



Foto: HU Trachsel

Alterspolitik im Kanton Bern

Zwischenbericht
April 2007

VORWORT DES GESUNDHEITS- UND FÜRSORGEDIREKTORS

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich freue mich, Ihnen den Zwischenbericht 2007 zur Alterspolitik im Kanton Bern vorzulegen und sie damit über den Stand der alterspolitischen Aktivitäten der Gesundheits- und Fürsorgedirektion zu orientieren.

Die Alterspolitik hat in der Arbeit der GEF einen besonders hohen Stellenwert – nicht zuletzt auch wegen der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen politischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Aspekten. Wir wollen dieses Thema aktiv angehen, denn alte Menschen dürfen nicht einfach als Kostenfaktor betrachtet werden. Sie sind Teil einer modernen Gesellschaft, die Lebensqualität in jedem Alter ermöglichen muss.

Die meisten Projekte, die im Rahmen der Alterspolitik laufen, betreffen die Handlungsfelder 1 und 2: «Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter» sowie «Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger». Diese beiden Handlungsfelder haben innerhalb der Versorgungskette hohe Priorität und bilden deshalb einen Schwerpunkt in der gesamten Alterspolitik. Mit den Massnahmen der Handlungsfelder 1 und 2 soll erreicht werden, dass alte Menschen möglichst lange in ihrem sozialen Netz eingebettet bleiben. Der Mensch strebt in jedem Lebensalter danach, integriert und zugehörig zu sein. Die soziale Integration der älteren Generation wirkt sich deshalb positiv auf die körperliche und psychische Gesundheit alter Menschen aus und entspricht dem Grundsatz, dass sich Soziales und Gesundheit nicht trennen lassen, sondern einander bedingen.

Eine erfolgreiche Integration alter Menschen ist die Voraussetzung dafür, dass die Kosten langfristig im Griff gehalten und die Auswirkungen der demografischen Entwicklung in eine positive Richtung gesteuert werden können. Zwar ist es richtig, dass es noch nie so viele reiche alte Menschen gegeben hat wie heute. Tatsache ist aber auch, dass die sozio-ökonomische Lage vieler Bürgerinnen und Bürger im AHV-Alter schlecht ist. Für alle müssen bedarfsgerechte und finanzierbare Angebote geschaffen werden.

In Zukunft soll vermehrt Gewicht auf Projekte gelegt werden, welche die Unterstützung und das Verständnis zwischen den Generationen fördern. Wir alle – ob im berufstätigen oder im nachberuflichen Alter, ob hochbetagt oder ganz jung – können dazu beitragen, jedem Lebensalter mit Respekt zu begegnen und es als selbstverständlichen Teil eines Ganzen wahrzunehmen.

Allen, die zu den Ergebnissen dieses Zwischenberichts beigetragen haben und allen, die sich für die weitere Umsetzung engagieren, danke ich an dieser Stelle ganz herzlich!

DER GESUNDHEITS- UND FÜRSORGEDIREKTOR



Philippe Perrenoud
Regierungsrat

INHALT

ZUSAMMENFASSENDE EINLEITUNG

- 2 Ausgangslage
- 3 Ergebnisse aus der Debatte des Grossen Rates
- 3 Entwicklungen seit der Verabschiedung des Berichtes
- 4 Kurzübersicht der Entwicklungen
- 6 Ausblick

