

- die erforderliche Versicherungsdauer erreichen,
- die Altersgrenze für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs erreichen.

Die erforderliche Versicherungsdauer für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs steigt in den letzten Jahren regelmäßig jedes Jahr an. Im Jahr 2012 muss jeder Bürger mindestens 28 Versicherungsjahre erreichen, wobei die Zieldauer gegenwärtig auf 35 Jahre festgelegt ist, welche die Bürger im Jahr 2018 erreichen sollten.

Die Altersgrenze für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs steigt seit 1996 alljährlich um 2 Monate bei Männern und um 4 Monate bei Frauen, im Jahr 2012 hat ein Mann bei Erreichen eines Alters von 62 Jahren und 10 Monaten einen Altersrentenanspruch und eine Frau, die 2 Kinder erzogen hat, bei Erreichen von 60 Jahren und 8 Monaten. Diese Grenzen werden in den kommenden Jahren alljährlich um 2 Monate bei Männern und um 2–4 Monate bei Frauen erhöht, wobei keine Grenze festgelegt ist, wo diese Erhöhung beendet sein wird. In diesem Sinne ist die Tschechische Republik gegenwärtig das einzige Land, das **langfristig keine feste Altersgrenze für die Entstehung eines Rentenanspruchs festgelegt hat**³.

Vorzeitig in Rente gehen kann man bis zu 3 Jahre früher, sofern das Rentenalter unter 63 Jahren liegt. In Zukunft wird eine Person bis zu 5 Jahre den dem Fall früher in Rente gehen können, wo sie das Alter von 60 Jahren erreicht hat und ihre Altersgrenze für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs mindestens 63 Jahre betragen wird.

Die Höhe der prozentualen Rentenkomponente sinkt:

- um 0,9% der sog. Bemessungsgrundlage für jede angebrochenen 90 Kalendertage in einem Fall, wo eine Person maximal 1 Jahr vor Entstehung ihres Altersrentenanspruchs in Rente gegangen ist,
- um 1,2% dieser Bemessungsgrundlage für jede angebrochenen 90 Kalendertage in einem Fall, wo eine Person 1 – 2 Jahre vor Entstehung ihres Altersrentenanspruchs in Rente gegangen ist,
- um 1,5% dieser Bemessungsgrundlage für jede angebrochenen 90 Kalendertage in einem Fall, wo eine Person früher als 2 Jahre vor Entstehung ihres Altersrentenanspruchs in Rente gegangen ist.

In der Mehrzahl der Fälle kommt es jedoch heute dazu, dass eine Person nach Entstehung des Altersrentenanspruchs bei parallelem Beziehen der Altersrente in voller Höhe weiterarbeitet. Die Höhe der prozentualen Bemessung der Altersrente steigt in diesem Fall um 0,4% der Bemessungsgrundlage pro Jahr dieser wirtschaftlichen Aktivität. Sofern ein Bürger nach Entstehung des Altersrentenanspruchs weiterarbeitet und dabei keine Altersrente bezieht, steigt die prozentuale Bemessung der Altersrente um 1,5% für jede 90 Kalendertage dieser wirtschaftlichen Tätigkeit.

Im tschechischen Rentensystem wird nicht das Prinzip von Erziehungs- und Betreuungsgutschriften geltend gemacht; **die Betreuung eines Kindes wie eines betagten oder behinderten Bürgers hat den Status sog. Ersatzzeiten**, die auf die gesamte Versicherungszeit angerechnet werden.

Die Hinterlassenenrente in der Schweiz soll nach dem Tod eines Ehepartners oder eines Elternteils verhindern, dass die Hinterbliebenen in finanzielle Not geraten. Analog wie in der Tschechischen Republik werden drei Arten von Hinterlassenenrenten gewährt: Witwen-, Witwer- und Waisenrenten.

³ Die ausführliche Entwicklung der Grenze für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs ist in Anhang Nr. 1 angeführt. Sofern es in Zukunft nicht zu einer Änderung dieser Bestimmung käme, erhalten Kinder, die im Jahr 2175 geboren werden, einen Altersrentenanspruch beim Erreichen von 100 Jahren.

Verheiratete Frauen, deren Ehemann gestorben ist, haben einen Anspruch auf Witwenrente, sofern sie im Moment der Verwitwung ein oder mehrere Kinder haben oder im Moment der Verwitwung das 45. Lebensjahr erreicht haben und mindestens 5 Jahre verheiratet waren. Sofern Frauen mehrmals verheiratet waren, werden die Ehejahre addiert.

Im Unterschied zur Tschechischen Republik **haben einen Anspruch auf Witwenrente auch geschiedene Frauen**, deren ehemaliger Mann gestorben ist, sofern sie Kinder haben und wenn die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre dauerte, oder wenn sie zum Zeitpunkt der Scheidung älter als 45 Jahre waren und wenn die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre dauerte, oder in einem Fall, wo das jüngste Kind das Alter von 18 Jahren erst erreicht, nachdem die geschiedene Mutter das Alter von 45 Jahren erreicht. Geschiedene Frauen, die keine dieser Voraussetzungen erfüllen, haben bis zum 18. Lebensjahr des jüngsten Kindes einen Witwenrentenanspruch.

Verheiratete und geschiedene Männer, deren Ehefrau gestorben ist, erhalten Witwenrente, sofern sie aus dieser Ehe Kinder haben, die jünger als 18 Jahre sind. Sobald das jüngste Kind das Alter von 18 Jahren erreicht, erlischt der Witwenrentenanspruch automatisch.

Die Höhe von Hinterlassenenrenten wird auf der Grundlage der Versicherungsdauer und der Höhe des Durchschnittseinkommens der verstorbenen Person festgelegt. Sofern eine Person vor dem 45. Lebensjahr gestorben ist, **wird ein sog. Karrierezuschlag** gewährt. Im Unterschied zur Tschechischen Republik wird in einem Fall, wo der Hinterbliebene einen Anspruch sowohl auf Alters-, als auch auf Hinterlassenenrente hat, lediglich die höhere dieser Renten ausgezahlt.

Hinterlassenenrenten werden Witwen und Witwern in der Tschechischen Republik für die Zeit eines Jahres nach dem Tod des Partners ausgezahlt, danach in einem Fall, wo

- sie ein unversorgtes Kind betreuen,
- sie ein Kind, einen Elternteil oder die Eltern des verstorbenen Ehepartners in dem Fall betreuen, dass diese Empfänger eines Betreuungsbeitrags der II., III. oder IV. Stufe sind,
- sie Empfänger von Invalidenrente des III. Grades sind,
- oder sie mindestens ein 4 Jahre niedrigeres Alters erreicht haben, als das Rentenalter für den Mann im gegebenen Jahr beträgt (d. h. im Jahr 2012 ein Alter von 58 Jahren und 10 Monaten erreicht haben).

Die Invalidenversicherung in der Schweiz ist für alle in der Schweiz lebenden und erwerbstätigen Personen obligatorisch. Invalidität ist in der Schweiz als Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise Unfähigkeit, im bisherigen Wirkungsbereich wegen physischer oder geistiger Gesundheitsprobleme tätig zu sein, definiert, wobei diese Unfähigkeit bleibend sein oder mindestens ein Jahr andauern muss.

Hauptziel der Invalidenversicherung ist die Unterstützung von Menschen mit einer Behinderung, so dass sie in der Lage sind, den Lebensunterhalt ganz oder teilweise mit eigenen Kräften zu bestreiten und ein möglichst unabhängiges Leben zu führen. Aus dieser Sicht legt die Invalidenversicherung **Augenmerk auf Maßnahmen der sog. Frühintervention**, also auf die Realisierung solcher Maßnahmen, die durch gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz verursachten Problemen vorbeugt. Dasselbe Augenmerk wird ebenfalls auf die Umsetzung solcher Maßnahmen gelegt, die zu einer Wiedereingliederung Behinderter in die Gesellschaft führen. Invalidenrente wird lediglich dann zuerkannt, sofern diese Eingliederungsmaßnahmen nicht gänzlich oder nicht im erwarteten Umfang erfolgreich waren.

Im Unterschied zur Tschechischen Republik **muss ein Leistungen der Invalidenversicherung beziehender Versicherter in der Schweiz weiterhin bis zum Erreichen der Altersgrenze für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs Beiträge zur AHV**, zur Invalidenversicherung und zur Erwerbsersatzversicherung zahlen. Sofern ein Invalidenrentner kein Erwerbseinkommen hat, muss er sich bei der sog. kantonalen Ausgleichskasse seines Wohnsitzes melden, so dass auch weiterhin die Beitragspflicht in diese Systeme erfüllt wird. Sofern er dies nicht tut, entsteht das Risiko einer sog. Beitragslücke und seine künftige Alters- und Hinterlassenenrente kann geschmälert werden.

Der Grad der Invalidität wird in der Schweiz **differenziert für Erwerbstätige, für Nichterwerbstätige und für teilweise Erwerbstätige festgelegt.**

Bei Erwerbstätigen wird der Invaliditätsgrad mit Hilfe eines Einkommensvergleichs festgelegt. Das Einkommen, das ohne einen Gesundheitsschaden erreicht werden könnte, wird mit dem Verdienst verglichen, der bei einem Gesundheitsschaden und der Einleitung von Eingliederungsmaßnahmen erzielt werden könnte, ungeachtet dessen, ob es tatsächlich erzielt wird. Auf diese Weise wird ermittelt, welches der durch die Invalidität verursachte Verlust ist. Durch seinen prozentualen Ausdruck erhält man den Invaliditätsgrad⁴.

Bei Nichterwerbstätigen wird der Invaliditätsgrad mit Hilfe eines Betätigungsvergleichs bewertet, wo Fachleute aus der Invalidenversicherung an Ort und Stelle ermitteln, in welchem Maße ein Gesundheitsschaden den bisherigen Tätigkeitsbereich, also z. B. Arbeit im Haushalt, beeinflusst.

Bei teilweise Erwerbstätigen beurteilt die Invalidenversicherungsstelle den Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen: sowohl im Berufsleben, mit Hilfe der Ermittlung der Erwerbseinbuße, als auch im bisherigen Aufgabenbereich durch einen Betätigungsvergleich.

Für die Berechnung der Höhe der Invalidenrente wird dasselbe System verwendet wie bei AHV-Renten; die Höhe der Rente hängt von der Gesamtdauer der Versicherung und von der Höhe des Durchschnittseinkommens ab. Die konkrete Rentenhöhe legt der Invaliditätsgrad fest. Im Unterschied zur Tschechischen Republik werden in der Schweiz **Invalidenrenten in vier Graden** ausbezahlt:

- wenn der Invaliditätsgrad über 40 % liegt, steht dem Bürger eine Viertelrente zu,
- wenn der Invaliditätsgrad über 50 % liegt, steht dem Bürger eine halbe Rente zu,
- wenn der Invaliditätsgrad über 60 % liegt, steht dem Bürger eine Dreiviertelrente zu,
- wenn der Invaliditätsgrad über 70 % liegt, steht dem Bürger eine Rente in voller Höhe zu.

Ein Anspruch auf Invalidenrente entsteht nach Ablauf einer einjährigen Wartezeit, wobei die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit des Bürgers während dieses Jahres mindestens 40 % betragen muss, und nach Ablauf dieser Frist muss diese Arbeitsunfähigkeit auch weiterhin mindestens im gleichen Ausmaß vorliegen.

Die Invalidenversicherung in der Schweiz unterscheidet zwischen Arbeitsunfähigkeit eines Bürgers und seiner Erwerbsunfähigkeit. Arbeitsunfähig ist eine Person, die wegen gesundheitlicher Probleme im bisherigen Beruf oder im bisherigen Aufgabenbereich nicht weiter tätig sein kann (sog. Berufsinvalidität). Den Grad ihrer Arbeitsunfähigkeit legt ein Arzt fest. Demgegenüber ist ein Bürger erwerbsunfähig, der wegen gesundheitlicher Probleme auf dem gesamten Arbeitsmarkt keine Arbeitstätigkeit ausüben kann. Den Invaliditätsgrad legt in diesem Fall die zuständige Invalidenversicherungsstelle fest. Ein Anspruch auf Invalidenrente erlischt, sofern die Bedingungen für ihre Auszahlung nicht weiter erfüllt sind, spätestens in dem Moment, wo ein Invalidenrentner die Altersgrenze für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs erreicht.

Invalidenrenten sollten im Grunde den Existenzbedarf einer Person mit Behinderung decken. Sofern dies nicht ausreicht, kann einem Empfänger von Invalidenrente sog. Ergänzungsleistungen beantragen, was Leistungen sind, die den fehlenden Betrag zwischen den tatsächlichen Einkünften und der festgelegten Einkommensgrenze, dem sog. Existenzminimum sind.

In der Tschechischen Republik ist die Invalidenversicherung kein eigenständiger Bestandteil des Sozialversicherungssystems, sondern ist Bestandteil des Rentenversicherungssystems. Die Bedingungen für die Zuerkennung von Invalidenrenten werden seit Beginn der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wiederholt angepasst (verschärft). Derzeit erlangt derjenige Versicherte einen Anspruch auf Invalidenrente, bei dem aufgrund eines langfristig ungünstigen Gesundheitszustands ein Rückgang seiner Arbeitsfähigkeit mindes-

⁴ Wenn z. B. ein Handwerker seinen Beruf wegen eines Rückenleidens aufgeben musste, er lediglich leichtere Arbeit erhält, bei der er viel weniger verdient, wird der Invaliditätsgrad folgendermaßen berechnet:

| | |
|---|------------|
| Einkommen als gelernter Handwerker: | 50 000 CHF |
| Zumutbares Einkommen bei leichter Arbeit: | 22 000 CHF |
| Differenz: | 28 000 CHF |

Die Erwerbseinbuße in Höhe von 28 000 CHF entspricht 56 %. Der Invaliditätsgrad des Handwerkers beträgt also 56 %, was zur Zuerkennung einer halben Invalidenrente führt.

tens um 35 % eingetreten ist. Im Unterschied zur Schweiz wird der **Invaliditätsgrad** nicht differenziert in Abhängigkeit von der Erwerbsfähigkeit eines Menschen, sondern **universal, ohne Bindung an seine wirtschaftliche Aktivität und den Typ der ausgeübten Tätigkeit festgelegt**.

Invalidenrenten sind in der Tschechischen Republik lediglich **in drei Grade gegliedert**:

- wenn die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten mindestens um 35 % und höchstens um 49 % sinkt, handelt es sich um Invalidität ersten Grades,
- wenn die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten mindestens um 50 % und höchstens um 69 % sinkt, handelt es sich um Invalidität zweiten Grades,
- wenn die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten mindestens um 70 % sinkt, handelt es sich um Invalidität dritten Grades.

Unter Arbeitsfähigkeit wird dabei die Fähigkeit eines Versicherten verstanden, eine solche Erwerbstätigkeit auszuüben, die seinen körperlichen, sinnlichen und geistigen Fähigkeiten entspricht, unter Berücksichtigung der erreichten Ausbildung, der Erfahrungen und Kenntnisse sowie der vorherigen Erwerbstätigkeiten. Unter Rückgang der Arbeitsfähigkeit wird ein Rückgang der Fähigkeit verstanden, eine Erwerbstätigkeit infolge einer Einschränkung körperlicher, sinnlicher und geistiger Fähigkeiten im Vergleich zu dem Zustand auszuüben, der beim Versicherten vor Entstehung eines langfristig ungünstigen Gesundheitszustands bestand. Bei der Festlegung des Rückgangs der Arbeitsfähigkeit wird dabei vom Gesundheitszustand eines Versicherten ausgegangen, der die Ergebnisse der Funktionsuntersuchungen belegt, wobei in Betracht gezogen wird:

- ob es sich um eine Behinderung handelt, die die Arbeitsfähigkeit bleibend beeinflusst,
- ob es sich um einen stabilisierten Gesundheitszustand handelt,
- ob und wie der Versicherte an seine Behinderung adaptiert ist,
- die Fähigkeit einer Umschulung des Versicherten auf eine andere Art von Erwerbstätigkeit, als er bislang ausgeübt hat,
- die Fähigkeit der Nutzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit im Fall eines Rückgangs der Arbeitsfähigkeit mindestens um 35 % und höchstens um 69 %,
- im Fall eines Rückgangs der Arbeitsfähigkeit mindestens um 70 % auch, ob der Versicherte zu einer Erwerbstätigkeit unter völlig außerordentlichen Bedingungen in der Lage ist.

Invalidenrente wird analog wie Altersrente berechnet. Die Höhe des Grades an sozialer Solidarität, die sich in einer hohen Reduktion der Einkommen äußert, gewährleistet, dass die Höhe der Invalidenrente der überwiegenden Mehrzahl der Empfänger von Invalidenrenten ermöglicht, ihren grundlegenden Lebensbedarf oberhalb des Niveaus des Existenzminimums zu bestreiten. Zwischen diesen Kategorien ist jedoch keine gesetzliche Bindung festgelegt. Im Fall, dass das Einkommen eines Empfängers von Invalidenrente geringer als das Existenzminimum ist, kann man Leistungen im Rahmen des Systems der materiellen Nothilfe beantragen.

Aus dem System der Invalidenversicherung wird **in der Schweiz** ebenfalls eine **Hilflosenentschädigung** ausgezahlt. Diese Entschädigung steht einer Person zu, die bei alltäglichen Verrichtungen, wie Ankleiden, Aufstehen, Absitzen, Essen, Körperpflege, die Hilfe einer anderen Person benötigt und die so im Sinne der Invalidenversicherung „hilflos“ ist. Als hilflos werden auch volljährige Versicherte betrachtet, die im praktischen Leben auf ständige Hilfe angewiesen sind und zu Hause wohnen. Je nach Ausmaß der Hilflosigkeit werden drei Schweregrade – **leichte, mittlere und schwere Hilflosigkeit** – unterschieden. Ein Anspruch auf Hilflosenentschädigung kann bereits nach der Geburt entstehen und endet mit dem Tod einer Person. Nach dem Erreichen des Alters für die Entstehung eines Altersrentenanspruchs wird diese Entschädigung im Rahmen der Altersrente gewährt.

Eine analoge Lösung dieser sozialen Situation **ist in der Tschechischen Republik die Gewährung von Betreuungsgeld**. Betreuungsgeld wird Personen gewährt, die aufgrund eines langfristig ungünstigen Gesundheitszustands die Hilfe einer anderen natürlichen Person bei der Versorgung der eigenen Person und

bei der Sicherstellung der Eigenständigkeit benötigt. Bei der Beurteilung des Abhängigkeitsgrades wird die Fähigkeit bewertet, diese grundlegenden Lebensbedürfnisse zu bewältigen:

- Mobilität,
- Orientierung,
- Kommunikation,
- Verpflegung,
- Ankleiden und Schuhe anziehen,
- Körperpflege,
- Ausübung physiologischer Bedürfnisse,
- Gesundheitsfürsorge,
- Persönliche Aktivitäten,
- Versorgung des Haushalts.

Es handelt sich also um Kriterien, die nach dem sog. Katz-Index Aktivitäten eines unabhängigen Lebens sind, der in einer Reihe europäischer Länder auch für die Bewertung des Abhängigkeitsgrades genutzt wird.

Neben den aus der AHV und aus der Invalidenversicherung gewährten Leistungen werden **in der Schweiz sog. Ergänzungsleistungen gewährt**. Es handelt sich um Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht und die Personen gewährt werden, deren Rente oder Einkommen es ihnen nicht ermöglicht, ihre minimalen Lebenskosten zu decken. Diese Leistungen werden durch die einzelnen Kantone gewährt, und zwar entweder regelmäßig monatlich oder je nach Bedarf zur Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Auf diese Leistungen haben Personen einen Anspruch, die einen Anspruch auf Alters- oder Hinterlassenenrente, auf Invalidenrente oder nach Erreichen von 18 Jahren auf Hilflosenentschädigung haben, die den Wohnsitz oder den tatsächlichen Aufenthalt in der Schweiz haben und Bürger der Schweiz sind. Ergänzungsleistungen können auch Ausländer erhalten, die mindestens sechs Jahre in der Schweiz leben. Für Flüchtlinge oder Staatenlose beträgt diese Zeit fünf Jahre. Bürger von EU-Staaten, für die das Personenfreizügigkeitsabkommen gilt, müssen meist keine Wartezeit erfüllen.