ALTERSPOLITISCHE HANDLUNGSFELDER

- 7 **Handlungsfeld 1:
Unterstützung der Selbstständigkeit und der
Gesundheit im Alter**
- 7 Präventive Hausbesuche
- 8 Beratungstätigkeit der Pro Senectute
- 9 **Handlungsfeld 2:
Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause
und Entlastung betreuender Angehöriger**
- 9 Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger
- 11 Stärkung der ambulanten Versorgung durch Spitexdienste
- 11 Weitere Entlastungsangebote
- 12 **Handlungsfeld 3:
Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze**
- 12 Betreutes Wohnen
- 12 Sanierungen und Anpassungen der Heiminfrastuktur
- 12 Überarbeitung des Rhythraumprogrammes für Heimbauten
- 13 Alternative Wohn- und Betreuungsplätze
- 14 **Handlungsfeld 4:
Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter**
- 14 Tagesbetreuung
- 14 Post-Akut-Pflege
- 16 Geriatriekonzept
- 17 Pilotprojekt «Übergangspflege Langzeit»
- 18 Psychiatrische Dienstleistungen im Altersbereich
- 18 Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen
- 19 **Handlungsfeld 5:
Anstoss zur breiten Auseinandersetzung
mit der Altersversorgung**
- 19 Kommunale Altersplanungen
- 19 Anstoss zu Altersforen in den Regionen
- 19 Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs
- 21 **Handlungsfeld 6:
Bedarfsgerechtes Angebot von stationären
Pflege- und Betreuungseinrichtungen**
- 21 Pflegeheimplanung
- 22 Tagesstätten

- 23 **Handlungsfeld 7:
Rekrutierung von Pflege- und
Betreuungspersonal**
- 23 Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege und Betreuung
- 24 **Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung**
- 24 Festlegung von Qualitätskriterien im Rahmen der Umsetzung der Heimverordnung
- 25 **Handlungsfeld 9:
Überprüfung der Finanzierungsmechanismen**
- 25 Von der defizit- zur leistungsorientierten Finanzierung
- 26 **Übergreifende Themenbereiche**
- 26 Freiwilligenarbeit
- 26 Förderung der hausärztlichen Ausbildung
- 26 Palliativpflege und -betreuung
- 27 Ältere Migrantinnen und Migranten
- 27 Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz

ANHANG

- 28 Tabellarische Übersicht über die Pilotprojekte

ZUSAMMENFASSENDE EINLEITUNG

Ausgangslage

Im April 2005 hat der Grosse Rat den von der GEF vorgelegten Bericht zur Umsetzung der Alterspolitik im Kanton Bern zustimmend zur Kenntnis genommen. Dieser bildet die konsequente Weiterführung des bereits 1993 erarbeiteten Leitbildes «Alterspolitik 2005».

Der vorliegende Zwischenbericht befasst sich mit der demografischen Entwicklung und deren Auswirkungen. Die zwei grossen Herausforderungen bestehen darin, auch weiterhin ein ausreichendes und qualitativ gutes Angebot von stationären Pflegeplätzen zu gewährleisten und den Nachwuchs im Bereich des Pflegepersonals zu sichern, obwohl es mehr Pflegebedürftige gibt und die Zahl der Schulabgänger/innen rückläufig ist.

Herausforderung Pflegebedürftigkeit

Obwohl ältere Menschen heute länger gesund bleiben, wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten steigen, weil diese Altersgruppe in absoluten Zahlen zunimmt. Bleibt der prozentuale Anteil der alten Menschen, die in ein Heim eintreten, gleich hoch wie heute, müsste ein massiver Ausbau von stationären Plätzen stattfinden. Dieser hätte hohe Investitions- und Betriebskosten zur Folge. Deshalb müssen Alternativen gefunden und präventive Massnahmen ergriffen werden, die den Betagten auch bei Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit ein möglichst eigenbestimmtes und selbstständiges Leben erlauben. Nur so kann auf einen Ausbau im stationären Bereich weitgehend verzichtet werden.

Ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden stellt für jeden Menschen einen grundlegenden Wert dar. Dieser Tatsache misst die kantonale Alterspolitik höchste Bedeutung bei.

Herausforderung Nachwuchssicherung

Es gibt immer weniger Schulabgänger/innen und folglich auch weniger Erwerbstätige. Daher wird es auch im Pflegebereich zunehmend schwieriger, die Ausbildungsplätze zu besetzen und genügend Personal zu finden.