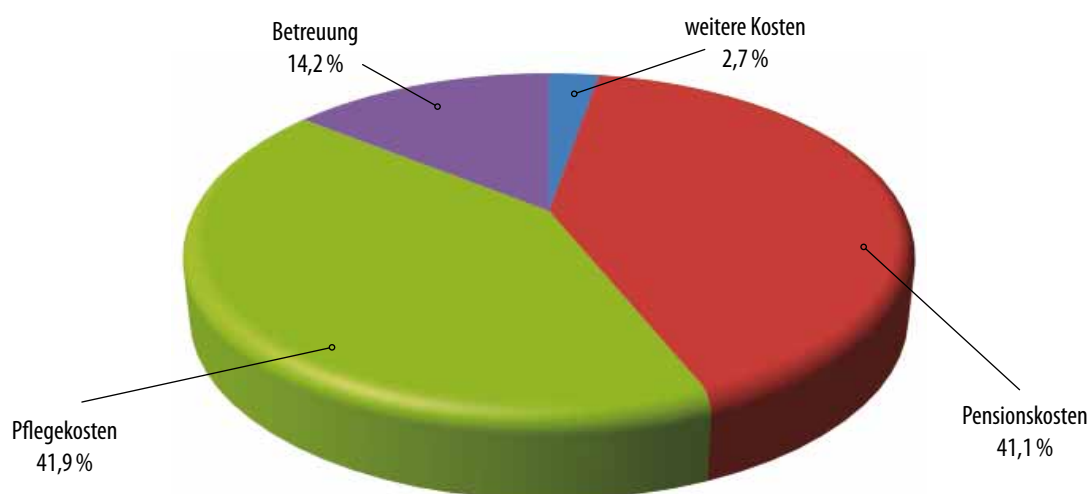
Die jährliche Höhe der Ergänzungsleistungen entspricht der Differenz zwischen den anerkannten Ausgaben und den sog. anrechenbaren Einkommen. Ihre Höhe hängt dabei davon ab, ob die Personen zu Hause leben oder in Heimen wohnen. Bei Ehepaaren, wo mindestens einer der Partner in einem Heim, beziehungsweise in einem Spital lebt, werden die jährlichen Ergänzungsleistungen für jeden der Partner einzeln berechnet.

Ein gewisses **Äquivalent** dieser Leistungen **in der Tschechischen Republik** sind die **im Rahmen des Systems der materiellen Nothilfe gewährten Leistungen, bzw. die Leistungen für Behinderte**. Während die aus dem System der materiellen Nothilfe gewährten Leistungen in der Regel auf der Grundlage der Beurteilung der gesamten sozialen und Einkommensverhältnisse einzelner Antragsteller und der Mitglieder ihrer Haushalte gewährt wird, werden die Leistungen für Behinderte auf der Grundlage der Beurteilung der aus der Behinderung entstehenden sozialen Folgen gewährt, wobei in der Regel die Höhe der einzelnen Leistungen auf der Grundlage einer Beurteilung der gesamten Einkommensverhältnisse der einzelnen Antragsteller gewährt wird.

2. Finanzierung von Sozialdienstleistungen für Senioren

Die Gesamtkosten für die stationäre Langzeitpflege in der Schweiz erreichten im Jahr 2008 ein Niveau von 7 552,4 Mio. CHF, an der Deckung dieser Kosten beteiligten sich knapp zur Hälfte die Klienten selbst (die vollständige Struktur der Finanzierung dieser Pflege ist in Anhang Nr. 10 angeführt). Aus Sicht der Kostenstruktur bilden den größten Anteil die Pflegekosten (41,9%) und die Pensionskosten (41,1% - siehe Grafik Nr. 1)

Grafik Nr. 1: Kostenstruktur stationärer Langzeitpflege in der Schweiz (2008)



Quelle: Stationäre Langzeitpflege in der Schweiz, Tábor: Verband der Träger sozialer Einrichtungen der Tschechischen Republik, 2012

Seit 1. Januar 2011 kam es im Bereich der Pflegefinanzierung in Pflegeheimen zu erheblichen Veränderungen. Während die **Heimbewohnenden die Kosten für Betreuung und Hotellerie auch weiterhin selbst tragen müssen, ist die Pflegefinanzierung unter drei Zahlenden aufgeteilt:**

- unter die Krankenkassen (die Kosten für die Krankenpflege werden aus der Krankenversicherung nach 12 Pflegestufen beglichen; auf eine Stufe entfallen 20 Minuten, jede Stufe stellt eine Zahlung der Krankenversicherung in Höhe von 9 CHF dar, die maximale Höhe beträgt somit 108 CHF pro Tag)⁵,

⁵ Diese Tariflimiten richten sich nach den Pflegebedarfsstufen und haben zur Folge, dass gegenwärtig die Krankenversicherer laut Schätzung der Gesellschaft CURAVIVA Schweiz lediglich 52% der Pflegekosten tragen.

- unter die Heimbewohnenden (max. 20% des höchsten Beitrags der Krankenkasse – höchstens 21,60 CHF pro Tag, beziehungsweise 7 884 CHF jährlich),
- unter die öffentliche Hand (Restfinanzierung).

Ein Vorteil dieses Systems ist die Tatsache, dass diese Pflegefinanzierung klar die Beiträge der Krankenkassen an die krankenversicherungsgesetzpflichtigen Pflegekosten abgrenzt und den maximalen Betrag definiert, mit dem sich die Klienten an der Deckung der Pflegekosten beteiligen sollen. Die Klärung dieser zwei Punkte ist in allen Kantonen der gesamten Schweiz identisch.

Einzigartig ist das schweizerische Finanzierungssystem von Sozialdienstleistungen aus Sicht der **Rangfolge der Inanspruchnahme der einzelnen Quellen**, wobei das Augenmerk auf die Inanspruchnahme aller vorstehend Möglichkeiten gelegt wird. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung werden in dieser Rangfolge beglichen:

- Alters- oder Invalidenrente eines Seniors,
- Leistungen für Hilflosigkeit, die unabhängig vom Vermögen und den Einkünften sind,
- berufliche Vorsorgeleistungen (es handelt sich um ein System der freiwilligen Zusatzversicherung, die durch den Arbeitgeber vereinbart und beglichen werden kann),
- Vermögenserträge, d. h. Prüfung der Vermögensverhältnisse (finanzielles Vermögen und unbewegliches Vermögen),
- Ergänzungsleistungen,
- Sozialhilfeleistungen,
- Finanzierung aus der öffentlichen Hand, d. h. aus den Haushalten der Kantone und Kommunen.

Das schweizerische System der Finanzierung von Sozialdienstleistungen für Senioren ist also mehrgliedrig mit **klar definierten und vorhersehbaren Quellen**, bzw. Einnahmen. Die Festlegung der Rangfolge der einzelnen Quellen und die Pflicht der einzelnen Subjekte des Systems an deren finanzieller Beteiligung ermöglicht die Planung und Entwicklung dieser Dienstleistungen.

Eine bedeutende Stellung in der Struktur der Finanzierungsquellen der Dienstleistungen kommt den Ergänzungsleistungen zu. Die enormen Kosten, die heute vor allem bei der Pflege sehr betagter Personen entstehen, können die Betroffenen – auch jene aus dem Mittelstand – oftmals sehr schwer aus eigenen Mitteln decken. Heute sind deshalb nahezu 60% der Rente beziehenden und in Senioren- und Pflegeheimen lebenden Personen auf Leistungen der Ergänzungsversicherung angewiesen.

Ein weiteres bedeutendes Element des schweizerischen Finanzierungssystems ist der Grad der Beteiligung der Nutzer der Dienstleistungen. In der Schweiz werden, ebenso wie in weiteren westeuropäischen Ländern bei der Finanzierung von Sozialdienstleistungen nicht nur die laufenden Einnahmequellen der einzelnen Klienten (insbesondere Renten) genutzt, sondern es werden auch die Einnahmen aus ihrem Vermögen genutzt. Das schweizerische System schont mit diesem Schritt nicht nur öffentliche Quellen, sondern führt auch zu einer verantwortungsvollen Einstellung der Personen zum eigenen Leben, da es neben den vorbeugenden Wirkungen aus Sicht der Bedeutung einer gesunden Lebensweise auch zur Nutzung anderer Quellen führt, die z. B. aus einer Zusatzversicherung entstehen (sei es in Form einer Arbeitgebersversicherung oder anderer Versicherungsprodukte).

Die Pflegekosten in Seniorenheimen **in der Tschechischen Republik** erreichten 2009 ein Niveau von 9 467,7 Mio. CZK. Das Finanzierungssystem ist mehrgliedrig, an der Deckung dieser Kosten beteiligen sich zu knapp einem Drittel die Klienten selbst (die vollständige Struktur der Finanzierung dieser Pflege ist in Anhang Nr. 11 veranschaulicht).

Im Vergleich zum schweizerischen System ist aber das **Finanzierungssystem** dieser Dienstleistungen in der Tschechischen Republik **instabil**. Dank der absolut dominanten Rolle des Staates aus Sicht des Schutzes der Klienten einzelner Dienstleistungen, die sich u. a. in der Festlegung der Höhe der maximalen Vergütungen eines Klienten für Aufenthalt und Verpflegung äußert, sind alle Dienstleister von der Gewährung von Zuschüssen aus dem Staatshaushalt abhängig, auf deren Zuerkennung sie jedoch keinen Rechtsanspruch haben. Die Finanzierungsquellen dieser Dienstleistungen sind so im Grunde zufällig, freiwillig, nicht transparent, nicht

systemhaft und nicht beanspruchbar, was das gesamte System der Dienstleistungsfinanzierung **uneffektiv** macht. Eine Rangfolge der Inanspruchnahme der einzelnen Finanzierungsquellen ist nicht festgelegt. Die gesamte Vermögenslage eines Nutzers von Sozialdienstleistungen hat keinen Einfluss auf die Höhe seiner Zahlung für die erbrachten Sozialdienstleistungen. Die Krankenversicherungen zahlen die Kosten für die durch einen Arzt verordnete und durch Pflegepersonal erbrachte Pflege zu ca. 10 %, die Dienstleister sind von der Zuerkennung von Zuschüssen aus dem Staatshaushalt abhängig – dies sind die Hauptursachen, die eine dynamische Entwicklung dieser Dienstleistungen verhindern, was aus Sicht der erwarteten demografischen Tendenzen eine sehr alarmierende Tatsache ist.

Bei der Lösung der genannten Probleme können auch einige Erkenntnisse über das Finanzierungssystem von Sozialdienstleistungen für Senioren in der Schweiz genutzt werden. In diesem Sinne kommt u. a. die Implementierung von Ergänzungsleistungen in Betracht. Sofern der Staat im Interesse der Verfügbarkeit der Pflege für alle Bürger die Höhe der Vergütungen für erbrachte Betreuung limitiert, ist es unerlässlich festzulegen, wer verpflichtet ist, die Differenz zwischen einer derart festgelegten Vergütungshöhe und den tatsächlichen Kosten für eine erbrachte Dienstleistung zu begleichen. Es gibt eine ganze Reihe von Möglichkeiten von Kompensationsquellen dieser Differenz – von der Nutzung beweglichen und unbeweglichen Vermögens des Nutzers einer Dienstleistung, über die finanzielle Beteiligung von Angehörigen, bis hin zur Beteiligung der Staats- und Selbstverwaltungshaushalte z. B. mittels einer eigenständigen Leistung oder einer Ausgleichszahlung. **Das schweizerische System der Ergänzungsleistungen ist eine partielle Lösung der Unvollkommenheit des tschechischen Systems.**

3. Ausstattung der Regionen mit Sozialdienstleistungen für Senioren

Die Pflegebedürftigkeit wird in den letzten Jahren in allen europäischen Ländern als neues soziales Risiko verstanden. Wenngleich es bislang keine einheitliche Definition dieses Begriffs gibt, wird er in der Regel als langfristiger oder dauerhafter Verlust der Selbständigkeit bei der Ausübung alltäglicher Verrichtungen verstanden. Es handelt sich um ein allgemeines Lebensrisiko, das stark individuell wahrgenommen wird und das in der Regel mit Hilfe des Autonomieverlustes definiert wird. Häufig werden zwecks der Definition der Pflegebedürftigkeit sog. ADL-Kriterien (Activities-of-Daily-Living) verwendet, wie die Fähigkeit, bzw. Unfähigkeit, sich selbst an- und auszukleiden, selbst zu Bett zu gehen oder das Bett zu verlassen, selbst die Körperpflege zu übernehmen und sich zumindest im Rahmen der Wohnung zu bewegen.

Gegenwärtig bewegt sich der Anteil der pflegebedürftigen Personen über 65 Jahre **in der Schweiz** zwischen 10% und 11,5%, wobei bis 79 Jahre der Anteil der pflegebedürftigen Personen unter 10% liegt, im Alter von 80–84 Jahren sind dies 20% und unter den Personen, die älter als 84 Jahre sind, sind es nahezu 33%, die auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen sind.

Pflege in Unterkunftseinrichtungen wird in der Schweiz in Pflegeheimen und in Altersheimen erbracht.

Das Angebot an stationärer Langzeitpflege wird aus quantitativer Sicht auch trotz regionaler Schwankungen **als ausreichend bewertet**. Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste sind in der Schweiz auf dem gesamten Staatsgebiet verteilt, gewisse Reserven gibt es im teilstationären Bereich (Tagesheime und Tageskliniken mit Diensten für Tages- und Urlaubspflege) sowie bei Rehabilitationsangeboten und präventiven Angeboten. Die Ausstattung der einzelnen Kantone mit Betten in Alters- und Pflegeheimen ist im Anhang Nr. 2 veranschaulicht.

Ebenso **in der Tschechischen Republik** ist annähernd dieselbe Personenzahl von Sozialdienstleistungen abhängig. 2010 nutzten ca. 10,5% der Personen über 65 Jahre Sozialdienstleistungen. Das größte Pflegevolumen wird Senioren in ihren eigenen Haushalten in Form eines Pflegedienstes erbracht (diesen nutzten mehr als 8% der Personen über 65 Jahre). Nach 1990 kam es zur Entwicklung neuer Formen, vor allem ambulanter Dienste, deren Angebot auf dem Gebiet der gesamten Republik bislang jedoch nicht gleichmäßig ist. **Die Struktur der Formen der einzelnen Dienstleistungen ist dabei teilweise durch das geografische Profil der Region bestimmt**. Höhere Werte der Pflegedienstausstattung weisen Regionen mit einem überwiegend ebenen Profil aus, demgegenüber können höhere Werte der Ausstattung mit Altersheimplätzen in Regionen mit überwiegend bergigem Profil verzeichnet werden. Die Ausstattung der einzelnen Kreise mit Plätzen in den einzelnen Formen der Seniorenbetreuung ist in den Anhängen Nr. 3–5 veranschaulicht.

Nach der Billigung des neuen Gesetzes über soziale Leistungen wird seit 2007 die Zahl der Personen, denen Pflegedienst in Pflegeheimen erbracht wird, nicht verfolgt. Laut der letzten Angabe wurde 2006 in diesen Heimen insgesamt 20 510 Personen, d. h. ca. 20 % der Personengesamtzahl ein Pflegedienst erbracht. Es kann gemutmaßt werden, dass sich der Wert dieser Kennzahl in den letzten Jahren nicht geändert hat.

Im Unterschied zur Schweiz gibt es **Pflege von Senioren**, die nicht nur in sozialen Pflegeeinrichtungen Pflege benötigen, sondern ebenso **in einigen anderen Typen von Gesundheitseinrichtungen**, vor allem in Heilanstalten von Langzeitkranken (2010 gab es in diesen Einrichtungen 6 575 Betten). Die Ausstattung der einzelnen Kreise mit Plätzen in diesen Einrichtungen ist in Anhang Nr. 6 veranschaulicht.

Bei der Bewertung des Umfangs der in den einzelnen Regionen erbrachten Leistungen ist zu berücksichtigen, dass bei der Bewertung ihrer Ausstattung nicht dieselben Gesichtspunkte auf dem gesamten Gebiet geltend gemacht werden können, da eine Reihe objektiver Merkmale zu berücksichtigen ist, die gewisse Unterschiede bewirken, die z. B. hervorgehen:

- aus dem Grad der Urbanisierung,
- aus der Altersklassifizierung, der Berufs- und der sozialen Struktur der Bevölkerung auf dem gegebenen Gebiet sowie aus den religiösen Spezifika der einzelnen Regionen,
- aus der Besiedlungsstruktur einzelner räumlicher Komplexe, aus der Größe der Gemeinden und aus der Bevölkerungsdichte,
- aus dem Grad der Realisierung traditioneller Funktionen der Familie in der Betreuung betagter Bürger,
- aus unterschiedlichsten soziologischen Veränderungen, die in der Gesellschaft vor sich gehen, insbesondere der Zerfall des Zusammenlebens von Familien in mehreren Generationen.

Die Ausstattung eines Gebiets mit Sozialdienstleistungen ist in breiteren Aspekten zu beurteilen und zu entwickeln, als nur sofern es um das Vorhandensein der entsprechenden Einrichtungen und Aktivitäten selbst geht. Es handelt sich insbesondere:

- um das Vorhandensein einzelner Dienstleistungen,
- um deren Verfügbarkeit (sowohl der territorialen, als auch der finanziellen),
- um die Verknüpfung einzelner Dienstleistungen,
- um die Sicherstellung der Informiertheit der Bürger über die einzelnen Dienstleistungen (öffentliches Bewusstsein über die Möglichkeiten sozialer Hilfe),
- um die Sicherstellung der Qualität der Ausübung der einzelnen Dienstleistungen, z. B. aus Sicht ihrer Professionalität, der Kontrolle und der Zufriedenheit der Klienten,
- um die Sicherstellung der wirtschaftlichen Effektivität der erbrachten Dienstleistungen, bzw. um die Sicherstellung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit ihres Betreibens.

Es handelt sich offensichtlich um verflochtene Aspekte, die in ihrem Komplex die soziale Qualität eines Gebiets und die Befriedigung der sozialen Bedürfnisse der Bürger beeinflussen.

Zusammengefasst lässt sich **das Angebot der erbrachten Sozialdienstleistungen für Senioren aus quantitativer Sicht als unzureichend bewerten**. Lange Wartezeiten auf eine Unterbringung in Altersheimen in der Mehrzahl der Regionen, ein unzureichendes Angebot an ambulanten sozialen Diensten – dies sind die Kernprobleme, mit deren Lösung die Träger sozialer Dienste praktisch in allen Regionen der Tschechischen Republik kämpfen. Die Hauptursache dieser Tatsache ist das bestehende Finanzierungssystem von Sozialdienstleistungen, das auf einem hohen Maß an zentraler Regulierung und auf der Abhängigkeit der Sozialdienstleister vom Gewähren von Zuschüssen aus dem Staatshaushalt beruht, auf deren Zuerkennung es allerdings keinen Rechtsanspruch gibt.

Ein bedeutender Bestandteil der Seniorenbetreuung stellt sowohl in der Schweiz, als auch in der Tschechischen Republik die Pflege dar, die in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege erbracht wird. In der Schweiz leben gegenwärtig ca. 30 % der Personen über 85 Jahre in Alters- und Pflegeheimen, in der Tschechi-

schen Republik lebten 2010 ca. 24,5% der Personen über 85 Jahre in Altersheimen und in Heilanstalten für Langzeitkranke 4,3% der Personen dieser Altersgruppe⁶.

Der Wunsch, so lange wie möglich, am besten bis zum Lebensende in seiner vertrauten Wohnung zu bleiben, ist bei Senioren in beiden Ländern sehr verbreitet. Das individuelle Wohnen in einem Haushalt, zu Hause in einer vertrauten Umgebung und eine maximale Unterstützung seitens pflegender Angehöriger oder professioneller ambulanter Dienste, wie es z. B. in der Schweiz Spitex ist, ist für die Mehrzahl der Senioren die häufigste Wohnform.

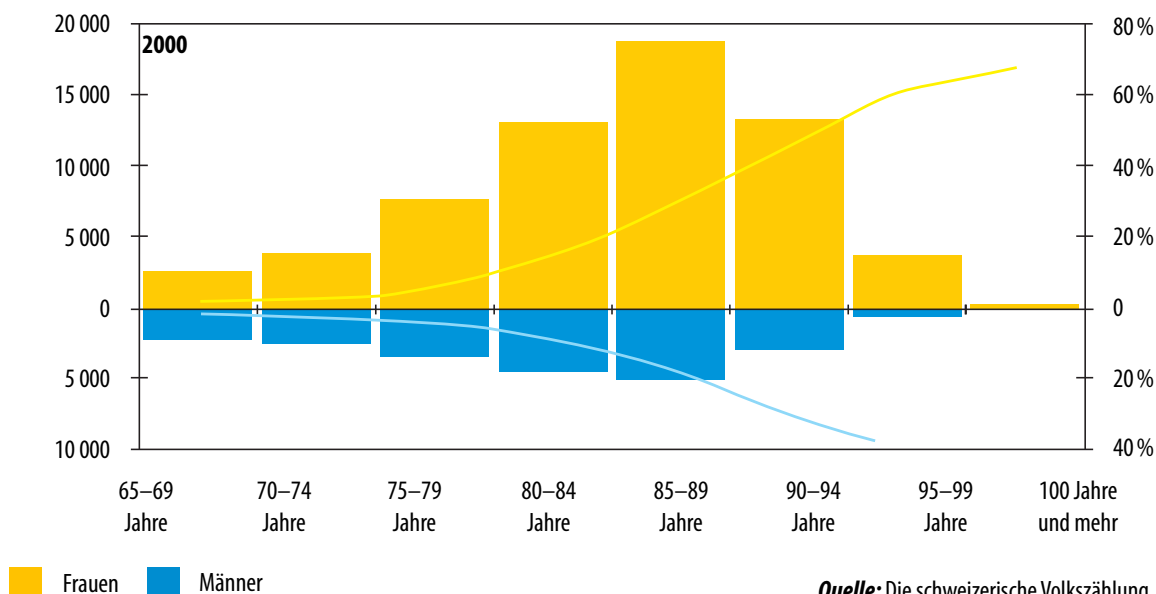
Der Anteil der in Altersheimen lebenden Bevölkerung steigt in der Schweiz erst im hohen Alter deutlich an, wo die Bewegungsfreiheit abnimmt und verstärkt physische oder psychische Störungen auftreten, die zu funktionalen Einschränkungen und zu einer gesteigerten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit führen. Der Eintritt in eine stationäre Alters- oder Pflegeeinrichtung verspricht eine höhere Lebensqualität. Gegenwärtig lebt nahezu ein Viertel (24%) der Menschen im Alter zwischen 85 und 89 Jahren (fast 23 000 Personen), mehr als 40% der Menschen im Alter von 90 bis 94 Jahren (16 000 Personen) und ca. 58% der Personen über 95 Jahre (etwa 5 200 Personen) in stationärer Langzeitbetreuungs- und Pflegeeinrichtungen.

Pflegeheimbewohner **in der Schweiz** sind also nicht „nur“ betagt, sondern leiden sehr häufig auch an mehreren Funktionsstörungen gleichzeitig: Immobilität (ans Bett oder an den Rollstuhl gebunden sein), Inkontinenz, Instabilität (Stürze, Knochenbrüche) und intellektueller Abbau (diese Zustände werden allgemein als die „Vier Riesen-I der Geriatrie“: Immobilität, Inkontinenz, Instabilität, Intellektueller Abbau bezeichnet). Diese **„Vier Riesen-I der Geriatrie“** sind oft die gesundheitlichen Hauptbeschwerden der Klienten dieser Heime. Gleichzeitig sind dies die häufigsten gesundheitsbedingten Gründe, die zum Eintritt betagter Menschen in stationäre Langzeitpflege- und Betreuungseinrichtungen führen. Infolge der Verbindung des hohen Alters und gesundheitlicher Beschwerden mit funktionellen Einschränkungen pflegebedürftiger Personen kommt es zu einer hohen Mortalität und damit zu einem raschen Wechsel der Heimbewohnerschaft. Im Jahr 2000 verbrachten Männer durchschnittlich ein Jahr und Frauen durchschnittlich drei Jahre in Heimen. Alljährlich sogar nahezu ein Drittel der Pflegeheimbewohner aufgrund von Tod oder eines Wechsels in ein Akutspital. Entsprechend lebten in den untersuchten Institutionen der stationären Langzeitpflege 35% der Bewohnerinnen und Bewohner weniger als ein Jahr. **Stationäre Alters- und Pflegeeinrichtungen werden immer häufiger zu „Sterbeeinrichtungen“**. Die Entscheidung, in ein Heim einzutreten, kann zwar schwer sein, aber es ist auch Rücksicht auf Familienangehörige, Freunde und Nachbarn zu nehmen, die die Last einer immer anspruchsvolleren Pflege und Betreuung tragen. Neben der Pflegebedürftigkeit spielen für einen Eintritt in ein Heim auch soziodemografische Faktoren eine wichtige Rolle. Neben dem Nichtvorhandensein von Nachkommen sind insbesondere der Zivilstand und die wirtschaftliche Lage wichtige Faktoren. In Alters- und Pflegeheimen befinden sich häufiger unverheiratete Senioren als verheiratete oder verwitwete.

Analoge Trends sind auch in der Tschechischen Republik zu verzeichnen. Zudem wird die Struktur der Personen in Unterkunftseinrichtungen sozialer Dienste langfristig durch die Fachöffentlichkeit als nicht optimal bezeichnet. Z. B. gab es im Dezember 2010 in Altersheimen 5 817 Klienten ohne einen zuerkannten Pflegebeitrag (15,4% der Gesamtkapazität dieser Einrichtungen) und 7 897 Klienten war ein Pflegebeitrag lediglich auf dem I. Abhängigkeitsgrad zuerkannt (d. h. 20,9% der Gesamtkapazität).

Erwähnenswert ist allerdings eine Möglichkeit der Lösung der Wohnfrage von Betagten **in der Schweiz**, und zwar das sog. **kollektive Wohnen**. Es handelt sich um ein Modell gemeinsamer Haushalte, d. h. einer größeren Wohneinheit, wo überwiegend einsame Senioren eine gemeinsame Küche und Sanitäreinrichtungen teilen. Dieses Modell ist eine Reaktion auf die gestiegenen Kosten selbständigen Wohnens und beruht auf gegenseitiger Hilfe, bzw. Aufsicht. (Siehe Grafik Nr. 2)

⁶ Wäre die Zahl der in Pflegeheimen lebenden Personen im Jahr 2010 auf dem Niveau des Jahres 2006 (d. h. 20 510 Personen) geblieben, würde der Anteil der Personen über 85 Jahre, deren Betreuung in diesen Einrichtungen erbracht wird, 13,3% betragen.

Grafik Nr. 2: Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 2000

Diese Wohnform ist gegenwärtig **in den tschechischen Realien schwer vorstellbar**, und zwar insbesondere aus Sicht einer unterschiedlichen Wohntradition und einer unterschiedlichen Geschichte. Es kann jedoch die Vermutung geäußert werden, dass die Deregulierung der Mieten, der Mangel an kleinen Wohnungen und der Druck auf die Reduktion der öffentlichen Haushalte (und damit auch auf die Höhe der Altersrenten) Raum für die Entstehung dieser relativ neuen Wohnform und das Erbringen von Sozialdienstleistungen schafft⁷.

Eine weitere positive und im tschechischen Umfeld **unzureichende Erscheinung ist die Anpassung der Bedingungen der Dienstleistungen an die Bedürfnisse der Klienten**. Derweil sind **in der Tschechischen Republik** die Bedürfnisse eines Klienten und deren Befriedigung zwischen den einzelnen sozialen Diensten genau abgestimmt (und zwar sowohl durch die entsprechende Legislative, als auch durch die Qualifikation von Mitarbeitern). Im Fall einer Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Pflegeheimbewohners folgt meist automatisch dessen Verlegung in ein Heim („**der Klient kommt zur Pflege**“). **In der Schweiz** wird die Dienstleistung in diesen Fällen dem Klienten angepasst, d. h. im Fall steigender Bedürfnisse wird die Pflege automatisch verstärkt („**die Pflege kommt zum Klienten**“). Der Klient ist nicht gezwungen, sein soziales Umfeld zu wechseln und somit steigt seine Lebensqualität. Dieser Ansatz wird in der Schweiz durch das dortige Finanzierungssystem ermöglicht, wo die öffentlichen Haushalte und die Krankenkassen die Betreuung des Klienten entsprechend dessen Bedürfnissen tragen und nicht unterscheiden, in welchem Umfeld er sich befindet⁸. **Das tschechische System der Finanzierung sozialer und Krankendienstleistungen** ist derzeit so kompliziert und aufgespalten, dass **es diesen Ansatz nicht ermöglicht**.

Dasselbe Beispiel kann bei den ambulanten Betreuungs- und Pflegediensten Spitex angeführt werden. In der Schweiz werden Pflegedienstleistungen und soziale Betreuung durch dieselbe Person ausgeübt. Dieser Ansatz ist in der Folge effektiver (die Logistik der Leistungen ist geringer) und erneut steigert die langfristige Anwesenheit einer begrenzten Mitarbeiterzahl (idealerweise von einem) die Qualität der Betreuung, bzw. des Lebens von Senioren. Im tschechischen Umfeld ist dieser Ansatz derzeit ausgeschlossen, und zwar erneut aufgrund von Systembarrieren (Registrierung, Berechtigung zum Erbringen von Dienstleistungen, Qualifikationsvoraussetzungen) und aufgrund eines unterschiedlichen Finanzierungssystems.

⁷ In letzter Zeit tauchten Meldungen auf, dass einige Stadtteile der Hauptstadt Prag ein solches Wohnkonzept und das Erbringen von Sozialdienstleistungen erwägen und vorbereiten.

⁸ Bei einem Aufenthalt in einem Pflegeheim muss die obligatorische Krankenkasse dieselben Leistungen tragen wie bei einer ambulanten Pflege oder einer Pflege zu Hause.

Das allmähliche Altern der Bevölkerung bringt für die Pflege- und Betreuungsdienstleister große Herausforderungen mit sich. Um diese zu bewältigen, verlässt man sich in der Schweiz auf die Zusammenarbeit zwischen den Dienstleistern. Von gemeinsamen Projekten, Fusionen und weiteren Formen der Zusammenarbeit versprechen sich Fachleute Vorteile auf der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisebene. Auf der Strukturebene können vor allem dadurch Synergien erzeugt werden, dass die Infrastruktur gemeinsam genutzt wird und gemeinsame Fachstellen eingerichtet werden, was eine bessere Abdeckung des steigenden Bedarfs an spezialisierten Dienstleistungen, z. B. in den Bereichen der Palliative Care, Demenzbetreuung, Onkologie, Psychiatrie oder der präventiven Beratung ermöglicht. Werden Dienstleistungen gemeinsam angeboten, bringt dies auf der Prozessebene nicht nur betriebliche Vorteile, sondern auch Vorteile für den Klienten, den Senior, der sich bereits nicht mehr allein in der Menge der Angebote zum Erbringen von Pflege orientieren muss.

Derzeit bemühen sich die Heime und die Organisation Spitex um eine gemeinsame Lösung, allerdings lediglich zögerlich, eher in kleinem Umfang. In der Mehrzahl der Fälle wird eine Zusammenarbeit zwischen zwei Partnern desselben Typs zwecks des Erbringens einer gemeinsamen Dienstleistung auf vertraglicher Basis geknüpft. Komplexe gemeinsame Lösungen zwischen mehreren Trägern von Dienstleistungen sind die Ausnahme. Es besteht ein hohes Potenzial für die Schaffung und Förderung gemeinsamer Lösungen. Vor allem kleine Heime in ländlichen Regionen haben in diesem Bereich noch viel Nachholbedarf, z. B. Supportdienste (die Verwaltungstätigkeit oder die Nutzung der Infrastruktur) sollten aus betriebswirtschaftlicher Sicht durch mehrere Institutionen gemeinsam genutzt werden. Schnittstellen zwischen den Organisationen sollten besser abgestimmt und koordiniert werden, die Zusammenarbeit im Bereich Betreuung und Pflege sollte in eine rechtliche und organisatorische Struktur überführt werden.

4. Personal in Einrichtungen für Sozialdienstleistungen für Senioren

Die Langzeitpflege von Senioren in Heimen wie in ihrem häuslichen Umfeld stellt einen erheblichen Beschäftigungs-, Wirtschafts- wie Kostenfaktor in beiden untersuchten Ländern dar. Diese Entwicklung wird infolge der demografischen und gerontologischen Trends auch in den kommenden Jahren fortsetzen. Stationäre Einrichtungen für Senioren und chronisch Kranke haben **in der Schweiz** im Jahr 2008 insgesamt 74 177 Vollzeitstellen angeboten, d. h. seit 2004 ca. 20 % mehr. Da **viele beschäftigte Personen** lediglich **teilzeitlich arbeiten**, entsprach diese Zahl nahezu 108 700 Beschäftigten. Von dieser Gesamtzahl entfallen mehr als 51 % auf medizinisch oder pflegerisch tätiges Personal. In stationären Betrieben der Alters- und Langzeitpflege sind nahezu **40 % des pflegerischen Personals lediglich angelernt** und nur 18 % von ihnen haben eine mehrjährige pflegerische Ausbildung absolviert. Vor allem **in kleinen Institutionen fehlt dabei ausgebildetes Pflegepersonal**. Die ausführliche Beschäftigtenstruktur in Alters- und Pflegeheimen ist in Anhang Nr. 7 veranschaulicht.

Ein charakteristisches Merkmal der Beschäftigung in schweizerischen stationären Einrichtungen ist der hohe Beschäftigungsanteil von Frauen: im Jahr 2008 betrug der Anteil beschäftigter Frauen nahezu 85 %. Dieser „weibliche Charakter“ der professionellen Pflege hat verschiedene Auswirkungen und Folgen:

- der hohe Anteil beschäftigter Frauen ist einer der Gründe des relativ geringeren Lohnniveaus,
- der hohe Beschäftigungsanteil von Frauen hängt mit dem hohen Beschäftigungsanteil der Teilzeitbeschäftigung zusammen, was den Frauen ermöglicht, ihre beruflichen und familiären Rollen besser zu kombinieren (lediglich 26 % der Beschäftigten arbeiten vollzeitlich),
- starke Tendenz zu einer altruistischen Berufshaltung, die sich im starken Bestreben zu helfen äußert, wobei die Entlohnung und die berufliche Karriere eine untergeordnete Rolle spielen.

In der Tschechischen Republik arbeiteten 2009 insgesamt 20 928 Mitarbeiter in Altersheimen. Im Unterschied zur Schweiz **arbeitet jedoch die absolute Mehrzahl der Mitarbeiter** (ca. 85 %) **in Vollzeitbeschäftigung**. Der Anteil des Krankenpersonals erreicht lediglich ca. 18 % der Gesamtzahl, was u. a. dadurch verursacht ist, dass die Krankenkassen die Kosten für die erbrachten Betreuungs- und Rehabilitationspflege lediglich zu 10 % des Volumens der ärztlich verordneten und verschriebenen Pflege tragen, und aus dem daraus hervorgehenden Erbringen dieser Pflege durch anderes soziales Personal, vor allem durch Mitarbeiter in den sozialen Diensten. Die Personalstruktur in Altersheimen, nach dem Typ der ausgeübten Arbeit ist in Anhang Nr. 8 veranschaulicht.

Im Unterschied zur Schweiz wird in der Tschechischen Republik **großes Augenmerk auf das Bildungsniveau des Personals und deren lebenslange Bildung gelegt**⁹. Z. B. ist die Qualifikation zur Ausübung des Berufs eines Sozialmitarbeiters gemäß geltender Legislative

- eine höhere Fachausbildung in Bildungsbereichen, die auf Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Sozial- und humanitäre Arbeit, Sozialarbeit, sozialrechtliche Tätigkeit, karitative und soziale Tätigkeit ausgerichtet ist,
- eine Hochschulausbildung, die durch ein Studium in einem Bachelor-, Magister- oder Doktorandenstudienprogramm erlangt wird, das auf Sozialarbeit, Sozialpolitik, Sozialpädagogik, soziale Betreuung, soziale Pathologie, Recht oder Sonderpädagogik ausgerichtet ist,
- das Absolvieren akkreditierter Ausbildungskurse in den oben genannten Bereichen in einem Gesamtumfang von mindestens 200 Stunden und Praxis bei der Ausübung des Berufs eines Sozialmitarbeiters in einer Länge von mindestens 5 Jahren, sofern er eine Hochschulausbildung abgeschlossen hat, bzw. Praxis bei der Ausübung dieses Berufs, sofern er eine mittlere Ausbildung mit Abitur in einem sozialrechtlichen Fachbereich abgeschlossen hat.

Aus Sicht der Qualität der erbrachten Sozialdienstleistungen ist diese Tatsache sicherlich zu schätzen, nichtsdestotrotz ist ein großes Problem, das sich in einer hohen beruflichen Migration äußert, das **geringe Niveau der Entlohnung**. V roce 2010 betrug der Durchschnittslohn aller Mitarbeiter in sozialen Diensten 18 377 CZK (d. h. 78 % des Durchschnittslohns in der Volkswirtschaft im gegebenen Jahr).

In den kommenden Jahren wird sowohl in der Schweiz als auch in der Tschechischen Republik der Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Ländern deutlich steigen. **In der Schweiz steigt der Anteil der Personen über 65 Jahre bis 2060 um 89 %** (von 1 343 000 Personen im Jahr 2010 auf 2 543 000 im Jahr 2060). Infolge dieser Entwicklung steigt folglich auch die Zahl der chronisch kranken Personen und damit auch der Bedarf des Ausbaus der Betreuungs- und Pflegedienste, was auch einen erhöhten Bedarf an Betreuungspersonal verlangen wird. Es steigt auch der Bedarf des Ausbaus der Kapazität in den Heimen insbesondere für sehr betagte Menschen, und zwar vor allem aus dem Grund, dass seitens der Familie infolge der Veränderungen der Lebensweise deren Pflege- und Betreuungsunterstützung zurückgehen wird. Gleichzeitig kann erwartet werden, dass die Hospitalisierungsdauer nach einer ärztlichen Behandlung in Spitälern auch weiterhin sinken wird, was einen höheren Bedarf an Pflege verlangen wird, die heute vor allem Spitex und Heime leisten.

Dabei lässt sich die Existenz einer Reihe von Problemen erwarten, die das Erbringen dieser Pflege erschweren können. In erster Linie handelt es sich um die generell **mangelnde Anerkennung des Pflegeberufs**, insbesondere im Bereich der Langzeitpflege, und zwar sowohl seitens der Öffentlichkeit, als auch im Rahmen medizinischer Berufsstände. Aufmerksamkeit wird ebenso der Problematik der **Entlohnung des Pflegepersonals** zu widmen sein, und zwar auch, wenngleich in den letzten Jahren die Regeln für die Entlohnung in diesem Bereich in der Schweiz vielerorts angepasst wurden, so dass bereits nicht mehr generell von relativ niedrigen Gehältern gesprochen werden kann. Das Leisten von Pflege ist traditionell ein Frauenberuf und Langzeitpflege ist ein Arbeitsfeld mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an fachlich wenig qualifiziertem Personal, was diesen Bereich für männliche Interessenten nicht attraktiv macht. Dabei **wird die Arbeit** in diesem Bereich **als körperlich und psychisch sehr belastend angesehen**, sich darin zu engagieren erfordert hohe Motivation und Einsatzbereitschaft. Ein Nachteil ist ebenso die unregelmäßige Arbeitszeit, z. B. Nacht- und Wochenenddienste.

Ähnliche Probleme werden in den kommenden Jahren auch **in der Tschechischen Republik** zu lösen sein. Einer durch das Tschechische Statistikamt 2009 erarbeiteten Projektion der Bevölkerungsentwicklung zufolge **wird bis zum Jahr 2060 die Zahl wie auch der Anteil der Personen über 65 Jahre praktisch über den gesamten Zeitraum deutlich ansteigen** (von 1 556 Tsd. Personen im Jahr 2009 auf 3 559 Tsd. Personen im Jahr 2060, bzw. von

⁹ Z. B. sind Sozialmitarbeiter nach den Ärzten erst die zweite Berufskategorie, für die die Pflicht lebenslanger Bildung legislativ verankert wurde.

14,9% auf 33,0 %). Grafisch sind die Entwicklung der Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2060 und die Entwicklung des Anteils der auf das Erbringen von Dienstleistungen sozialer Pflege angewiesenen Personen in Anhang Nr. 9 veranschaulicht.

Aus diesen Angaben ist deutlich, dass das Tempo des Alterns der Bevölkerung in der Tschechischen Republik noch höher sein wird als in der Schweiz, was erfordern wird, der Klärung der genannten Probleme erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. **Eine Prognose des Bedarfs der Zahl von Sozialmitarbeitern und von Pflegepersonal wurde jedoch in der Tschechischen Republik bislang nicht erarbeitet.** Ein Problem stellt auch die Tatsache dar, dass bislang kein mittelfristiger nationaler Plan der Entwicklung sozialer Dienste erarbeitet wurde, dessen Existenz die geltende legislative Regelung voraussetzt.

In der Schweiz lässt sich einer erarbeiteten demografischen Projektion zufolge schätzen, dass bei Aufrechterhaltung desselben Anteils der Pflegebedürftigkeit wie heute mit einem Anstieg auf 201 000 bis 272 000 Personen im Jahr 2050 gerechnet werden kann. Lineare Projektionen der heutigen Anteile der Pflegebedürftigkeit sind allerdings etwas problematisch, da sie nicht hinreichend den Anstieg der Zahl der Personen berücksichtigen, die in der kommenden Periode ein höheres Alter ohne gesundheitliche Einschränkungen erreichen. Aus diesem Grund wurde das Szenario einer „moderaten Reduktion der Pflegebedürftigkeitsquoten“ verwendet, das davon ausgeht, dass in Zukunft ca. 20 % der Menschen über 80 Jahre in Heimen leben werden und dass auf der Grundlage des erwarteten Anstiegs der **Zahl sehr betagter Menschen also die Zahl der in diesen Heimen benötigten Plätze von 55 000 im Jahr 2000 auf 108 000 bis 122 000 im Jahr 2040 steigen müssen wird.**

Sofern die Annahme stimmt, dass sich in Zukunft allgemein die Dauer höherer Lebensqualität verlängert, wenn in Zukunft mehr Gewicht auf Krankenprävention und Gesundheitsförderung im Alter gelegt werden soll und wenn es zu einem Ausbau ambulanter Betreuungsdienste (Spitex) kommt, so könnte der prozentuale Anteil der Menschen über 80 Jahre, die auf einen Platz in einem Alters- oder Pflegeheim angewiesen sind, auch niedriger sein. Alle analytischen Studien und Berichte gehen davon aus, dass in Zukunft der Bedarf an Pflege und Betreuung für Senioren gemeinsam mit dem Bedarf an Plätzen in sozialmedizinischen Einrichtungen deutlich zunehmen wird. Unklar bleibt jedoch der zu prognostizierende Umfang dieses Pflegebedarfs.