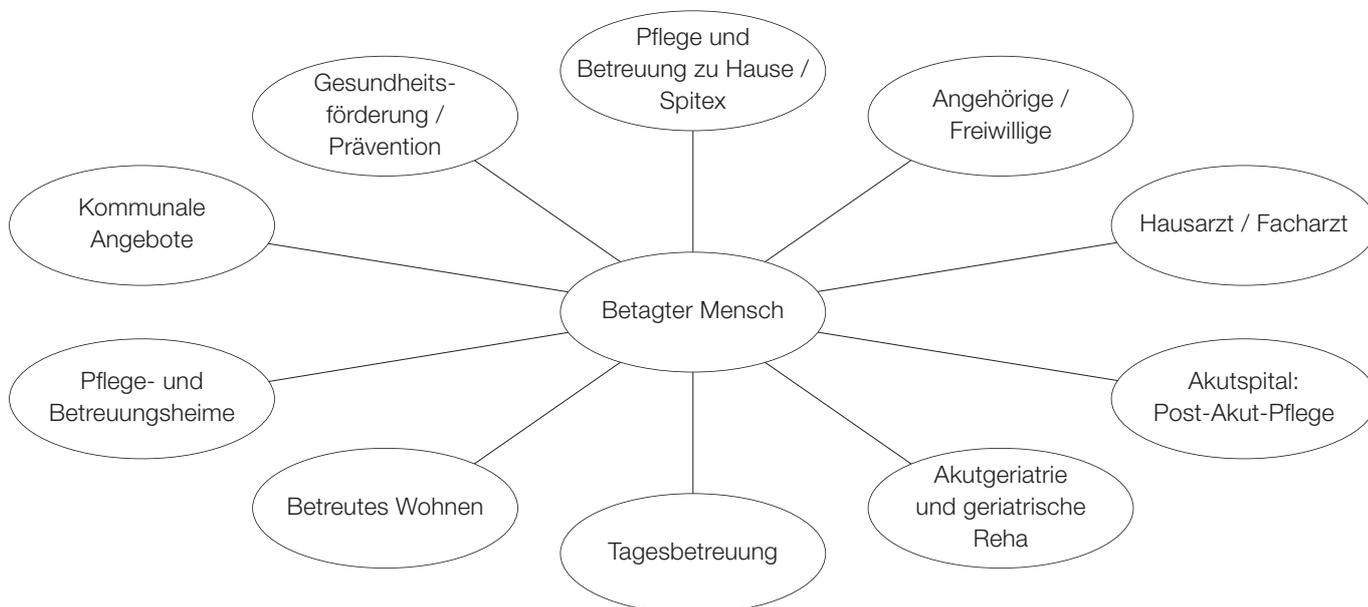
Konsequenzen

Investitionen in alternative Massnahmen sind heute notwendig, um langfristig neue, zusätzliche Kosten im Langzeitpflegebereich zu verhindern. Im Bericht zur Umsetzung der Alterspolitik wurden neun Handlungsfelder definiert, die dazu beitragen sollen,

- die Selbstständigkeit der älteren Menschen zu fördern und zu erhalten,
- einen Pflegeheimenritt zu verzögern oder gar zu vermeiden,
- den Bedarf an Pflegeplätzen möglichst gering zu halten,
- eine ausreichende Zahl von professionellem Pflege- und Betreuungspersonal sicherzustellen
- und den Gemeinden einen Anstoss zur Auseinandersetzung mit der Alterspolitik zu geben.

Das Massnahmenpaket erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll im Gegenteil dazu anregen, neue Entwicklungen in Gang zu setzen, Spielraum für kreative, zukunftsweisende Ideen bieten und eine breite Auseinandersetzung mit der Thematik ermöglichen. Diese Auseinandersetzung trägt massgeblich zur Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität alter Menschen bei.

Ziel aller aus dem Bericht zur Alterspolitik abgeleiteten Einzelmassnahmen ist die Entwicklung, Vervollständigung und Integration eines Versorgungsangebotes, dessen Elemente so gruppiert sind, dass ein betagter Mensch je nach Bedarf Zugriff darauf hat:



Ergebnisse aus der Debatte des Grossen Rates

Der Grosse Rat hat am 27. April 2005 den Bericht zur Umsetzung der Alterspolitik mit grossem Mehr angenommen und damit den Auftrag erteilt, die im Bericht formulierten Ziele umzusetzen. Dabei sollten folgende Punkte besonders berücksichtigt werden:

■ **Rollende Planung**

Für eine umsetzungs- und wirkungsorientierte Steuerung in diesem Bereich braucht es zwingend eine rollende Planung. Wichtige Instrumente sind dabei zeitlich begrenzte Projekte mit Pilotcharakter, damit immer wieder neue Erkenntnisse aufgenommen und neue Ideen ausprobiert werden können. Mit seiner Forderung nach einer rollenden Planung unterstützt der Grosse Rat die Absichten des Berichtes.

■ **Personenfinanzierung im stationären Bereich**

Mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) fallen auf Bundesebene jene gesetzlichen Bestimmungen weg, die bisher eine Personenfinanzierung des Heimaufenthaltes über die Ergänzungsleistungen verunmöglichten und ein komplexes Abgeltungssystem erforderten. Die von verschiedenen Seiten geforderte Personenfinanzierung im stationären Altersbereich kann deshalb auf den 1.1.2008 umgesetzt werden. Die GEF bereitet gegenwärtig in Zusammenarbeit mit der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion (JGK) und der Ausgleichskasse die entsprechenden Grundlagen vor. Die Personenfinanzierung bezieht sich vorerst auf die Abgeltung der Leistungen aus dem Betrieb. Für die Infrastruktur werden vorläufig weiterhin Investitionsbeiträge an die Institutionen ausgerichtet. Ziel ist es, mittelfristig auch die Bereitstellung der Infrastruktur in die Personenfinanzierung einzubeziehen.

■ **Vernetzung und Integration in bestehende Strukturen**

Wegen der zahlreichen Handlungsfelder und Pilotprojekte wurde im Grossen Rat auf die Gefahr einer Verzettelung hingewiesen. Aus diesem Grund wird bei der Beurteilung eingereicherter Projekte speziell darauf geachtet, dass diese sich klar an den Handlungsfeldern orientieren, in einem eindeutigen Bezug zum Bericht Alterspolitik 2005 stehen und die in diesem Zusammenhang formulierten Ziele verfolgen. Ausserdem wird angestrebt, bereits bestehende Angebote besser zu vernetzen und neue, gute Ansätze in bewährte Strukturen und Finanzierungsmechanismen einzubinden. Die Beachtung dieser Leitplanken trägt auch zur Übersicht bei.

■ **Einbindung der Gemeinden**

330 von 396 Gemeinden im Kanton Bern haben inzwischen ein Altersleitbild erarbeitet, andere sind noch damit beschäftigt. Damit besteht für 91 % der Gesamtbevölkerung eine Altersplanung. Das Altersleitbild gibt Aufschluss über die heutige Situation und das bestehende Angebot und definiert jene Massnahmen, die aufgrund der vorhersehbaren Bevölkerungsentwicklung zu treffen sind. Insgesamt nehmen die Gemeinden eine aktivere Rolle beim Thema Alterspolitik wahr, sie setzen sich mit den Handlungsfeldern auseinander und gestalten ihre eigene Altersplanung zum Teil aktiv. Den Gemeinden kommt eine wichtige Steuerungsfunktion zu, denn aufgrund des Sozialhilfegesetzes haben sie die Aufgabe, das Angebot für Seniorinnen und Senioren zu definieren, zu planen und zu steuern.

Da nun der grösste Teil aller Gemeinden über ein Altersleitbild und somit über eine erste Planung verfügt, soll der Fokus auf die regionale Planung gelegt werden, wie dies zum Beispiel bereits in den Regionen Oberaargau, Frutigenland und Aaretal geschieht. Dadurch sollen Angebote aufeinander abgestimmt oder sogar gemeinsam festgelegt werden.

Eine optimale Vernetzung soll dafür sorgen, dass bestehende Angebote bekannt sind und über Gemeindegrenzen hinaus getragen werden. Das verhindert Doppelspurigkeiten und gewährleistet die bestmögliche Versorgung innerhalb der bestehenden Strukturen.

Entwicklungen seit der Verabschiedung des Berichtes

In der Zwischenzeit wurden viele Entwicklungen angestossen und erste Massnahmen umgesetzt. Als Grundlage dienen zum Teil Projekte mit Pilotcharakter. Besonderes Gewicht kommt im Ganzen der Förderung von Pilotprojekten im präventiven und ambulanten Bereich zu. Sie tragen dazu bei, die von der Alterspolitik ins Auge gefasste Bevölkerungsgruppe möglichst selbstständig und gesund zu erhalten.