Eine gewisse Richtschnur kann deshalb ein Vergleich der Entwicklung von 2000 bis 2008 sein. In diesem Zeitraum stieg die Zahl der Bevölkerung über 80 Jahre um 24,5 % an, die Anzahl der in Alters- und Pflegeheimen verbrachten Tage stieg jedoch lediglich um 8,9 % an. Sofern dieser Trend auf das Jahr 2050 projiziert werden würde, würde beim erwarteten Anstieg der Zahl der Personen über 80 Jahre die Zahl der in Alters- und Pflegeheimen verbrachten Tage im Vergleich zum Jahr 2008 ca. 1,7x steigen.

Der Umfang der künftig angebotenen pflegerischen und betreuenden Dienstleistungen hängt jedoch davon ab, wie viel Personal zur Verfügung stehen wird, damit es möglich ist, diese Dienstleistungen sicherzustellen. Die bislang durchgeführten Analysen sind jedoch in dieser Richtung alarmierend, z. B.:

- Laut sog. Gesundheitsobservatorium müssten im Gesundheitswesen zwischen den Jahren 2006 und 2020 aufgrund des „erhöhten Pflegeleistungsbedarfs“ insgesamt 17 000 Arbeitsstellen geschaffen und 25 000 Personen zusätzlich eingestellt werden. Dazu müssten ca. 60 000 Gesundheitsfachleute (30 % der Gesamtzahl) hinsichtlich ihrer Pensionierung ersetzt werden (diese Maßnahme betrifft dabei vor allem die Langzeitpflege mit einem hohen Altersdurchschnitt der Pflegenden).
- Für den Bereich der Alters- und Pflegeheime wird für das Jahr 2020 ein Bedarf von mehr als 15 000 weiteren Angestellten in Pflege und Betreuung vorausgesetzt.
- Die OBSAN-Studie „Aging Workforce“ setzt für den Zeitraum 2006–2030 sogar einen Anstieg von 80 000 Pflegepersonen, bzw. 60 000 Vollzeitstellen für das gesamte Gesundheitswesen voraus, davon entfallen fast 90 % auf Heime und Spitex.
- Der Organisation Santésuisse zufolge wird die Schweiz bis 2030 ca. 190 000 neue Arbeitskräfte im Gesundheitswesen gewinnen müssen, also annähernd so viele, wie heute insgesamt in Spitälern, Heimen und für die Organisation Spitex arbeiten.

Zu den Hauptgründen des künftigen Anstiegs des Bedarfs an Pflegepersonal in der Schweiz gehören vor allem diese Tatsachen:

- das hohe Durchschnittsalter der Beschäftigten in der Langzeitpflege,
- die gesteigerte Nachfrage nach Pflegediensten seitens der alternden Bevölkerung,
- die hohe Fluktuation der Mitarbeiter,
- die Zahlen der Fachschulabsolventen bewegen sich weit unterhalb der Bedarfsgrenze.

In der Tschechischen Republik wurde in der Vergangenheit eine einzige Studie erstellt, die den Bedarf des Anstiegs der Mitarbeiterzahl im Bereich Sozialdienstleistungen im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Finanzierungssystems mittels Pflegebeitrag quantifizieren würde¹⁰. Nach deren Schlussfolgerungen könnten im Bereich der Sozialdienstleistungen (bei einer richtigen Aufstellung der grundlegenden Bindungen zwischen den einzelnen Segmenten des Finanzierungssystems sozialer Leistungen) ca. 11,8 Tsd. neue Arbeitsstellen geschaffen werden.

Eine gewisse Richtschnur für die Erarbeitung der Schätzung des Arbeitsstellenbedarfs im Bereich der Sozialdienstleistungen kann die erarbeitete Schätzung der Entwicklung der Zahl der Personen sein, denen gemäß dem vorbereiteten Gesetz über das Erbringen von Dienstleistungen langfristiger sozialgesundheitlicher Betreuung diese Form der Betreuung erbracht werden könnte¹¹. Einer vorgenommenen Quantifizierung zufolge würde die Zahl der Personen, denen diese Betreuung erbracht werden könnte, von ca. 118 Tsd. im Jahr 2012 auf ca. 242 Tsd. im Jahr 2025 (d. h. ca. 2,1x) steigen. Es kann die These geäußert werden, dass die Tschechische Republik **auf die Sicherstellung der benötigten Betreuung durch qualifizierte Sozialmitarbeiter und Pflegepersonal gegenwärtig nicht vorbereitet ist.**

Deshalb ist deutlich, dass sich beide Länder – sowohl die Tschechische Republik, als auch die Schweiz – heute in einer Situation befinden, wo es unerlässlich ist, Maßnahmen zu suchen, die den Personalmangel beim Erbringen von Sozial- und Pflegedienstleistungen für Senioren verhindern würden. Diese Maßnahmen können in drei Hauptbereichen gesucht werden:

- in einem Bereich, der zur Senkung des Personalbedarfs beitragen würde,
- in einem Bereich, der zur Senkung der hohen Fluktuation der Mitarbeiter (also zum Halten des bestehenden Personals) beitragen würde,
- im Bereich der Rekrutierung neuer Arbeitskräfte.

Es ist objektiv zu konstatieren, dass die Schweiz in dieser Richtung vor der Tschechischen Republik einen großen Vorsprung hat, da sie in diesen Bereichen ein **abgerundetes Maßnahmen-system errichtet hat**, das **für die Tschechische Republik** als gewisses **Beispiel guter Praxis** dienen kann, deren Realisierung behilflich sein könnte, einen künftigen potenziellen Mangel an benötigtem Personal zu beseitigen.

Im Bereich der **Maßnahmen**, die **zur Senkung des Personalbedarfs** beitragen würden, wird in der Schweiz Augenmerk gelegt:

- auf die Verstärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung mit Blick auf das Alter einer Person (wenn betagtere Menschen länger gesund bleiben und in der Lage sein werden, ihren Alltag selbständig zu meistern, sinkt der Bedarf an ambulanten und stationären Pflegedienstleistungen),
- auf die Unterstützung seitens der Familienangehörigen, die einen kranken Senior zu Hause betreuen (Sicherstellung von Fachberatung und Begleitung, Übernahme der Beratungskosten durch öffentliche Stellen, Entlastungsangebote und eine Reihe weiterer Maßnahmen können dazu führen, dass pflegebedürftige Senioren länger in ihrer natürlichen Umgebung bleiben),

¹⁰ siehe: *Vorausgesetzter Einfluss der Änderung der Finanzierungsweise von Sozialdienstleistungen auf das Niveau der Beschäftigungslosigkeit*, SOCIOKLUB & Medizinisch-soziale Fakultät der Südböhmischen Universität České Budějovice & Berufskammer der Sozialmitarbeiter, 2000

¹¹ siehe: Průša, L. *Modell der effektiven Finanzierung und des Erbringens von Langzeitpflege*. Prag: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-097-4

- auf eine stärkere Verlagerung von der stationären zur ambulanten Betreuung (die Dienstleistungen, die ambulant, z. B. durch die Organisation Spitex erbracht werden können, verlangen weniger Personal als der Betrieb eines Pflegeheims oder eines Altersheims).

In der Tschechischen Republik werden diese Maßnahmen bislang lediglich in beschränktem Umfang und häufig nur auf proklamativer Ebene realisiert. Als sehr effektiv erweist sich die Sicherstellung von Telekontaktdiensten für Senioren in ihren Haushalten, wo der Klient mittels eines automatischen Notrufsystems in jeglicher Situation Hilfe herbeirufen kann. Die Unterstützung von durch Familienangehörige im häuslichen Umfeld erbrachter Seniorenbetreuung ist in der Mehrzahl der Regionen minimal.

In dem **Bereich**, der **zur Senkung der hohen Mitarbeiterfluktuation** beitragen würde, wird Augenmerk gelegt:

- auf die Sicherstellung einer angemessenen Entlohnung von Sozialmitarbeitern und Pflegepersonal (für den Bereich der Langzeitpflege bedeutet dies die Sicherstellung von Gehältern, die mit den Gehältern ähnlicher Kategorien von Spitalmitarbeitern vergleichbar wären),
- auf die Gewährleistung flexibler Arbeitszeit, die vor allem Frauen ermöglichen würde, berufliche und familiäre Pflichten miteinander zu vereinbaren (inkl. der Sicherstellung von Kinderbetreuung in den Randzeiten eines Arbeitstages), inkl. der Sicherstellung von Möglichkeiten dafür, dass das Personal seine Freizeit frei festlegen und gleichzeitig den Ablauf eines Arbeitstages bei ihrer Organisation mitbestimmen könnte,
- auf die Unterstützung der Zufriedenheit der Sozialmitarbeiter und des Pflegepersonals seitens des Managements, so dass deren Motivation zur Ausübung dieses Berufs mit einem hohen Arbeitseinsatz über lange Zeit gestärkt wird,
- auf das Halten älterer und erfahrenerer Mitarbeiter z. B. mittels der Senkung der Belastung und einer bewussten Anpassung des Arbeitstages inkl. der Sicherstellung der Entwicklung insbesondere jüngerer Mitarbeiter mit Hilfe kontinuierlicher Weiterbildung,
- auf die Unterstützung der Weiterbildung und der Möglichkeit des Karriereaufstiegs,
- auf die Sicherstellung einer institutionalisierten Gesundheitsförderung zur Vorbeugung von Überarbeitung und Burn-Outs.

Im Bereich der Rekrutierung neuer Arbeitskräfte wird Augenmerk gelegt:

- auf die Rekrutierung von Pflegepersonal aus dem Kreis junger Menschen, die in diesen Beruf eintreten und eine entsprechende Grundausbildung absolvieren (es sind mehr Ausbildungsplätze in Pflegeheimen, Spitälern und den Organisationen Spitex zu schaffen und eine positive Präsentation der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit sicherzustellen),
- auf die Rekrutierung von Personal mittels attraktiver Angebote für Personen, die in den Beruf zurückkehren (ein großes Rekrutierungspersonal bilden Pfleger, die ihren Beruf früher verlassen haben), bzw. durch das Organisieren von Umschulungsangeboten,
- auf die Rekrutierung von Pflegepersonal mittels einer stärkeren Gleichverteilung auf beide Geschlechter (dem entspricht die größere Wahrscheinlichkeit, dass mehr Männer für einen Pflegeberuf gewonnen werden),
- auf die Stärkung der Bedeutung der Ausbildung von Mitarbeitern, die Pflegedienstleistungen erbringen (flexiblere Ausbildungsmodelle, Unterstützung von Qualifikationsverfahren von Absolventen, Steigerung des Wertes der Berufsprüfungen auf das Niveau anderer Fachbereiche).

5. Qualität der erbrachten Sozialdienstleistungen

Der Qualität der erbrachten Dienstleistungen wird in beiden Ländern erhebliche Aufmerksamkeit gewidmet. In Heimen ist das Augenmerk auf die Qualität der erbrachten Dienstleistungen umso wichtiger, da die Menschen, die in diese Einrichtungen kommen, in der Regel ein dauerhaft bekanntes Umfeld verlassen und sich in einer völlig neuen Umgebung befinden.

In schweizerischen Heimen wird aus Sicht der Lebensqualität Augenmerk auf diese Hauptgrundsätze gelegt:

- das Heim schafft einen fließenden Übergang zwischen ersetzenden und ergänzenden Angeboten,
- das Heim sucht und pflegt die Begegnungen in seinem Umfeld,
- das Heim unterstützt den Kontakt zwischen Angehörigen und den Heimbewohnenden,
- das Heim respektiert die Autonomie der Bewohnenden,
- das Heim unterstützt die Verbundenheit der Bewohnenden untereinander,
- das Heim unterstützt die Bewohnenden in ihrer Entwicklung,
- das Heim entwickelt sich selbst stetig weiter,
- das Heim gewährleistet einen angemessenen Lebensstandard,
- das Heim wird professionell geführt.

Zum Erfüllen dieser Grundsätze sind diese Bewertungsstandpunkte definiert, die eine Richtschnur für die Gewährleistung der Grundrechte der einzelnen Klienten bei der täglichen Pflege und bei der Betreuungsarbeit sein sollen:

- Recht auf Würde und Achtung („Wir setzen uns dafür ein, dass in unserem Heim die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Würde und Achtung aller Menschen im Heim gewahrt werden.“),
- Recht auf Selbstbestimmung („Wir erkennen das Recht eines jeden Menschen im Heim auf größtmögliche Selbstbestimmung an.“),
- Recht auf Information („Jeder Mensch im Heim hat das Recht, detailliert, verständlich und rechtzeitig über alles informiert zu werden, was ihn betrifft.“),
- Recht auf Gleichbehandlung („Wir setzen uns dafür ein, dass es während des Lebens im Heim zu keinerlei Diskriminierung kommt.“),
- Recht auf Sicherheit („Wir setzen uns für die Sicherheit aller Menschen im Heim ein.“),
- Recht auf qualifizierte Dienstleistungen („Wir streben an, im Heim Dienstleistungen jeder Art anzubieten, die dem neuesten Stand der Praxis und der Wissenschaft entsprechen.“),
- Recht auf Wachstum der Persönlichkeit („Wir setzen uns dafür ein, dass sich alle Menschen im Heim weiterentwickeln und sich aktiv an unserer Gesellschaft beteiligen können und dass sie so selbständig wie möglich leben können.“),

- Recht der Menschen in Heimen und Institutionen auf Ansehen („Wir setzen uns dafür ein, dass alle Menschen in Heimen in der Gesellschaft geachtet und ernst genommen werden.“).

Völlig andersartig im Vergleich zur Tschechischen Republik ist die Struktur der Dienstleister in den Heimen. **Der größte Teil der Heime wird von privatrechtlichen Trägerschaften** (Verbänden, Stiftungen, Einzelpersonen) geführt. Gemeinden und Kantone bestellen bei diesen Dienstleistern Dienstleistungen für die einzelnen Klienten, sie kontrollieren den Umfang und die Qualität der erbrachten Dienstleistungen, da davon deren Existenz abhängt. Das Niveau der einzelnen Standards ist dabei in der Regel so festgelegt, dass 80% der Heime diese Standards leicht erreichen oder diese bereits erfüllen. Die Qualität wird dabei in diesen Kategorien definiert und kontrolliert:

- Grundlagen, Führung und Organisation,
- Pflege und Betreuung,
- Alltagsgestaltung und Aktivierung,
- ärztliche Dienste,
- Freiheit und freiheitsbeschränkende Maßnahmen,
- Sterbebegleitung und Todesfall,
- Essen und Trinken,
- Hauswirtschaft,
- Sicherheit,
- bauliche Voraussetzungen.

In der Tschechischen Republik wird der Qualität der erbrachten Dienstleistungen erst ca. seit dem Jahr 2000 systematische Aufmerksamkeit gewidmet. Die einzelnen **Standards und Prinzipien ihrer Festlegung werden „von unten“** durch die aktive Tätigkeit vor allem nichtstaatlicher gemeinnütziger Organisationen **definiert**. Gegenwärtig sind die Qualitätsstandards der erbrachten Dienstleistungen auf diese Bereiche ausgerichtet:

- Ziele und Methoden des Erbringens von Sozialdienstleistungen,
- Schutz der Rechte von Personen,
- Verhandlungen mit einem Interessenten an einer Sozialdienstleistung,
- Vertrag über das Erbringen einer Sozialdienstleistung,
- individuelle Planung des Ablaufs einer Sozialdienstleistung,
- Dokumentation über das Erbringen einer Sozialdienstleistung,
- Beschwerden zur Qualität oder zur Art und Weise des Erbringens einer Sozialdienstleistung,
- Anbindung einer erbrachten Sozialdienstleistung an weitere verfügbare Quellen,
- personelle und organisatorische Sicherstellung einer Sozialdienstleistung,
- professionelle Entwicklung der Beschäftigten,
- örtliche und zeitliche Verfügbarkeit einer erbrachten Sozialdienstleistung,
- Informiertheit über eine erbrachte Sozialdienstleistung,
- Umfeld und Bedingungen,
- Not- und Konfliktsituationen,
- Steigerung der Qualität einer Sozialdienstleistung.

Augenmerk wird dabei darauf gelegt, dass jeder Sozialdienstleister die einzelnen Kriterien ausführlich schriftlich ausgearbeitet hat, was anschließend im Rahmen einer Inspektion der Qualität der erbrachten Sozialdienstleistungen kontrolliert wird. Eine Reihe von Qualifikationsbedingungen für Mitarbeiter im Bereich der Sozialdienstleistungen ist per Gesetz definiert, diese Bedingungen sind Gegenstand der Registrierung einzelner Sozialdienstleister.

Eine bedeutende Aktivität, die auf die Qualität erbrachter Sozialdienstleistungen für Senioren gerichtet ist, ist das Projekt **„Qualitätszertifikat in den Sozialdienstleistungen“**, welches der Verband der Träger sozialer Einrichtungen der Tschechischen Republik als die größte Berufsorganisation in den Sozialdienstleistungen seit 2009 realisiert. Ziel dieses Projekts ist es, Senioren, die in ein Altersheim eintreten, aber auch deren Familien-

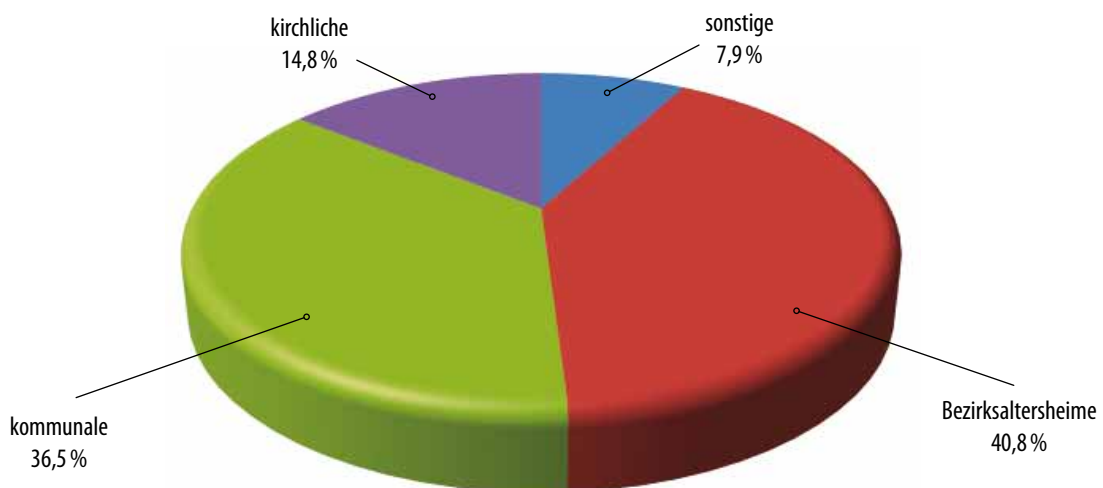
angehörigen, eine eindeutige Information darüber bereitzustellen, welche Qualität sie vom Leben in der gegebenen Einrichtung erwarten können. Es handelt sich um ein einfaches System einer externen Zertifizierung dieser Einrichtungen, die auf der sog. Erteilung von Sternchen beruht. In der Praxis sieht ein neuer Nutzer, wie auch eventuell seine Familie, so bereits beim Betreten des Altersheims, ob es sich z. B. um ein Zwei-Sterne- oder ein Fünf-Sterne-Heim handelt.