Die Pilotprojekte lassen sich in zwei Gruppen unterteilen:

- a) Angebote, die bisher nicht existierten und vorerst im Kleinen ausprobiert werden, um herauszufinden, ob sie sich in der Praxis bewähren und nützlich sind.
- b) Angebote, die aufgrund von wissenschaftlichen Studien und/oder Projekten in anderen Kantonen als sinnvoll beurteilt wurden und daher im ganzen Kanton Bern eingeführt werden sollen. Solche Pilotprojekte sollen im Kleinen die Strukturen für eine grossflächige Umsetzung vorbereiten und erproben.

Kurzübersicht der Entwicklungen

Die folgende Zusammenfassung zeigt, welche Projekte und Massnahmen durch den Bericht in den neun Handlungsfeldern angestossen wurden. Ausführlichere Informationen können den entsprechenden Kapiteln im Teil «Alterspolitische Handlungsfelder» entnommen werden. Zahlreiche Projekte befinden sich in der Umsetzungsphase. (Stand der Arbeiten: Ende März 2007)

Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter

Der Fokus liegt auf den präventiven Hausbesuchen, die in verschiedenen Regionen eingeführt wurden. In Lyss, Thun und im Oberaargau sind die Projekte am Laufen. Ein viertes in der Region Bern befindet sich in der Projektierungsphase und bildet die Vorstufe zum nächsten Schritt, der kantonsweiten Umsetzung. Da die Nützlichkeit präventiver Hausbesuche bereits wissenschaftlich untersucht und belegt ist, geht es hier vor allem darum, für die kantonsweite Umsetzung eine Form zu finden, die sich mit den heute bestehenden Strukturen im ganzen Kanton verwirklichen lässt.

Die Selbstständigkeit im Alter wird auch durch Informationen über Angebote zur Erhaltung der Gesundheit und zur Unterstützung gefördert.

Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause

Dieses Handlungsfeld umfasst Projekte zur Entlastung von betreuenden Angehörigen, der grosse Wichtigkeit zukommt. Denn die Angehörigen tragen massgebend dazu bei, dass pflege- und betreuungsbedürftige alte Menschen länger zu Hause im gewohnten Umfeld bleiben können. Eine Entlastung dieses informellen, aber aus sozialen und gesundheitsökonomischen Gründen wertvollen Betreuungsnetzes ist die Voraussetzung dafür, dass es möglichst lange tragfähig bleibt.

Über den Stand der beiden Projekte «Standards mit Indikatoren» und «Regionalisierung» des Spitexverbandes wird ebenfalls im Kapitel «Handlungsfeld 2» informiert. Der Spitexverband hat Standards erarbeitet und ist dabei, sich in regionalen Strukturen zu organisieren.

Die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) ist eine weitere Herausforderung – speziell im Bereich der Heimfinanzierung (EL) und der Finanzierung von Tagesbetreuungsangeboten sowie Spitexleistungen. Diese müssen gesichert sein, wenn sich der Bund am 1.1.2008 daraus zurückzieht.

Handlungsfeld 3: Zukunftsgerichtete Wohn- und Betreuungsplätze

Hier hat die GEF Vorgaben für ein beschleunigtes Bauverfahren erarbeitet und ein modernes Richtraumprogramm für Heime auf der Basis des Wohngruppenmodells entwickelt. Dieses ist seit dem 1. Juli 2006 in Kraft.

Verschiedene Alters- und Pflegeheime sind dabei, ihr Angebot anzupassen und auf die verschiedenen Zielgruppen abzustimmen. Sie folgen damit dem Grundsatz der kantonalen Alterspolitik, dass ein wohnort- und bürgernahes sowie bedarfsgerechtes Versorgungsangebot anzustreben ist. So gibt es Projekte zur Schaffung von ans Heim «angedockten» Alterswohnungen, Demenzwohngruppen oder Tagesbetreuungsangeboten. Durch Bau- und Sanierungsvorhaben werden Änderungen eingeleitet, um die neuen Infrastrukturvorgaben zu erfüllen, die mit der Überarbeitung der Heimverordnung HEV in Kraft treten werden (Zimmermindestgrössen, keine Mehrbettzimmer mehr usw.).

Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter

Ein hohes Alter ist häufig von Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, von Gebrechlichkeit sowie multiplen, komplexen und chronischen Krankheiten begleitet. Diesen Besonderheiten muss mit angemessenen altersmedizinischen Angeboten Rechnung getragen werden. Alte Menschen brauchen im Krankheitsfall spezifisch abgestimmte Therapien und Pflegeleistungen. Zudem ist für sie eine integrierte Versorgung – im Sinne einer bruchlosen Kontinuität der Betreuung – von besonderer Bedeutung.

Die GEF hat deshalb eine Reihe von Massnahmen geplant und eingeleitet, die eine auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte und nahtlos ineinander greifende Versorgung bei Krankheit im Alter sicherstellen sollen:

- Für den Fall eines «einfachen» Akutspitalaufenthalts besteht künftig (ab 2008) das Angebot einer Post-Akut-Pflege zur gründlichen Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause.
- Für komplexere Akutfälle wird auf der Basis eines umfassenden Geriatriekonzepts die akut-geriatriische und geriatrisch-rehabilitative Versorgung auf- und ausgebaut. Mit einem Modellversuch soll zudem ab 2008 geprüft werden, ob sich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (hoch)betagter Menschen durch eine Vernetzung der Leistungserbringer verschiedener Versorgungsebenen verbessern lässt.
- Die Übergangspflege im Langzeitbereich soll die Lücke zwischen Spitalaufenthalt und Rückkehr nach Hause schliessen. Zielgruppe sind alte Menschen, die eine längere Genesungszeit benötigen, um den Alltag zu Hause wieder selbstständig – eventuell mit Hilfe von Angehörigen und der Spitex – bewältigen zu können. Im Gegensatz zur Rehabilitation, bei der die Wiederherstellung der körperlichen Funktionen im Vordergrund steht, muss bei der Übergangspflege auch das soziale Umfeld mit einbezogen werden. Dabei kann es sich um Beratungsleistungen, das Üben des Umgangs mit Hilfsmitteln, Wohnraumanpassungen oder

Besprechungen mit Angehörigen und Unterstützungspersonen aus der Nachbarschaft handeln.

- Für die im hohen Alter gehäuft auftretenden Erkrankungen des demenziellen Formenkreises sind Massnahmen von der Tagesbetreuung über psychiatrische Dienstleistungen bis zu spezifischen stationären Angeboten konzipiert. Ausserdem laufen drei Projekte, die Entlastungsmöglichkeiten für betreuende Angehörige erproben (vgl. Kapitel «Handlungsfeld 2», Seite 9).

Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung

Immer mehr Gemeinden haben ein Altersleitbild und setzen sich mit alterspolitischen Themen und Planungsfragen aktiv auseinander. Dabei orientieren sie sich meist am kantonalen Bericht, der stark ins Bewusstsein der Gemeinden gedrungen ist. 330 der 396 Gemeinden im Kanton Bern – das sind rund 83 % aller Gemeinden mit insgesamt 91 % der Bevölkerung – haben bereits ein Altersleitbild entwickelt oder sind daran, es zu erarbeiten.

Die GEF begrüsst, dass sich viele Gemeinden auch im Altersbereich vermehrt mit regionaler Planung auseinandersetzen. Diese Anstrengungen sind sinnvoll und tragen zu einer stärkeren Vernetzung und einem konzertierten, regional verankerten Vorgehen im Altersbereich bei.