Das Qualitätzertifikat in den Sozialdienstleistungen bewertet alle wichtigen Aspekte eines Aufenthalts in einer Einrichtung, und zwar lediglich aus einem Blickwinkel – aus der Sicht des Senioren, bzw. des Bewohners dieser sozialen stationären Einrichtung selbst. Aufmerksamkeit wird diesen Bewertungsbereichen gewidmet:

- Unterkunft (bewertet werden die Wohnqualität, die Struktur der Ausstattung der Zimmer und sämtlicher Gemeinschaftsbereiche des Heims und seiner Umgebung, die erbrachten Dienstleistungen u. ä.),
- Verpflegung (geprüft wird nicht nur die Qualität der Verpflegung, sondern auch die Möglichkeit der Wahl von Speisen, Getränken sowie die gesamte Kultur und Form der Verpflegung, bewertet wird auch die Möglichkeit der Festlegung von Zeit und Ort des Verzehrs einer Speise u. ä.),
- Kultur und Freizeit (bewertet werden die Struktur der gesellschaftlich-kulturellen Programme eines Heims, das sinnvolle Verbringen der Freizeit der Senioren nach ihren Bedürfnissen und Wünschen, das Angebot an Sport-, Bildungs- und Hobbyaktivitäten und geistlichen Programmen, die ehrenamtliche Tätigkeit in einer Einrichtung u. ä.)
- Partnerschaft (in diesem Bereich werden die Kriterien bewertet, die den Grad der Selbstbestimmung, der Selbstversorgung, des Entscheidens, der Kommunikation und der individuellen Einstellung gegenüber den Nutzern widerspiegelt),
- Pflege (bewertet werden sowohl die Pflege, als auch die Betreuung und deren einzelne Elemente).

Aus Sicht der Struktur der Altersheime nach dem Typ des Trägers nehmen **den größten Anteil Einrichtungen ein, die durch die Selbstverwaltungsbehörden der Städte und Bezirke geführt werden (siehe Grafik Nr. 3).**

Grafik Nr. 3: Struktur der Altersheime in der Tschechischen Republik nach dem Typ des Trägers im Jahr 2010



Quelle: Statistisches Jahrbuch aus dem Bereich Arbeit und Soziales 2010, Prag: Ministerium für Arbeit und Soziales, 2011. ISBN 978-80-7421-027-3

6. Demenz und Sozialdienstleistungen für Senioren

Im Zusammenhang mit den demografischen Trends leiden immer mehr Menschen an Demenz. Es handelt sich um die dritthäufigste Diagnose bei Senioren in schweizerischen Heimen. Das Risiko einer Erkrankung des Gehirns steigt exponentiell mit steigendem Alter ab 60 Jahren und erreicht ein Maximum von 40 % bei der Gruppe 90-jähriger Personen. Auf der Grundlage der demografischen Entwicklung steigt in der Schweiz somit die Zahl der Demenzkranken von heute 107 000 Personen in zehn Jahren bereits auf 140 000 Personen, wobei bis 2050 mit einem Anstieg der Zahl der Erkrankten bis auf 300 000 zu rechnen ist.

Demenzkrankheit ist nicht heilbar und der Verlauf der Krankheit kann nicht durch Arzneimittel gestoppt werden, er kann maximal verlangsamt werden. Deshalb ist das Hauptinteresse der Demenzversorgung die optimale Pflege und Betreuung, die den Anspruch auf ständige Würde und ihre spezifischen Defizite berücksichtigt. Das im Rahmen eines Heims entwickelte Konzept, das unter Berücksichtigung der räumlichen Voraussetzungen und des betrieblichen Ablaufs die Bedürfnisse Demenzkranker berücksichtigt, dient als Basis für verschiedene Interventionsmöglichkeiten. In diesem Sinne finden gegenwärtig diese Ansätze und Methoden einer angemessenen Pflege Anwendung:

- **Validation**, die in der unzensurierten Art des Weltverständnisses von Demenzkranken besteht. Die Therapie sollte ermöglichen, dass Demenzkranke wichtige, bislang ungelöste Aufgaben aus einer früheren Lebensperiode lösen. Die Schaffung der Beziehung wird in den Vordergrund gestellt, geäußerte Gefühle und Antriebe der Kranken werden ernst genommen.
- **Milieu**therapie, die als therapeutisches Handeln zum Zwecke der Anpassung der Umwelt an die Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen von Demenzkranken verstanden wird. Die bewusste räumliche Gestaltung des Milieus und des Alltagslebens, die ihren Bedürfnissen angepasst ist, kann zu deren Wohlbefinden beitragen.
- **Erinnerungspflege/Biografiearbeit**, die das unvoreingenommene Verständnis für das Verhalten und Alltagsroutine fördert.
- **Kinästhetik**, die in der Analyse menschlicher Bewegungsmuster besteht, was bei der wirksamen Förderung von Demenzkranken bei deren körperlichen Bewegungen hilfreich ist.
- **Basale Stimulation**, die den Patienten zur Orientierung dient und ihnen hilft, den eigenen Körper und die Umwelt besser wahrzunehmen.

Ziel dieser Betreuungsmaßnahmen ist die Sicherstellung einer höchstmöglichen Lebensqualität von Demenzkranken während des gesamten Krankheitsverlaufs.

Die Demenzkrankheit ist fortschreitend. Während eines durchschnittlichen, ca. acht Jahre dauernden Krankheitsverlaufs nimmt der Schweregrad zu. In der mittleren und der letzten Phase der Krankheit sind die Pflegeanforderungen so hoch, dass diese Patienten praktisch nicht mehr im heimischen Umfeld leben können, da

sie den ganzen Tag professionelle Pflege und Betreuung benötigen und deshalb meist in Alters- und Pflegeheimen leben. Diese Entwicklung führt dazu, dass heute mindestens zwei von fünf Heimbewohnern an Demenz leiden.

Die Assistenzpflege, die diesen Patienten erbracht wird, legt Augenmerk auf ein Angebot von Möglichkeiten der Hilfestellung in allen Lebenslagen. Die Pflege muss auf einem wohlwollenden und partnerschaftlichen Ansatz beruhen. Es geht dabei darum, dass es nicht zu einer Über- oder Unterforderung der Patienten kommt. Die Demenzkranken erbrachte betreuende Pflege muss individuell und der Tagesform angemessen sein. Basis einer erbrachten individuellen Pflege sind die genannten Konzepte der Validation, der Kinästhetik und der basalen Stimulation. In einem fortgeschrittenen Demenzstadium ist die palliative Pflege wichtig, zu der auch die Arbeit mit Familienangehörigen gehört.

Zu den Hauptformen des Wohnens von Demenzkranken gehören in der Schweiz:

- spezialisierte Wohngruppen, die ausschließlich an Demenz leidende Personen betreuen,
- Wohngruppen, in denen Personen ohne kognitive Störungen und Demenzpatienten gemeinsam betreut werden,
- betreute Wohngruppen mit wohngemeinschaftsähnlicher Struktur,
- Tagesstätten,
- Ferienbetten,
- Nachtbetten.

Auch wenn spezialisierte Wohnformen für diese Personen gegenüber gemischten Wohnformen gewisse Vorteile aufweisen, lässt sich nicht sagen, welche der beiden Wohnformen besser ist. Beide haben Vor- und Nachteile, jede von ihnen kann für bestimmte, an Demenz leidende Personen geeignet sein. Untersuchungen in Australien und den USA haben gezeigt, dass etwa 10 Prozent der Demenzkranken derart schwerwiegende neuro-psychiatrische Begleitsymptome haben, dass sie in spezialisierten Institutionen betreut werden müssen. Die übrigen Demenzpatienten können entweder zu Hause durch geschulte Familienangehörige oder mit Hilfe von geschultem Betreuungspersonal aus nichtspezialisierten Institutionen gepflegt werden. Wichtig ist für Menschen mit schwerer Demenz ein barrierefreies Umfeld mit Zugang zu geschützten Gartenanlagen. Die Inneneinrichtung sollte an die bekannten Wohnformen anknüpfen. Die Beleuchtung sollte heller sein, als es bei gesunden Menschen üblich ist. Empfohlen wird ein Wert von 500 lx.

In der Tschechischen Republik wird der Problematik der Pflege von Menschen mit Demenz langfristig vor allem im Ressort des Gesundheitswesens Aufmerksamkeit gewidmet. Im sozialen Bereich wird dieser Problematik etwa seit der Jahrtausendwende erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet. Nach der Annahme des neuen Sozialdienstleistungsgesetzes wurde ein neuer Heimdiensttyp – Heime mit Sonderbetrieb konzipiert. Gegenwärtig gibt es in der Tschechischen Republik insgesamt 176 solcher Einrichtungen, deren Gesamtkapazität im Jahr 2010 8 526 Plätze war. Einer Reihe von Klienten wird Pflege und Betreuung jedoch auch in anderen Formen von mobilen, ambulanten und Heimdiensten erbracht, eine zusammengefasste Übersicht über die Gesamtzahl dieser Personen gibt es jedoch nicht. Es kann jedoch geschätzt werden, dass ähnliche Tendenzen, die in den kommenden Jahren aus Sicht des erwarteten Anstiegs der Zahl von Menschen mit Demenz in der Schweiz erwartet werden, auch in der Tschechischen Republik auftreten werden.

7. Palliative Care und Sozialdienstleistungen

In den letzten Jahren hat sich der Lebenscharakter der letzten Lebenstage des Menschen deutlich verändert: die Zahl der Todesfälle in Spitälern und Sozialdienstleistungseinrichtungen ist deutlich gestiegen. 2007 starben **in der Schweiz** lediglich 15 % der Personen über 75 Jahre und lediglich 5 % der Personen über 90 Jahre zu Hause. Umgekehrt starben 51 % der über 75-jährigen und 75 % der über 90-jährigen in stationären Einrichtungen, in Spitälern starben 20 % der über 90-jährigen. Diese Situation kann unterschiedliche Ursachen haben. Immer mehr Menschen sterben nicht unerwartet in verschiedenen Lebensphasen, sondern im hohen Alter, wobei sehr betagte Menschen am Lebensende häufig in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind und an gesundheitlichen Problemen und Störungen leiden und deshalb auf das Erbringen sozialer und gesundheitlicher Pflege angewiesen sind.

Diese intensive Pflege und Betreuung überschreitet häufig die Grenze der ambulanten, durch die Organisation Spitex erbrachten Dienstleistungen. Die gegenwärtigen soziologischen Veränderungen in der Familie und in der Gesellschaft ermöglichen praktisch nicht, dass die Pflege eines Seniors oder eines Behinderten in seinen letzten Lebensphasen zu Hause erbracht werden kann, da sie praktisch eine ununterbrochene ganztägige Pflege und Betreuung verlangen.

Die Entwicklung der Palliative Care in der Schweiz wurde bislang durch die „Schweizerische Fachgesellschaft Palliative Medizin, Pflege und Begleitung“ getragen, die sich für ihre Tätigkeit diese drei Ziele gesetzt hat:

- die Förderung der Verbreitung der Palliative Care in der Schweiz,
- die Verbesserung des Zugangs betroffener Menschen und ihrer Familienangehörigen zur Palliative Care,
- die professionelle Förderung und Sicherstellung der Qualität von palliativer Medizin, Pflege und Begleitung.

Palliative Care umfasst die Pflege und Betreuung von Personen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch voranschreitenden Krankheiten. Sie wird mit Blick auf die Zukunft geplant, deren Schwerpunkt sich aber in einer Zeit befindet, wo die Heilung der Krankheit bereits nicht mehr für möglich angesehen wird und nicht das primäre Ziel darstellt. Patienten wird eine optimale, ihrer Situation angepasste Lebensqualität bis zum Tod garantiert und nahestehende Personen werden angemessen unterstützt. Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor, und bezieht auch eine medizinische Behandlung, pflegerische Interventionen und psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein.

Mit der Annahme der nationalen Palliative Care Strategie 2010 – 2012 erhielt die Palliative Care in der Schweiz politische Unterstützung. Im Rahmen dieser Strategie werden in Form von Zielsetzungen und im Rahmen von sechs Teilprojekten konkrete Ziele für die Errichtung einer flächendeckenden Palliative Care festgelegt. 2011 wurden die „Nationalen Leitlinien Palliative Care“ definiert. In diesen wird eindeutig definiert, wann Palliative Care beginnt, was sie beinhaltet und wer sie erbringt:

- es wurden Indikationskriterien als Entscheidungshilfe bei der Frage definiert, wann spezialisierte Fachpersonen hinzuzuziehen sind, beziehungsweise wann ein Patient in eine spezialisierte Palliative-Care-Institution aufzunehmen ist,
- in einem wissenschaftlich begleiteten Projekt wird eine Krankenpflege-Leistungsverordnung vorbereitet, deren Ziel die Erhebung der Höhe der Gebühren für Dienstleistungen für die Tarifierung von Leistungen in der spezialisierten Palliative Care ist,
- es wurde die Nationale Informationsplattform „Palliative Care“ eingerichtet und es wurde die Informationsbroschüre „Unheilbar krank – was jetzt“ publiziert,
- es wird ein Nationales Bildungskonzept in diesem Bereich erarbeitet, zur Verfügung stehen werden Projekte für die Freiwilligenunterstützung und die Inhouse-Weiterbildung für Mitarbeitende ohne Fachausbildung,
- es wurde eine nationale Informations- und Koordinationsplattform für die Forschung aufgebaut.

Die palliative Pflege, die gesamte Pflege und Begleitung einzelner Bewohnender und ihrer Angehörigen und Bekannten am Lebensende erlangt in Altersheimen, Pflegeeinrichtungen und in Behindertenheimen immer größere Bedeutung. Gleichzeitig ist zu betonen, dass in den Heimen neben der palliativen Versorgung auch weiterhin elementare Aufgaben in der geriatrischen und sozialpädagogischen Versorgung weiterhin großen Raum einnehmen. Zu diesen gehören z. B. Rehabilitation, Demenzbetreuung, Lebensweltgestaltung und Unterstützung in der Alltagsbewältigung. **Palliative Care kommt in der stationären Langzeitpflege immer dort zum Zuge, wo bei chronisch fortschreitenden Krankheiten ausschließlich die Linderung der Symptome Ziel der unterstützenden Maßnahmen ist.** Ganz speziell wird Palliative Care eingesetzt, wenn das Lebensende näher rückt.

In Institutionen der Langzeitpflege leben Menschen mit ganz unterschiedlichen körperlichen, psychischen und geistigen Einschränkungen, wobei sie einen spezifischen Betreuungsbedarf haben und auf ihre Situation zugeschnittene Palliative Care verlangen. Alle sollten dank qualitativer Palliative Care in der letzten Lebensphase die Möglichkeit haben, eine hohe Lebensqualität zu erfahren. Dazu gehören vor allem das Respektieren der psychischen, sozialen, kulturellen und spirituellen Bedürfnisse und die Schaffung eines Umfelds, das dem Menschen am Lebensende individuell entspricht. Die Menschen sollten im Kontext der Langzeitpflege solche Rahmenbedingungen erleben, die ein Sterben in Würde ermöglichen. Wichtig ist zudem die Einbindung von Familienangehörigen und nahestehenden Personen, die für die im Heim lebende Person wichtig sind. Diese Personen müssen uneingeschränkt anwesend sein können, vor allem in der Sterbephase. Auch sie selbst benötigen rechtzeitige Aufmerksamkeit, Beratung und Begleitung, sofern sie dies wünschen.

Gegenwärtig gehen immer mehr Menschen erst bei einer höheren Pflegebedürftigkeit oder nach einem Spitalaufenthalt in ein Heim. Ihre Lebensdauer im Heim ist dann sehr kurz, häufig dauert sie lediglich einige Wochen bis Monate. Die Pflegenden müssen sich dann schnell und verstärkt mit ihrer aktuellen Lebenssituation, mit ihren individuellen Gewohnheiten und Bedürfnissen vertraut machen. Die Institutionen und deren leitende Mitarbeiter müssen deshalb darauf achten, dass das Personal nicht überlastet ist oder psychisch ausbrennt.

Die Gesundheitssituation betagter und behinderter Menschen am Lebensende ist nämlich oftmals instabil. Immer häufiger können Krisensituationen auftreten, die eine erhöhte Intensität der Pflege- und Betreuungsleistungen verlangen. Eine Klärung und Neubewertung der Situation ist oft in kurzen Abständen notwendig. Der Pflegebedarf in der Grundpflege (Probleme mit den Ausscheidungen, Kraftlosigkeit, Infektionen, Spasmen) und zur Linderung von chronischen Schmerzen und weiteren schweren Symptomen, wie Kachexie, Dyspnoe, Hyperästhesie, Fatigue usw., ist besonders in der terminalen Phase erhöht.

Zum Lebensende beschäftigen sich die Menschen häufig intensiv mit ihrer Endlichkeit, sie bilanzieren gelungene und weniger gelungene Momente im Leben. Dabei können noch ungelöste Probleme, Erinnerungen an Schicksalsschläge und erlittenes Leid belastende spirituelle Fragen nach Gerechtigkeit und Sinn auslösen. Pflegenden sind oftmals die ersten und wichtigsten Gesprächspartner. Würdevolles Sterben im Heim setzt zudem längere Gespräche bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnenden in der letzten Lebensphase und beim Sterben voraus.

Basis einer professionellen Palliative Care ist eine offene, adäquate und einfühlsame Kommunikation. Dazu gehören verständliche Informationen, die die reduzierten Kräfte des Patienten berücksichtigen. Bei betagte-

ren Menschen kommen häufig Hör- und Spracheinschränkungen hinzu, bei psychisch und geistig behinderten Menschen weitere schwere schwerwiegende Einschränkungen. Auf diese Einschränkungen ist Rücksicht zu nehmen, wenn man über die Gesundheitssituation und die entsprechenden Maßnahmen spricht. Diese aufmerksame Kommunikation ist elementar, wenn für Menschen in der letzten Lebensphase die bestmögliche Lebensqualität erreicht werden soll.

Ein wichtiger Grundsatz der Palliative Care besteht in einer kontinuierlichen professionellen Zusammenarbeit. Der Hauptpunkt ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und den Ärzten. In zweiter Linie ist punktuelle Hilfe und die Absprache mit der Seelsorge, einer Fachperson für die soziale Betreuung oder mit einer therapeutischen Fachperson geeignet. Für eine palliative Kultur ist aber auch die Einbindung weiteren Personals wichtig, da die Beschäftigten in der Küche, des Hausdienstes und der Administration häufig wichtige Kontaktpersonen für pflegebedürftige Menschen darstellen.

Die Beziehung zwischen den Bewohnenden stationärer Einrichtungen und ihren Familienangehörigen bekommt am Lebensende eine zugespitzte und zentrale Bedeutung. Familienangehörige würden ihren Verwandten häufig im Heim begleiten wollen, aber für die Pflegenden entsteht dadurch eine weitere Aufgabe, da sie die Familienangehörigen in den Pflege- und Betreuungsverlauf einbeziehen, sie bei einfachen Pflegehandlungen instruieren und sie unterstützen müssen. In dieser letzten Lebensphase tauchen aber auch häufig Beziehungsprobleme, finanzielle Fragen, ungeklärte familiäre Konflikte, die Regelung von „letzten Dingen“ auf. Aufgabe der Pflegenden ist es dann, für psychosoziale Probleme offen zu sein und im Bedarfsfall ein Gespräch anzuknüpfen, das zur Klärung von Problemen führt, oder eine geeignete Fachperson hinzuzuziehen.

Die letzte Lebensphase eines Familienmitglieds bedeutet für die Angehörigen, die oftmals selbst sehr betagt sind, auch einen schmerzhaften Prozess des Abschiednehmens. Bei diesem Trauerprozess benötigen auch die Angehörigen Unterstützung und Anteilnahme. Diese Aufgabe gehört laut Definition auch zu den Hauptzielen der Palliative Care.

Zur Unterstützung sowohl der Pflegenden wie der Familienangehörigen tragen in erheblichem Maße häufig Freiwillige (vor allem durch Besuche und durch Anwesenheit am Bett) bei, sie entlasten die pflegenden Personen vor allem in der Nacht, während der die Anwesenheit von Pflegepersonal in der Regel reduziert ist. Mit der Inanspruchnahme von Freiwilligen sind aber auch zusätzliche Aufgaben und Dienstleistungen verbunden, die die Institutionen zur Kenntnis nehmen müssen. Die Freiwilligen sind sorgfältig auszuwählen, vorzubereiten und weiterzubilden und in ihrer Tätigkeit auch zu unterstützen.

Zum Sterben in Würde gehört in den einzelnen Institutionen auch die Kultur des Abschiednehmens, die auf die individuellen Wünsche der Bewohnenden Rücksicht nimmt. Dazu gehört ein würdevoller Umgang mit dem Verstorbenen, die Schaffung von geeigneten Formen des Abschieds (Informationen, Rituale, Abschiedsfeier) für Verwandte, Mitbewohnende und Mitarbeitende der Institution. Diese Formen, aber auch Evaluationsgespräche mit Blick auf die Begleitung einer Person am Lebensende tragen dazu bei, ein potenzielles „Ausbrennen“ der Pflegenden zu verhindern.

Eine optimale palliative Versorgung ist nur dann möglich, wenn die verschiedenen Akteure in ständigem Kontakt stehen und ständig ihre Erfahrungen austauschen. Die Pflege im Rahmen dieses Versorgungsnetzes stellt eine wichtige Basis für konkrete Entscheidungen und Maßnahmen dar, die für das Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner und vertrauter Bezugspersonen realisiert werden sollten. Alle Leistungen von Palliative Care in Langzeitinstitutionen werden nach dem faktischen zeitlichen Aufwand abgegolten. Die Abgeltung dieser Leistungen richtet sich nach den in der Schweiz geltenden Prinzipien der Aufteilung und Finanzierung von Gesundheitskosten.

Die Grundversorgung von Palliative Care wird im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung gestaltet. Zur Anwendung kommt die Grundverteilung der Kosten auf drei Bereiche: Pflege, Betreuung und Kost/Logis. Die Zahlungen für die Pflege teilen sich die Versicherer, die Bewohnenden und die öffentliche Hand.

Die Pflegeleistungen der Grundversorgung sind derzeit ungenügend beschrieben, zudem werden in der höchsten Pflegestufe 12 maximal 220 Minuten täglich finanziert. Zusätzliche Pflegeleistungen gehen auf das Konto der Restfinanzierung und sind in den Kantonen auf unterschiedliche Weise limitiert. Beim Inkrafttreten

der neuen Methode der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 entschied das Parlament, dass es später zu kontrollieren sein wird, ob „die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Personen, die Palliativpflege oder Pflege bei demenziellen Krankheiten benötigen, angemessen berücksichtigt und gegebenenfalls Anpassungen notwendig sind“. Über diese Lücke ist jetzt in der Phase der Umsetzung der Nationalen Strategie Palliative Care zu diskutieren und es ist zu entscheiden, wer im Rahmen der neuen Pflegefinanzierung die verschiedenen Palliative-Care-Leistungen bei der Grundversorgung finanzieren wird.

Nachdem bislang ausschließlich spezialisierte Leistungserbringer für den Bereich Palliative Care mittels eines externen Audits ein Qualitäts-Label erlangen konnten, gibt es nun in der Schweiz diese Möglichkeit auch für Alters- und Pflegeheime. Insgesamt 56 Qualitätskriterien, die auch die Basis für die Durchführung externer Audits sind, können folgenden Themenbereichen zugeordnet werden:

- Konzept,
- Gesamtbeurteilung des Patienten,
- Therapie und Begleitung,
- Patientenrechte,
- ärztliche Behandlung,
- Pflege,
- Therapie, Seelsorge,
- interprofessionelle Zusammenarbeit, Teamarbeit,
- Information und Einbezug der Angehörigen,
- Umgang mit kritischen Zwischenfällen.

Für die Durchführung dieser Audits ist der Schweizerische Verein für Qualität in Palliative Care zuständig. Auf der Grundlage der Qualitätskriterien beauftragt er eine professionelle Auditorganisation mit der Durchführung von Audits und dem Liefern von Berichten an den Vorstand des Vereins, der anschließend über die Erteilung eines Qualitäts-Labels entscheidet.

In der Tschechischen Republik ist Palliative Care eine relativ neue Komponente von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen. Sie wird im Grunde nach denselben Prinzipien im Rahmen der übrigen Komponenten dieser Dienstleistungen erbracht und entwickelt, ihre Ausübung ist durch keine Berufsorganisation überdacht. Aus dieser Sicht kann das schweizerische Beispiel ein Beispiel der guten Praxis sein, das in der Tschechischen Republik übernommen werden könnte.

8. Sozialdienstleistungen für Senioren und Herausforderungen für die Zukunft

Es ist offensichtlich, dass vor den Sozialdienstleistungen für Senioren sowohl in der Schweiz wie auch in der Tschechischen Republik eine Reihe von Problemen und Herausforderungen steht. Um welche Fragen handelt es sich?

In der Schweiz tritt am 1. Januar 2013 das neue Gesetz zum Erwachsenenschutzrecht in Kraft, das nach 100 Jahren die rechtliche Regelung des sog. Vormundschaftsrechts ersetzt. Grundlage des Erwachsenenschutzrechts ist ein Menschenbild, nachdem jedem Menschen, unabhängig von seiner Urteils- und Leistungsfähigkeit, eine unverlierbare Würde zuerkannt wird. Diese Würde begründet den bedingungslosen Anspruch auf Achtung und Schutz. Das neue Erwachsenenschutzrecht schafft die rechtliche Basis für die Verteidigung der Interessen von Personen, die infolge von Urteilsunfähigkeit zum Großteil auf eine Behandlung auf der Grundlage ihrer unverlierbaren Würde angewiesen sind. Dieses Recht schützt konkret den Autonomieanspruch bei eingeschränkten individuellen Fähigkeiten mittels Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung, beziehungsweise mit Hilfe des Vertretungsrechts bei medizinischen Maßnahmen durch Familienangehörige.

Eine grundsätzliche Veränderung, die in diesem Bereich eingeführt wird, ist die **Professionalisierung des Erwachsenenschutzes**. Dank dieser Regelung wird die Solidarität in der Familie gefördert. Das neue Erwachsenenschutzrecht verlangt nämlich, dass bei medizinischen Maßnahmen auch die vertretungsberechtigten Personen so informiert werden, dass sie die Situation besser verstehen, wobei sie in der Vertretungsfunktion mit vorgeschlagenen Behandlungen einverstanden sein oder diese ablehnen können. Deshalb sind auch den vertretungsberechtigten Personen die Gründe, die Art und Weise, der Zweck, die Risiken, die Möglichkeiten, die Kosten, die Nebenwirkungen, die Folgen bei Unterlassung und die Alternativen der vorgeschlagenen Behandlung zu erläutern.

Dank des neuen Erwachsenenschutzrechts wird per Gesetz auch die freie Arztwahl festgelegt. Ebenso werden im neuen Erwachsenenschutzrecht die Bedingungen und das Vorgehen bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen festgelegt.

Im neuen Erwachsenenschutzrecht spielen die Patientenverfügungen, die bislang vom allgemeinen Persönlichkeitsschutz ausgingen, eine zentrale Rolle. Nach heutiger Rechtslage muss man sich zwar nach diesen Verfügungen richten, aber das Gesetz legt samt Formvorschriften nicht fest, bis zu welchem Grade dies gilt.

Mit dem neuen Recht werden zum einen ein schriftlicher Betreuungsvertrag und auch ein medizinischer Behandlungsplan gesetzlich vorgeschrieben. Entscheidungsberechtigte Familienangehörige müssen sich an medizinischen Maßnahmen beteiligen, auch wenn es keine Patientenverfügung oder einen Vorsorgeauftrag gibt. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, z. B. aufgrund fortgeschrittener Demenz und des entsprechenden Verhaltens, werden im Rahmen des neuen Erwachsenenschutzrechts lediglich als „ultima ratio“ angewendet.

Bei der Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen muss eine Institution der betreffenden urteilsunfähigen Person erklären, was geschieht, warum diese Maßnahme angewendet wurde, wie lange sie dauern wird und wer sie während dieser betreuen wird. Erst auf der Grundlage eines Protokolls über dieses Gespräch wird die Maßnahme rechtsgültig.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass das neue Erwachsenenschutzrecht für die Bewohnenden von Institutionen, ihre Familienangehörigen wie die Institutionen selbst verschiedene Vorteile und größere Sicherheit mit sich bringt.

Eine weitere neue Maßnahme, die bereits zu Beginn des Jahres 2012 in Kraft trat, ist die **Einführung einer neuen Spitalfinanzierung durch das schweizweit einheitliche Tarifsysteem SwissDRG**. Der Bund verspricht sich davon größere Transparenz und Vergleichbarkeit und einen größeren Raum für Wettbewerb. In Pflegeheimkreisen herrschen Befürchtungen, dass die Pflegeheime durch mögliche Auswirkungen negativ betroffen sein werden. Insbesondere wird damit argumentiert, dass die Bewohnenden allzu früh aus den Akutspitälern entlassen werden könnten, was einerseits bedeuten würde, dass die Pflegeheime aus fachlichen und personellen Gründen nicht ausreichend vorbereitet sind, auf der andere Seite ist die Finanzierung dieser zusätzlichen Kosten angeblich nicht garantiert.

Beim SwissDRG-Fallpauschalen-System werden stationär behandelte Patienten je nach Diagnose aus Akutspitälern in medizinische und ökonomisch homogene Fallgruppen eingeteilt. Die Einteilung erfolgt auf der Grundlage dieser Kriterien:

- Hauptdiagnose nach ICD-10 (d. h. internationale Klassifizierung der Krankheiten),
- Nebendiagnosen nach ICD-10,
- Prozeduren (Klassifizierung von Operationen und Behandlungen),
- weitere Faktoren (Alter, Geschlecht, Schweregrad usw.).

Die so entstandenen Fallgruppen werden „Diagnosis Related Groups“ (DRG) genannt. Für die einzelnen DRG (Fallgruppen) werden auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die obere und untere Grenzverweildauer berechnet. Fälle, die sich zwischen der unteren und der oberen Grenze bewegen, werden als Normalfälle betrachtet und mit dem festgelegten Kostengewicht abgegolten. In Fällen, wo eine geringere Zeit erforderlich ist, als es die untere Aufenthaltsgrenze ist, wird ein Abzug (= ein niedrigeres Kostengewicht) geltend gemacht; Fälle, die länger dauern, als es die obere Aufenthaltsgrenze ist, erhalten einen etwas höheren Betrag (= ein höheres Kostengewicht). Die implizierten Aufenthaltsdauern stellen einen Rahmen dar, wobei eine konkrete Entscheidung über die Entlassung eines Patienten auch weiterhin in der Kompetenz des behandelnden Arztes liegt.

Ein weiteres mögliches Problem, das indirekt auf viele Pflegeheime wirken kann, besteht in der Heterogenität der geriatrischen Patienten. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Beurteilung des Zustands der Patienten in Akutabteilungen von Spitälern unzureichend ist (beziehungsweise auf das akute medizinische Problem beschränkt ist) und dank dessen nicht das gesamte Rehabilitationspotenzial der Patienten – Senioren verstanden wird. Auf der anderen Seite ist auch die Frage noch offen, ob mit Hilfe der bestehenden geriatrischen DRG die medizinische Wirklichkeit ausreichend abgedeckt ist.

Eine Analyse des Themas zeigte jedoch, dass die Langzeitbehandlung durch allgemeine Trends beeinflusst wird, die sich unabhängig von der Einführung der DRG bereits seit mehreren Jahren beobachten lassen. Diese Trends werden nach der Einführung der DRG wohl noch zunehmen. Sie hängen mit der allgemeinen Kostendiskussion und mit der Problematik der Finanzierung im Gesundheitswesen zusammen. Dieser interessante Trend lässt sich auf die Feststellung reduzieren, dass Teile des Erbringens von Dienstleistungen allgemein aus dem Bereich der Akutpflege weg verlagert werden. Statistisch spiegelt sich dieser Trend in der kontinuierlich sinkenden Aufenthaltsdauer in den Akutabteilungen der Spitäler wider.

Konkrete **Folgen dieser Entwicklung** können diese Tatsachen sein:

- die in Pflegeheime verlegten Bewohner sind unzureichend informiert,
- es wird weniger Zeit für die Austrittsplanung (für Gespräche mit Familienangehörigen, dem übernehmenden Pflegeheim, der Organisation Spitex) geben,
- postakute Pflege wird in die Pflegeheime verlagert,

- die Rehabilitation werden die Pflegeheime übernehmen müssen,
- medizintechnische Verrichtungen (z. B. Vakuumverbände, Trachealkanülen oder Langzeitbeatmete) gehen in die Pflegeheime über,
- die Pflegeheime übernehmen Palliative Care (mit zeitaufwendigen interdisziplinären Gesprächen),
- Verrichtungen für terminale Pflege übernehmen die Pflegeheime.

Ein weiterer Trend besteht in der starken Zunahme der Zahl der chronisch Kranken. Dieser Trend hängt mit der erfolgreichen Akutbehandlung verschiedenster Krankheiten zusammen, die an sich ein langes Leben ermöglichen, das allerdings häufig mit chronischen Beeinträchtigungen verbunden ist.

Für Pflegeheime können aus den oben genannten Trends folgende Chancen hervorgehen:

- die Bewohnenden kommen früher ins Pflegeheim,
- Pflegeheime werden für die Akutabteilungen der Spitäler wichtiger,
- es entsteht ein neuer Markt: von der Akut- und Übergangspflege bis zum „Spital light“,
- generell steigt die Attraktivität von Pflegeheimen.

Die Risiken dieses Vorgehens können in diesen Bereichen gesehen werden:

- geriatrische Patienten werden während des Aufenthalts in den Akutabteilungen der Spitäler ungenügend informiert,
- die Bewohnenden werden zu früh in die Pflegeheime kommen (für neu aus einer Akutabteilung in einem Spital kommende Patienten entsteht das Risiko, dass es aufgrund des Zeitdrucks zu übereilten Einweisungen ins Pflegeheim ohne eine hinlängliche medizinische und vorherige sorgfältige soziale Abklärung kommt),
- die Finanzierung für die Akut- und die Übergangspflege sowie für die postakute Pflege bleibt ungenügend,
- unzureichende personelle Ressourcen.

Der Kernaspekt bleibt jedoch auch weiterhin die Frage des Wohnens und des Wohnumfelds. Deshalb könnte in den kommenden Jahren bei betagten und sehr betagten Menschen die Nachfrage nach neuen, mannigfaltigen Wohnformen mit individuellen Betreuungsmöglichkeiten steigen. Im Vordergrund steht hier vor allem das Konzept des „geschützten“, beziehungsweise „begleiteten Wohnens“, bei dem die Bewohnenden der Seniorenwohnungen direkt aus dem Dienstleistungs- und Pflegeangebot eines benachbarten Alters- oder Pflegeheims profitieren.

In Zukunft werden insgesamt eher mehr als weniger Plätze in Pflegeheimen benötigt werden. Auf der Grundlage des erwarteten starken Anstiegs von Altersdemenz werden allerdings noch mehr spezialisierte Demenzstationen und Heime für Demenzpatienten, beziehungsweise dezentralisierte Wohngruppen mit eigenen Betreuungskonzepten und angepasster Architektur entstehen. Diese ermöglichen Personen mit demenziellen Störungen auch weiterhin ein eigenständiges Leben in einem geschützten Umfeld. Generell kann angenommen werden, dass selbstbewusste betagte und sehr betagte pflegebedürftige Menschen künftig stärker kleinere bereute Wohngruppen mit bedarfsorientierten und differenzierten Dienstleistungen verlangen werden. Der Trend wird eher weg von den großen regionalen Pflegeinstitutionen führen. Nach den heutigen Tendenzen könnten sich in der Schweiz die weniger gefragten konventionellen Altersheime in Richtung Pflegeheime oder Alterspensionen und temporäre Wohngemeinschaften, beziehungsweise teilstationäre Tagesheime wandeln. Insgesamt lässt sich erwarten, dass zukünftig die Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Betreuung und Pflege relativ fließend sein werden. Wie Untersuchungen bestätigen, stellen Alters- und Pflegeheime bereits heute ihre Infrastruktur, ihr Know-how und zahlreiche Dienstleistungen Personen zur Verfügung, die nicht in ihrem Heim wohnen.

In der Tschechischen Republik sind die Kernlösungen auf Maßnahmen zu richten, die zur Stimulierung und Entwicklung mobiler und ambulanter Sozialdienstleistungen, zur Gewährleistung der Verfügbarkeit und Verknüpfung von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen sowie zur Stärkung der Verantwortung der Gemeinden für deren Erbringen führen.

Auf die Charakteristik des bestehenden Systems der Finanzierung und des Erbringens von Sozialdienstleistungen hat – wie bereits konstatiert wurde – aus Sicht des Staates wie aus Sicht der übrigen Subjekte eine ganze Reihe von Kriterien und Faktoren einen Einfluss, von denen zu den wichtigsten gehören:

- die Kriterien für die Festlegung des Abhängigkeitsgrades,
- die Struktur der Nutzer einzelner Typen von Sozialdienstleistungen aus Sicht ihres Abhängigkeitsgrades,
- die Kriterien für die Zuerkennung von Zuschüssen seitens des Staates (Ministerium für Arbeit und Soziales) und des Trägers,
- der Zugang der Krankenversicherungen zur Finanzierung erbrachter betreuender und rehabilitierender Gesundheitsfürsorge in Heimen,
- die Kriterien für die Festlegung der Höhe der Zahlungen eines Nutzers einer Dienstleistung für Kost und Logis in Heimen sozialer Dienste und für die einzelnen Leistungen ambulanter und mobiler Dienste.

Bei der Bewertung der Effektivität ist auch der Einfluss des unterschiedlichen Niveaus der Ausstattung der einzelnen Regionen mit Sozialdienstleistungen nicht zu vergessen, der die Möglichkeiten einer optimalen Befriedigung der Bedürfnisse des Klienten in Abhängigkeit von seiner gesamten sozialen Situation erheblich abgrenzt. Zu vergessen ist auch nicht die Tatsache, dass die Höhe der Betriebskosten der einzelnen Einrichtungen erheblich durch das Alter ihrer Gebäude und die Personalausstattung der Einrichtungen bestimmt wird. Aufmerksamkeit ist auch der Größe der einzelnen Sitze und den wesentlichen Entwicklungstrends zu widmen, die bei deren Entwicklung in den europäischen Ländern geltend gemacht werden.

Die durchgeführten Analysen der Effektivität der einzelnen Elemente des Systems der Finanzierung und des Erbringens von Sozialdienstleistungen empfehlen in diesem Sinne, insbesondere diese Maßnahmen umzusetzen:

- das System der Auszahlung eines Pflegebeitrags so zu ändern, dass er den Empfängern im I. und II. Abhängigkeitsgrad (also vor allem bei mobilen und stationären Einrichtungen) in geldloser Form gewährt wird (dem Bürger würde ein Pflegebeitrag in Form einer Sachleistung zuerkannt und einem registrierten Dienstleister, bei dem der Bürger die Dienstleistung gewählt hat, würde sie durch eine Gemeinde mit erweitertem Wirkungsbereich beglichen werden), ggf. eine kombinierte Methode der Beitragsauszahlung einzuführen,
- das System der Auszahlung eines Pflegebeitrags in Heimen so zu ändern, dass der Dienstleister vom Gesetz her der Empfänger des Pflegebeitrags ist.

Die Effektivität von Sozialdienstleistungen wird auch durch die Tatsache erheblich beeinflusst, dass es die Krankenversicherungen, vor allem die Allgemeine Krankenversicherung, langfristig – bereits seit Einführung des Systems der öffentlichen Krankenversicherung – ablehnen, sämtliche Kosten der tatsächlich erbrachten betreuenden und rehabilitativen Fürsorge zu begleichen.

Rechnen wir hinzu, dass die maximale Höhe der Erstattungen für Kost und Logis in Heim- und ambulanten Einrichtungen und für einzelne Leistungen, die im Rahmen mobiler und ambulanten Sozialdienstleistungen erbracht werden, seitens des Staates durch eine maximale Erstattungshöhe reguliert ist, ist deutlich, dass das Erbringen von Sozialdienstleistungen für betagte und behinderte Bürger vom Gewähren staatlicher Zuschüsse abhängig ist. Die Abhängigkeit von der Gewährung eines Zuschusses verhindert jedoch die Entwicklung der Sozialdienstleistungen selbst. Alle neuen Maßnahmen sind deshalb in der Beseitigung der Abhängigkeit der Sozialdienstleister von der Zuerkennung eines Zuschusses aus dem Staatshaushalt zu sehen.

Aus Sicht der Effektivität der Finanzierung von Sozialdienstleistungen ist ebenfalls das gesamte System der Bewertung des Abhängigkeitsgrades zu ändern. Die bestehenden Kriterien ermöglichen, die Situation von Körperbehinderten und Senioren objektiv zu beurteilen, demgegenüber ermöglichen sie nicht, die Bedürfnisse mental und psychisch Behinderter und Blinder objektiv zu bewerten.

Zur Entwicklung von Sozialdienstleistungen wie zur Stärkung der Rolle der Gemeinden bei deren Erbringen würde ebenfalls eine systemhafte Verbindung der Bereiche Planung, Registrierung und Finanzierung von Sozialdienstleistungen beitragen. Der Ausgangspunkt ist im System der Planung von Sozialdienstleistungen zu sehen. Im Rahmen der Durchführung einer soziodemografischen Analyse einer gegebenen territorialen Einheit sollte es zu einer eingehenden Ermittlung des Bedarfs des Erbringens einzelner Sozialdienstleistungen einschließlich der Durchführung einer eingehenden Analyse der erwarteten Entwicklung der demografischen Struktur einzelner Altersgruppen der Bevölkerung kommen. Diese Bedürfnisse sollten im Rahmen der Vorbereitung eines mittelfristigen Plans der Entwicklung von Sozialdienstleistungen mit den Meinungen der Erbringer und Nutzer (evtl. auch potenzieller Nutzer) einzelner Sozialdienstleistungen konfrontiert werden.