Handlungsfeld 6: Bedarfsgerechtes Angebot von stationären Pflege- und Betreuungsplätzen

Zur Zeit liegt das Angebot von stationären Pflegeplätzen – auf die Anzahl der über 80-Jährigen gerechnet – bei 27,9 % und damit unter dem im letzten Bericht angenommenen Wert von 30 %. Die Auslastung der Heime ist seit 2001 mit gut 93 % im Durchschnitt konstant geblieben. Über den ganzen Kanton gesehen, gibt es heute genügend Pflegeplätze. Die einzelnen Angebote sind jedoch unterschiedlich gut ausgelastet (vgl. Kapitel «Handlungsfeld 6» ab Seite 21). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Massnahmen der Handlungsfelder 1 und 2 erste Wirkungen zeigen und den Betagten ermöglichen, länger zu Hause zu bleiben. Langfristig wird die absolute Anzahl Pflegeplätze bei maximal 15 500 konstant bleiben. Der prozentuale Anteil von Pflegeplätzen im Verhältnis zur Bevölkerung über 80 Jahren wird bis 2040 voraussichtlich weiter bis auf 20 % sinken. Die Planung geht davon aus, dass die klar auf den ambulanten und teilstationären Bereich ausgerichtete Alterspolitik greift und Personen in niedrigen Pflegestufen nicht mehr vorwiegend im stationären Bereich, sondern ambulant betreut werden – zum Beispiel in neuen Wohnformen wie betreutes Wohnen mit unterstützenden Dienstleistungen, die einen Verbleib zu Hause erleichtern.

Heute sind 14 825 Pflegeplätze in die Pflegeheimplanung aufgenommen (bestehende und reservierte Plätze). Mit der Pflegeheimplanung von 2004 hat der Regierungsrat nach Anhörung der Santésuisse einen Plafond von 15 500 Betten festgelegt. Es muss weiterhin auf eine sorgfältige Vergabe der Plätze geachtet werden. Die Grundlage dafür bilden regionale Planungen, die im entsprechenden Gebiet eine Unterversorgung nachweisen können.

Handlungsfeld 7: Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal

Der zu erwartende Mangel an Pflegepersonal ist eine der grössten Herausforderungen für die GEF. Genügend Pflegepersonal ist auch in Zukunft eine Voraussetzung für die Versorgungssicherheit. Dieses Problem wurde mit verschiedenen Massnahmen aktiv angegangen. Der neue Ausbildungsgang «Fachangestellte/r Gesundheit (FaGe)» ist für den Langzeitbereich zentral und ermöglicht auch Erwachsenen eine qualifizierte Ausbildung. Die GEF förderte auch die Gründung der kantonalen Organisation der Arbeitswelt (OdA), welche die zentrale Anlaufstelle für Fragen zur Ausbildung aller Berufe im Pflegebereich werden soll. Die Startphase wurde deshalb durch die GEF massgeblich mitfinanziert.

Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung

Öffentliche und private Heime müssen die gleichen Mindeststandards erfüllen, um eine Betriebsbewilligung zu erhalten, die an gewisse Qualitätskriterien geknüpft ist. Die Einhaltung dieser Kriterien wird von den Institutionen durch Selbstkontrolle überprüft. Zudem nimmt die GEF ihre Aufsichtspflicht verstärkt wahr und hat deshalb in den vergangenen zwei Jahren die Zahl der Besuche bei den Institutionen beträchtlich erhöht.

Handlungsfeld 9: Überprüfung der Finanzierungsmechanismen

Sowohl für den stationären, als auch den teilstationären und ambulanten Bereich werden die Arbeiten im Hinblick auf prospektive, leistungsorientierte und auf Normkosten basierende Abgeltungssysteme vorangetrieben. Im stationären Bereich sind einige Elemente bereits im heutigen Finanzierungssystem umgesetzt, und mit der Personenfinanzierung soll ein weiterer bedeutender Schritt in diese Richtung vollzogen werden. Für den teilstationären und den ambulanten Bereich liegen in diesem Zusammenhang erste Konzepte vor, die dieses Jahr unter Einbezug der betroffenen Verbände weiterbearbeitet werden sollen.

Ausblick

Die Alterspolitik und die Entwicklungen im Altersbereich müssen immer im Kontext der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklung betrachtet werden. Vorgaben und Gesetze im Bereich der somatischen Akutversorgung, der Rehabilitation und der Psychiatrieversorgung haben – zumindest mittelfristig – auch Auswirkungen auf den Langzeitbereich. Ein aktuelles Thema ist die Versorgungsplanung 2007–2010 im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes. Hier wird generell von der Verringerung der stationären Fallzahlen zugunsten teilstationärer Fälle ausgegangen, zugleich aber ein steigender Bedarf an spezifisch altersmedizinischen Leistungen prognostiziert (Akutgeriatrie, geriatrischer Rehabilitation, Post-Akut-Pflege, Palliativmedizin).