Anschließend sollten die Prioritäten der Entwicklung von Sozialdienstleistungen nicht nur im mittelfristigen, sondern auch im langfristigen Horizont festgelegt werden: diese Prioritäten sollten weiter bis in einzelne Realisierungsschritte und Teiletappen ausgearbeitet werden.

Neben allen, oben angeführten Maßnahmen, die den Bereich der Sozialdienstleistungen direkt betreffen, ist auch eine Reihe weiterer Schritte zu berücksichtigen, die in anhänglichen oder bedingenden Bereichen unbedingt zu realisieren wären. In diesem Sinne handelt es sich vor allem darum, dass:

- sich die einzelnen Städte und Gemeinden im Rahmen ihres Wohnungspolitikkonzepts bemühen, der Errichtung kleiner und barrierefreier Wohnungen Aufmerksamkeit zu widmen, in denen Senioren und Behinderten effektiv mobile Sozialdienstleistungen so erbracht werden könnten, dass es zu einem Aufschub des Bedarfs der Erbringung von Pflege und Betreuung in einem Heim kommt,
- bei der Festlegung der Miethöhe in Gemeindewohnungen einer einzelnen Gemeinde oder Stadt individuell nach den gesamten Einkommens- wie Vermögensmöglichkeiten insbesondere von Senioren und Behinderten so herangegangen wird, dass Bedingungen dafür geschaffen werden, dass für diese Personengruppen die Grundvoraussetzungen für das Erbringen der benötigten mobilen Dienstleistungen in ihrem natürlichen häuslichen Umfeld geschaffen werden und kein vorzeitiger Druck auf das Erbringen von Dienstleistungen in Heimen für Sozialdienstleistungen geschaffen wird,
- die Bauämter im Rahmen eines Abnahmeverfahrens konsequent auf die Einhaltung barrierefreier Zugänge zu allen Geschäften, Kultureinrichtungen und weiteren Objekten, die öffentliche Dienstleistungen erbringen, achten,
- die einzelnen Bezirke und betrauten Gemeindeämter in ihren Einzugsgebieten die Verkehrsbedienung systematisch so ermitteln, dass Senioren und Behinderte, die überwiegend auf den Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen sind, nicht durch sozialen Ausschluss (im weitesten Sinne des Wortes) in der Folge seines unzureichenden Niveaus gefährdet sind.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen in ihrem Komplex trägt zur notwendigen Entwicklung von Sozialdienstleistungen für Senioren und Behinderte bei. Es ist anzunehmen, dass es bei deren Abbildung in der Praxis bis 2025 zu einer deutlichen Entwicklung mobiler und ambulanter Sozialdienstleistungen kommt, dennoch kann in keinem Fall erwartet werden, dass die bestehenden Heimkapazitäten ermöglichen würden, alle berechtigten Forderungen nach einer Unterbringung jener Senioren und Behinderten zu befriedigen, die hinsichtlich ihres Alters oder ihres ungünstigen Gesundheitszustands eine komplexe Ganztagspflege und -betreuung verlangen werden.

Schluss

Der Vergleich der grundlegenden Elemente der Systeme der Sozialdienstleistungen für Senioren in der Tschechischen Republik und in der Schweiz, der Quellen der Bürger für deren Finanzierung, der Ausstattung der einzelnen regionalen Einheiten mit diesen Dienstleistungen, die Charakteristik der Ausstattung von Heimen für Sozialdienstleistungen stellt für beide Länder eine Anregung dar. Die in den einzelnen Bereichen identifizierten Erkenntnisse können für die Entwicklung der Systeme in der Schweiz als auch in der Tschechischen Republik genutzt werden. Das Altern der Bevölkerung stellt in dieser Richtung eine große Herausforderung für die Umsetzung einer Reihe von Schritten und Maßnahmen dar, die die Entwicklung von Sozialdienstleistungen für die Bürger in beiden Ländern stimulieren.

Verwendete Literatur

Stationäre Langzeitpflege in der Schweiz. Tábor:

Verband der Träger sozialer Einrichtungen der Tschechischen Republik, 2012

Vorausgesetzter Einfluss der Änderung der Finanzierungsweise von Sozialdienstleistungen auf das Niveau der Beschäftigungslosigkeit, SOCIOKLUB & Medizinisch-soziale Fakultät der Südböhmischen Universität České Budějovice & Berufskammer der Sozialmitarbeiter, 2000

Průša, L. *Modell der effektiven Finanzierung und des Erbringens von Langzeitpflege.*

Prag: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-097-4

Průša, L. und Koll. *Das Erbringen von Sozialdienstleistungen für Senioren und Behinderte.*

Prag: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

Anhänge

Anhang Nr. 1: Renteneintrittsalter der in der Tschechischen Republik nach 1936 geborenen Versicherten

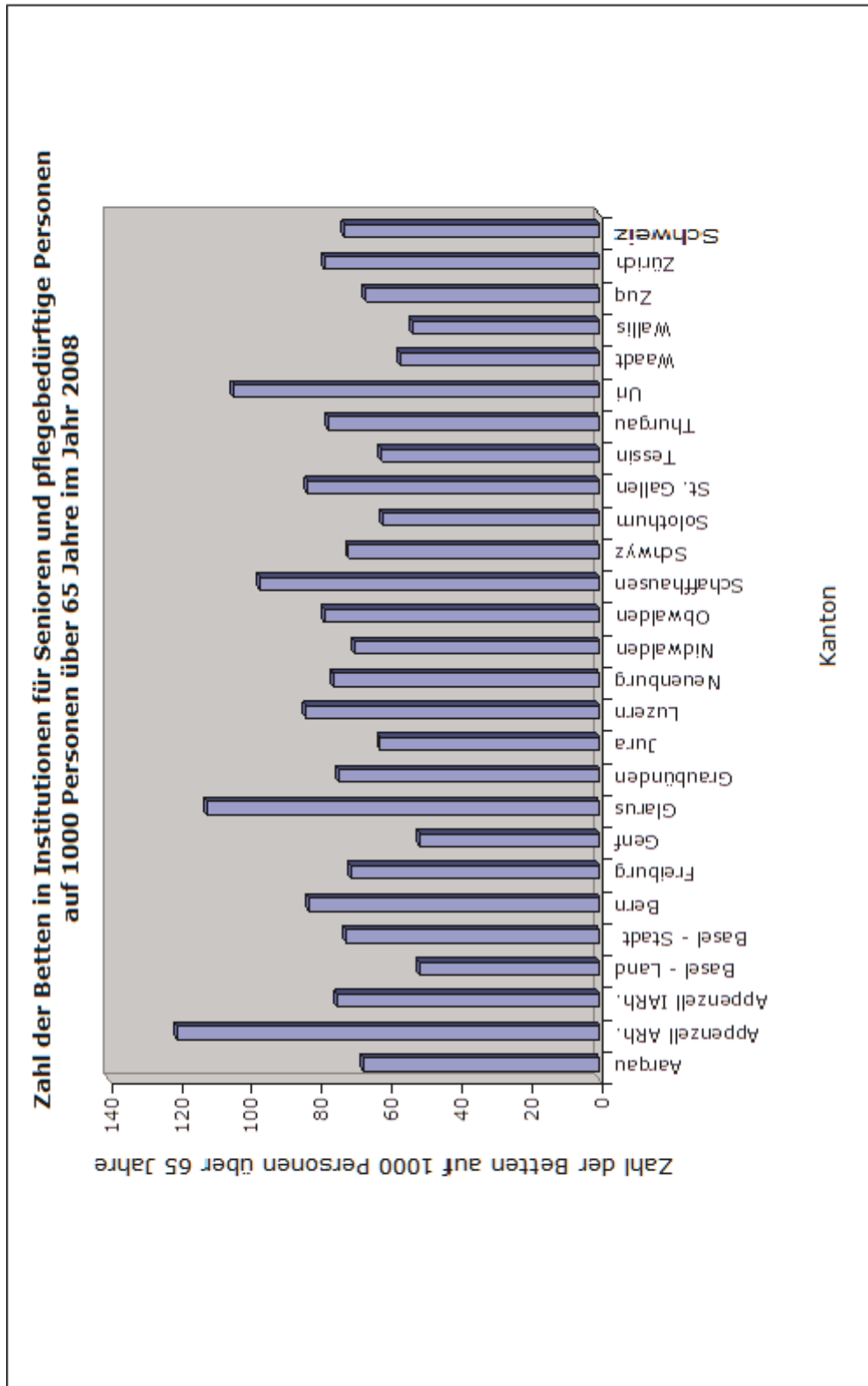
| Geburtsjahr | Das Renteneintrittsalter beträgt bei | | | | | |
|-------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------|---------|---------|------------|
| | Männern | Frauen Mit der Zahl aufzogener Kinder | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 und 4 | 5 und Mehr |
| 1936 | 60J+2M | 57J | 56J | 55J | 54J | 53J |
| 1937 | 60J+4M | 57J | 56J | 55J | 54J | 53J |
| 1938 | 60J+6M | 57J | 56J | 55J | 54J | 53J |
| 1939 | 60J+8M | 57J+4M | 56J | 55J | 54J | 53J |
| 1940 | 60J+10M | 57J+8M | 56J+4M | 55J | 54J | 53J |
| 1941 | 61J | 58J | 56J+8M | 55J+4M | 54J | 53J |
| 1942 | 61J+2M | 58J+4M | 57J | 55J+8M | 54J+4M | 53J |
| 1943 | 61J+4M | 58J+8M | 57J+4M | 56J | 54J+8M | 53J+4M |
| 1944 | 61J+6M | 59J | 57J+8M | 56J+4M | 55J | 53J+8M |
| 1945 | 61J+8M | 59J+4M | 58J | 56J+8M | 55J+4M | 54J |
| 1946 | 61J+10M | 59J+8M | 58J+4M | 57J | 55J+8M | 54J+4M |
| 1947 | 62J | 60J | 58J+8M | 57J+4M | 56J | 54J+8M |
| 1948 | 62J+2M | 60J+4M | 59J | 57J+8M | 56J+4M | 55J |
| 1949 | 62J+4M | 60J+8M | 59J+4M | 58J | 56J+8M | 55J+4M |
| 1950 | 62J+6M | 61J | 59J+8M | 58J+4M | 57J | 55J+8M |
| 1951 | 62J+8M | 61J+4M | 60J | 58J+8M | 57J+4M | 56J |
| 1952 | 62J+10M | 61J+8M | 60J+4M | 59J | 57J+8M | 56J+4M |
| 1953 | 63J | 62J | 60J+8M | 59J+4M | 58J | 56J+8M |
| 1954 | 63J+2M | 62J+4M | 61J | 59J+8M | 58J+4M | 57J |
| 1955 | 63J+4M | 62J+8M | 61J+4M | 60J | 58J+8M | 57J+4M |
| 1956 | 63J+6M | 63J+2M | 61J+8M | 60J+4M | 59J | 57J+8M |
| 1957 | 63J+8M | 63J+8M | 62J+2M | 60J+8M | 59J+4M | 58J |
| 1958 | 63J+10M | 63J+10M | 62J+8M | 61J+2M | 59J+8M | 58J+4M |
| 1959 | 64J | 64J | 63J+2M | 61J+8M | 60J+2M | 58J+8M |
| 1960 | 64J+2M | 64J+2M | 63J+8M | 62J+2M | 60J+8M | 59J+2M |
| 1961 | 64J+4M | 64J+4M | 64J+2M | 62J+8M | 61J+2M | 59J+8M |
| 1962 | 64J+6M | 64J+6M | 64J+6M | 63J+2M | 61J+8M | 60J+2M |
| 1963 | 64J+8M | 64J+8M | 64J+8M | 63J+8M | 62J+2M | 60J+8M |
| 1964 | 64J+10M | 64+10M | 64J+10M | 64J+2M | 62J+8M | 61J+2M |
| 1965 | 65J | 65J | 65J | 64J+8M | 63J+2M | 61J+8M |
| 1966 | 65J+2M | 65J+2M | 65J+2M | 65J+2M | 63J+8M | 62J+2M |
| 1967 | 65J+4M | 65J+4M | 65J+4M | 65J+4M | 64J+2M | 62J+8M |
| 1968 | 65J+6M | 65J+6M | 65J+6M | 65J+6M | 64J+8M | 63J+2M |
| 1969 | 65J+8M | 65J+8M | 65J+8M | 65J+8M | 65J+2M | 63+8M |
| 1970 | 65J+10M | 65J+10M | 65J+10M | 65J+10M | 65J+8M | 64J+2M |
| 1971 | 66J | 66J | 66J | 66J | 66J | 64J+8M |
| 1972 | 66J+2M | 66J+2M | 66J+2M | 66J+2M | 66J+2M | 65J+2M |
| 1973 | 66J+4M | 66J+4M | 66J+4M | 66J+4M | 66J+4M | 65J+8M |
| 1974 | 66J+6M | 66J+6M | 66J+6M | 66J+6M | 66J+6M | 66J+2M |
| 1975 | 66J+8M | 66J+8M | 66J+8M | 66J+8M | 66J+8M | 66J+8M |
| 1976 | 66J+10M | 66J+10M | 66J+10M | 66J+10M | 66J+10M | 66J+10M |
| 1977 | 67J | 67J | 67J | 67J | 67J | 67J |

Erläuterungen: „J“ bedeutet Jahr, „M“ bedeutet Monat

Anmerkung: Das Renteneintrittsalter verlängert sich auch für 1978 Geborene und Jüngere stets um plus 2 Monate für jeden weiteren Jahrgang.

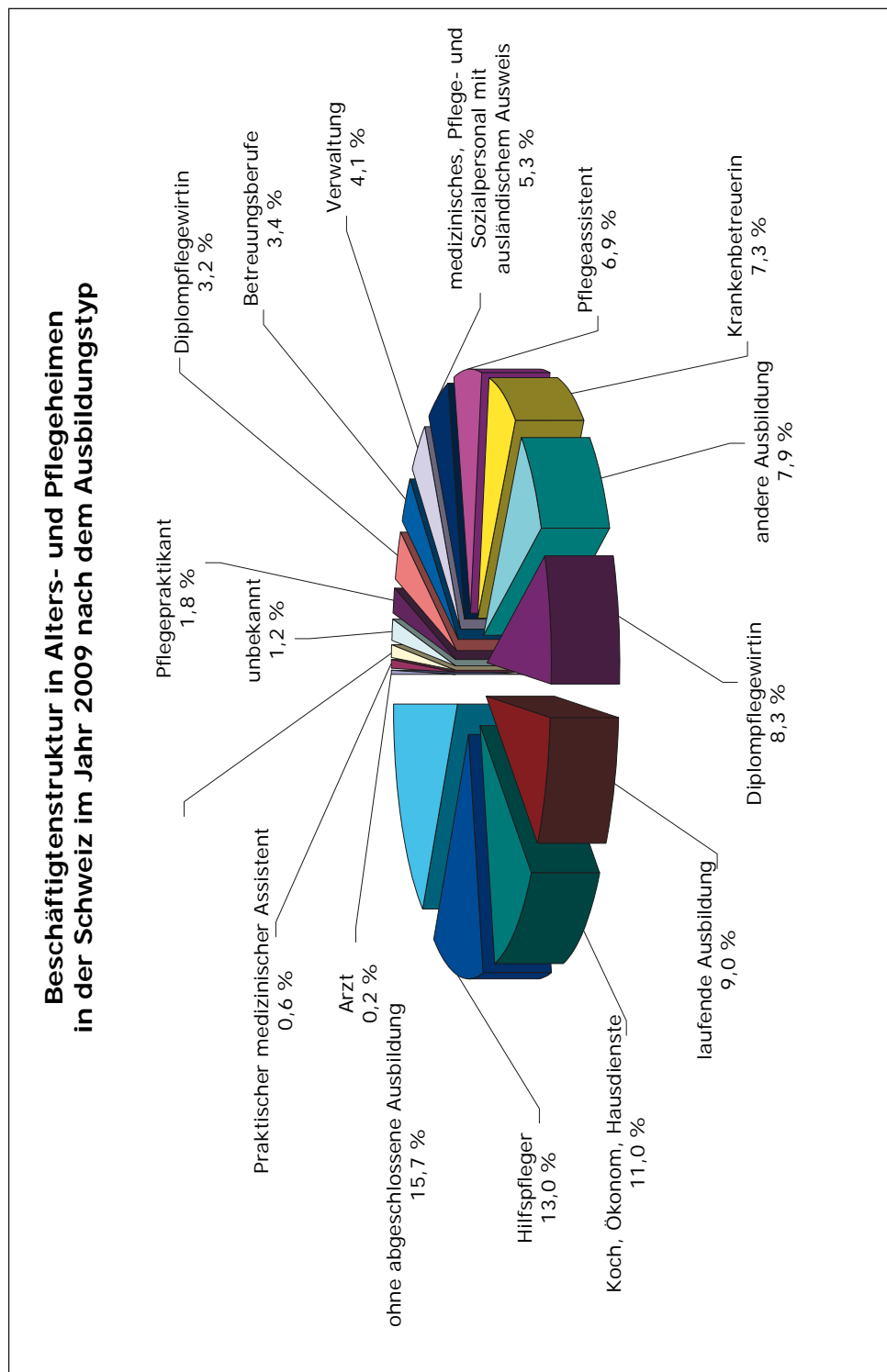
Quelle: www.mpsv.cz

Anhang Nr. 2:



Quelle: eigene Erarbeitung

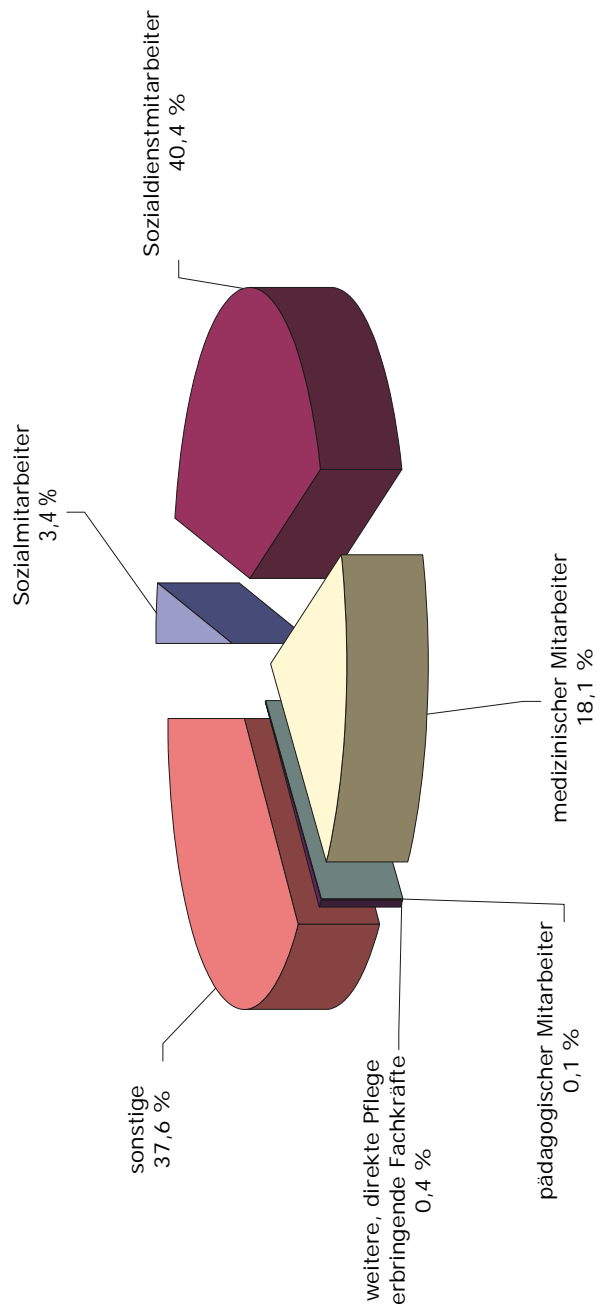
Anhang Nr. 7:



Quelle: eigene Erarbeitung

Anhang Nr. 8:

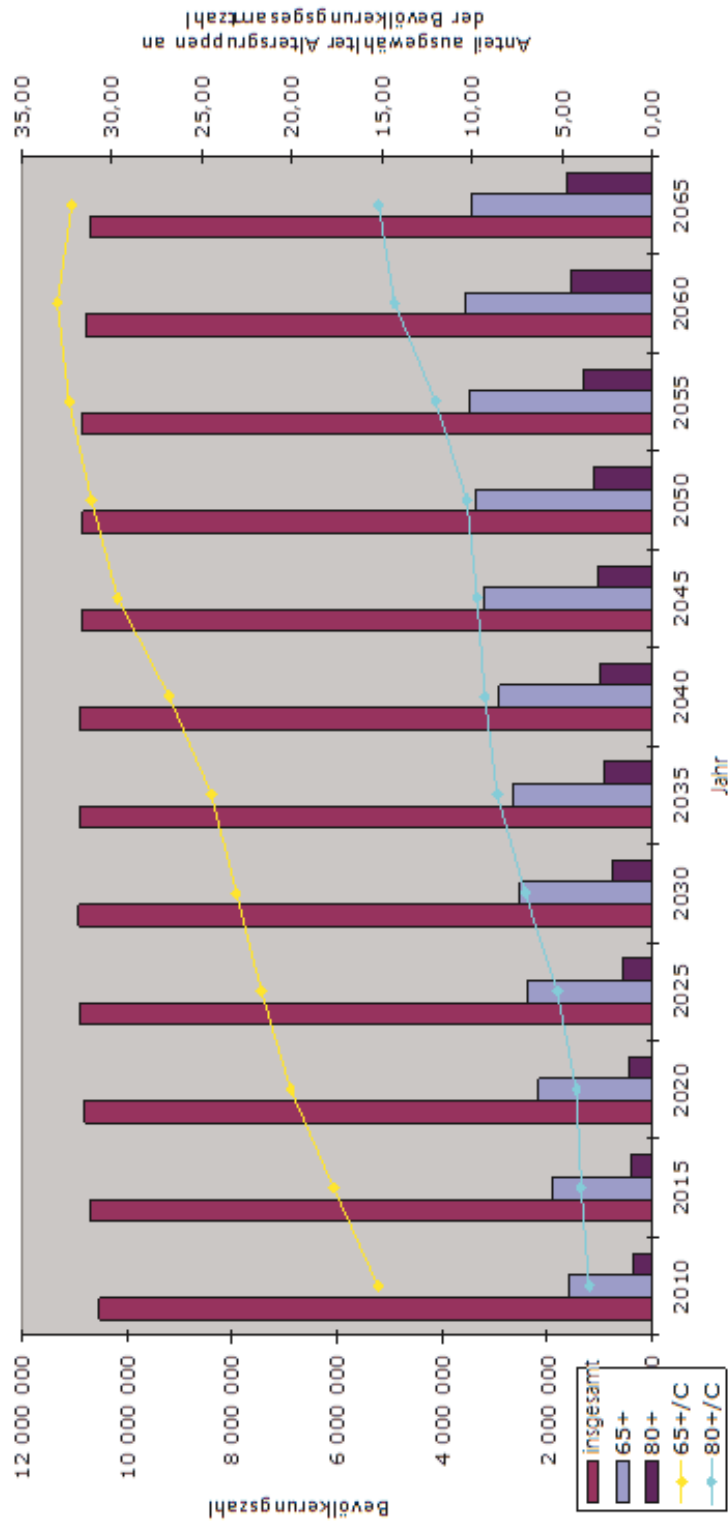
Beschäftigtenstruktur in Altersheimen in der Tschechischen Republik im Jahr 2009



Quelle: eigene Erarbeitung

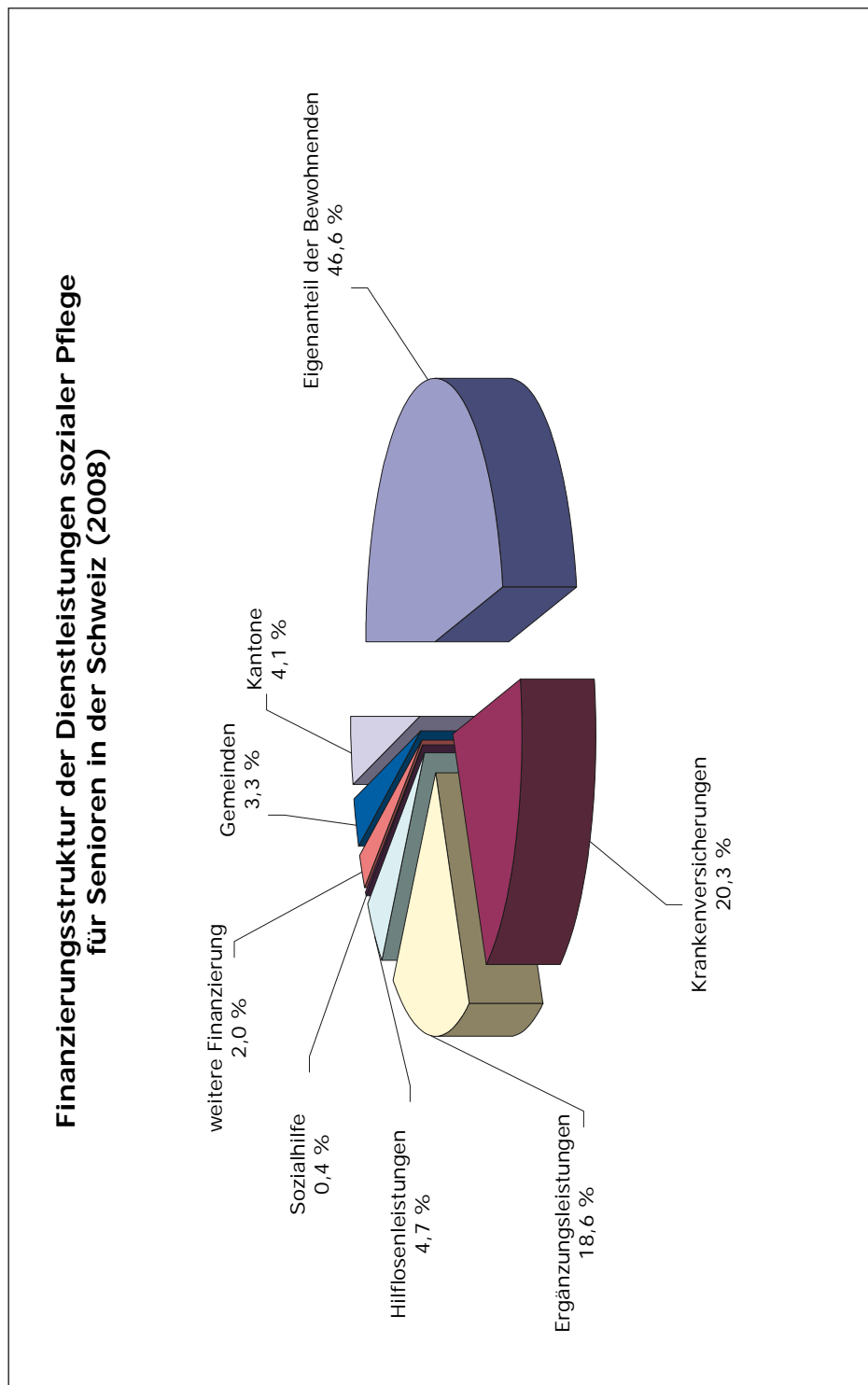
Anhang Nr. 9:

Entwicklung der Bevölkerung in den Jahren 2010 – 2065 und Entwicklung des Anteils der vom Erbringen von Dienstleistungen der sozialen Betreuung abhängigen Personen



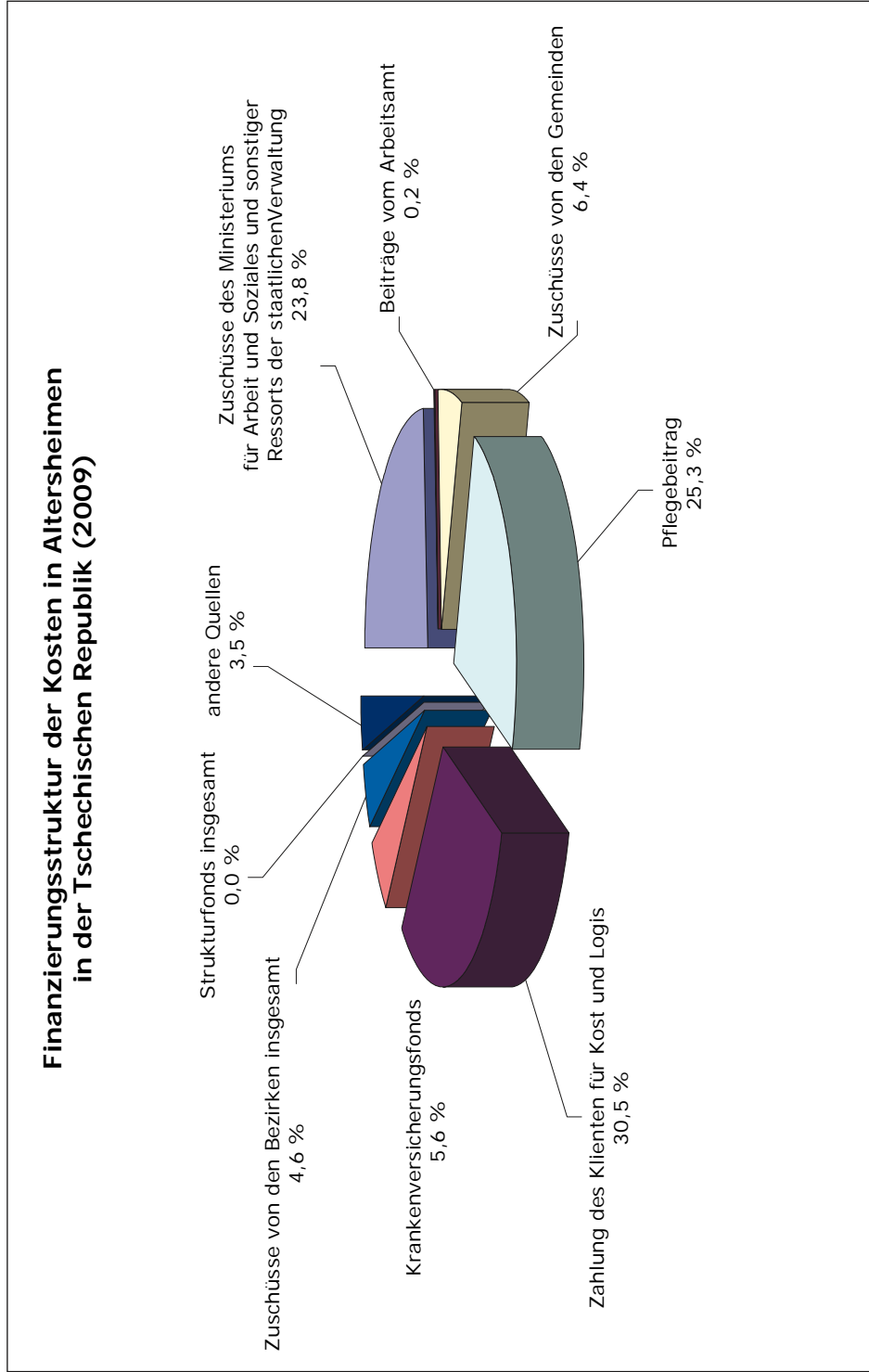
Quelle: Projektion der Bevölkerung der Tschechischen Republik auf das Jahr 2065, eigene Berechnungen

Anhang Nr. 10: Finanzierungsstruktur stationärer Pflege und Betreuung in der Schweiz



Quelle: Stationäre Langzeitpflege in der Schweiz, Tábor: Verband der Träger sozialer Einrichtungen der Tschechischen Republik, 2012

Anhang Nr. 11:



Quelle: eigene Erarbeitung

Anhang Nr. 12

Die Schweiz – Beispiele guter Praxis

Text: Ing. Bc. Alice Švehlová, Mgr. Magda Dohnalová

Ende Juni/Anfang Juli 2011 lief im Rahmen des schweizerisch-tschechischen Projekts „Übertragung von Know-how und guter Praxis in der Seniorenlangzeitpflege“ eine Studienreise in die schweizerischen Kantone Bern und Luzern. An dieser nahmen 20 Vertreter unterschiedlicher Träger sozialer Dienstleistungen, Vertreter des Ministeriums für Arbeit und Soziales der Tschechischen Republik und des Verbandes der Träger sozialer Dienstleistungen der Tschechischen Republik teil. Zweck dieser Reise war zum einen das Kennenlernen des Systems der Sozialdienstleistungen und der Ausbildung von Facharbeitern für Sozialdienstleistungen in der Schweiz, aber auch die Gewinnung von Erkenntnissen über die gute Praxis bei Exkursionen in einzelnen Einrichtungen und bei absolvierten Vorlesungen.

Die schweizerischen Sozialdienstleister verlassen sich nicht nur auf die Beiträge vom Staat oder von der Gemeinde, sondern versuchen, eigene Finanzquellen zu finden. Ein Beispiel sind ihre Restaurants, die für die Bürger aus der Umgebung, nicht nur den Klienten der Sozialdienstleistungen offenstehen. Dies bringt nicht nur einen Gewinn für die Einrichtung, sondern auch die Möglichkeit des Verbindens des Lebens in der Gemeinde mit dem Leben in der Einrichtung. Generell ist die Gastronomie in Seniorenheimen auf einem hohen Niveau. Dies hängt auch mit der hochwertigen Ausbildung in der Gastronomie und den betrieblichen Bereichen zusammen, die CURAVIVA realisiert.

Eine weitere Einnahmequelle sind unterschiedliche Typen geschützter Werkstätten (Weberwerkstatt, Glasmacherwerkstatt, Versanddienst, Gartenbau u. ä.). Die Produkte aus diesen Werkstätten erreichen eine solche Qualität, dass an ihnen auf dem Markt Interesse herrscht und die Verkaufseinnahmen einen nicht unerheblichen Teil des Budgets der Träger darstellen.

Auch die lokalen Selbstverwaltungen beteiligen sich an der Kostenerstattung der Pflege im Fall der Unterbringung ihres Bürgers in einem Heim.

Viele Beispiele guter Praxis erhielten die Teilnehmer der Studienreise beim Vorstellen der Organisation Pro Senecute, die Freiwilligenarbeit organisiert. Diese Organisation hat viele Programme ausgearbeitet und eingeführt. Zu den wichtigsten gehören:

- **Sicherstellung der kompletten Wirtschaft und der Buchführung eines Haushalts**

- o Verwaltung der Finanzen, Überwachung von Zahlungsterminen, Vornahme von Zahlungen u. ä. Den Dienst nutzen ca. 160 Klienten. Durchgeführt wird er von Freiwilligen mit Fachkenntnissen in dieser Problematik. Der Tarif für die Dienstleistung ist in Abhängigkeit von den Vermögensverhältnissen des Klienten 0–4000 CHF.

- **Steuerberatung**

- o Die Renten werden besteuert und jeder Rentenempfänger muss eine Steuererklärung einreichen. Bei ihrem Ausfüllen helfen fachkundige Freiwillige. Der Entlohnung für diese Dienstleistung ist ein Promille des versteuerbaren Einkommens plus ein Promille des Vermögens.

- **Programm „Senior in die Schule“**

- o Ein Senior verbringt in einer Schulklasse der ersten Stufe zwei bis vier Stunden wöchentlich, er leitet Gruppen, hilft und erzählt. Sinn ist das gegenseitige Kennenlernen und ein zu Respekt führendes Verständnis.

• **Freiwilligenprogramm**

- o Die Arbeiten führen Freiwillige aus, die eine finanzielle Kompensation von 15 CHF pro Stunde erhalten. Sie müssen einen Grundkurs absolvieren und Fachkenntnisse und soziale Kompetenzen haben. Die Qualität der abgeleiteten Arbeit wird durch die Organisation in keiner Weise kontrolliert. Es wird vorausgesetzt, dass die Klienten selbst auf diese achten. Alles wird nach den individuellen Anforderungen der Klienten erbracht, wobei vorausgesetzt wird, dass der Klient selbst sagen wird, wenn er eine Dienstleistung anders erbracht haben möchte.

• **Programm „Wohnen und Hilfe“**

- o Informationsberatung und Hilfe: Erbschaften und juristische Angelegenheiten, Finanzen und Steuern, Wohnungsrecht, Nutzungsrecht usw.
- o Beratung im Bereich Renovierung und Rekonstruktion.
- o Vermietung, Verkauf, Vermietung von Wohn- und Gewerberäumen sowie Baugrundstücken.
- o Vorbereitung auf das Rentenalter – Anpassung des Wohnens, Ausrichtung auf Hobbies und Interessen, Möglichkeit der Arbeit von zu Hause aus.
- o Senioren geben Studenten Unterkunft, die anstelle einer Mietzahlung im Haushalt helfen.

Weiteren Beispielen guter Praxis begegneten die Teilnehmer direkt bei Besichtigungen einzelner Einrichtungen. Sehr inspirativ ist die Verbindung eines Heims mit den Bürgern der Gemeinde. Zu Begegnungen kommt es nicht nur in den Räumen des durch Heim betriebenen Restaurants, sondern auch beim Ausrichten verschiedener Feste anlässlich wichtiger Feiertage des Jahres oder von Ereignissen. In den Heimen gibt es Spielräume für Kinder im Vorschulalter; diese Spielräume nutzen die Bürger, die in der Nähe dieser Pflegeheime wohnen, und Kinder ihrer Angestellten. Einige Heime haben auf dem Gelände einen Kindergarten, der für die Kinder der Beschäftigten wie für Kinder aus der nahen Umgebung bestimmt ist. Die Beschäftigten in den Pflegeheimen stellen Familienfeiern für die Klienten und deren Familienangehörige sicher. Eine Selbstverständlichkeit ist der freie Zutritt von Bürgern zu den Einrichtungen.

In der Schweiz wird ein Seniorenheim häufig mit einem Pflegeheim verbunden. Für die Klienten ist der anschließende Übergang nicht so anspruchsvoll. Ein Standard im ambulanten Dienst ist das Erbringen dieser Dienstleistungen in der Nacht.

Zur besseren Orientierung der Klienten in den Heimen dienen farblich unterschiedene Bereiche. Ein völlig üblicher Standard ist das Anbringen von Fotografien der einzelnen Beschäftigten mit deren Namen auf dem Gang der gegebenen Abteilung, damit sie die Klienten kennen. In den Einrichtungen tauchen an den Zimmertüren häufig Schilder mit „Willkommen!“ auf, deren grafische Gestalt sich nach dem Wunsch des Klienten richtet.

Große Aufmerksamkeit wird auch den letzten Dingen des Menschen gewidmet. In einigen Heimen realisiert man einen sog. „letzten Abschied“: Auf einem Tischchen werden ein Foto des gestorbenen Klienten, seine Lieblingsgegenstände, ein Fotoalbum und eventuelle Botschaften von Mitbewohnenden platziert.

Zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz wird in den Einrichtungen eine Vielzahl von Anpassungen vorgenommen. Die Klienten wohnen in Wohneinheiten (Unit Care). Es handelt sich um Wohnen des sog. Familientyps, z. B. um eine Wohneinheit mit einer gemeinsamen Sozialausstattung. Somit wird der Eindruck des Wohnens in einer Familie evoziert. Gleichzeitig beteiligen sich die Klienten in diesen Wohnungen selbst an der Zubereitung des Essens (mit Blick auf ihren Gesundheitszustand und deren Möglichkeiten). In einigen Heimen nutzt man an den Wänden gelbe Farbe am Ende des Gangs, erfahrungsgemäß kann man dann das Ende eines Gangs nicht übersehen.

In einer Abteilung für Klienten mit Demenz wird eine spezielle Beleuchtung verwendet, deren Farbe die Beschäftigten ändern und das Verhalten der Klienten beeinflussen können. Die Beleuchtung in der gesamten Abteilung wird der Sonnenscheinintensität angepasst.

Als völlig gängige Praxis wird die Pflicht betrachtet, den Namen der Person anzugeben, die für die Klienten mit Demenz verantwortlich sein wird, wenn der Klient nicht kommunizieren und seine Entscheidungen äußern können wird u. ä.

Bestandteil einer geschlossenen Abteilung für Menschen mit Demenz ist meist ein geschlossener Garten, wo ein Endlosweg errichtet ist.

Einige Beispiele guter Praxis betrafen auch die Beschäftigten:

- Zur Erleichterung des Abtransports der Wäsche wird in Pflegeheimen ein System von „Schächten“ verwendet, in die die Wäsche direkt aus dem Zimmer oder vom Gang aus geworfen wird und die Wäsche in der Wäscherei landet.
- Die Beschäftigten müssen beim Eintreffen auf Arbeit das Mobiltelefon und Zigaretten in einer Aufbewahrung abgeben – jeder hat sein eigenes verschließbares Fach. Seine Sachen kann er sich in der Pause abholen.
- Während der Pause hält sich das Personal nicht in der Abteilung auf.
- Im Schwesternzimmer sind verschließbare Kühlschränke für Arzneimittel untergebracht.

Weitere Beispiele guter Praxis sind z. B. die Vermietung von Werbeflächen im Aufzug, die durch Befragung realisierte Festlegung von Leitbild, ein Schränkchen für persönliche Dinge am Esstisch oder ein Online-System, das über den Belegungsgrad der Heime informiert, zu dem jeder Bürger der Schweiz Zugang hat.

Für die Kontrolle der Qualität der erbrachten Sozialdienstleistungen ist in der Schweiz die Funktion des Ombudsmanns eingerichtet.

ISBN 978-80-904668-3-8