Nach wie vor kommt der Förderung von Pilotprojekten im präventiven und ambulanten Bereich besonderes Gewicht zu. Sie tragen dazu bei, die im Zentrum der Alterspolitik stehende Bevölkerungsgruppe möglichst selbstständig und gesund zu erhalten.

Im schweizerischen Vergleich kommt der vom Kanton Bern definierten und konsequent verfolgten Alterspolitik möglicherweise eine Vorreiterrolle zu. Durch eine klare Rollenverteilung zwischen den Gemeinden und dem Kanton sowie einer aktiven Steuerungs- und Planungspolitik im Altersbereich werden die Gemeinden in ihrer Aufgabe unterstützt. Rückmeldungen von Gemeinden anderer Kantone bestätigen diese Einschätzungen und bestärken die GEF darin, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen.

Der Bericht zur Umsetzung der Alterspolitik im Kanton Bern ist in der Bevölkerung zu einem Begriff geworden und wird allgemein akzeptiert. Deshalb soll der beschrittene Weg auch in Zukunft gezielt weiterverfolgt werden. Die anstehende Auswertung und Beurteilung verschiedener Pilotprojekte wird weitere Hinweise für zukünftige Entwicklungen geben.

ALTERSPOLITISCHE HANDLUNGSFELDER

Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbstständigkeit und der Gesundheit im Alter

Die Erhaltung der Selbstständigkeit und der Gesundheit sind der Schlüssel zu einem selbstbestimmten Leben im Alter. Betagte, deren Selbstständigkeit und Gesundheit eingeschränkt sind, sollen gezielt unterstützt werden, damit sie ihr eigenständiges Leben weiterführen können.

Präventive Hausbesuche

Pilotprojekte «Präventive Hausbesuche»

Seit über 10 Jahren werden unter der Leitung von Prof. Andreas Stuck, Geriatrie Universität Bern, Vorgehensweisen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter entwickelt und evaluiert. In einer ersten Phase (1993–1998) standen die sogenannten «präventiven Hausbesuche» im Vordergrund der Forschungsarbeiten.

Der Kanton Bern hat dabei das Projekt «EIGER» (Erforschung innovativer geriatrischer Hausbesuche) durch Beiträge an die damalige Forschungsstelle Alter des Zieglerspitals Bern (unter der Leitung von Prof. A. Stuck) finanziell unterstützt. Eine erste Evaluation zeigte, dass dank präventiver Hausbesuche der Eintritt ins Pflegeheim später erfolgt und dadurch bedeutende Einsparungen erzielt werden.

Aufgrund der Ergebnisse aus dem Projekt EIGER hat die Geriatrie Universität Bern die Differenzierung und Optimierung der präventiven Hausbesuche weiter vorangetrieben. Dabei stand im Zentrum, das Beratungsangebot zur Prävention im Alter so auszugestalten, dass ein möglichst breites Publikum erreicht wird und das Angebot für den Kanton finanziell tragbar bleibt. Bei weiteren Projekten in verschiedenen Kantonen wurden unter Leitung der Geriatrie Universität Bern unterschiedliche Ansätze «pilotiert». Das umfangreichste Projekt war dabei «SO!PRA» (= Solothurn! Prävention im Alter). Kleinere Projekte wurden in Thun und Lyss in Angriff genommen. Diese dienen dazu, die flächendeckende Versorgung im Rahmen der verfügbaren Mittel vorzubereiten und im Kleinen zu erproben.

Bei diesem Projekt wird ein standardisiertes Verfahren (Fragebogen) zur Analyse des aktuellen Gesundheitszustandes und der individuellen Risiken eingesetzt. Der Fragebogen wird vom Hausarzt abgegeben, und die betroffene Person kann die computerunterstützte Auswertung mit ihm besprechen. Auf der Basis dieses «Gesundheitsprofils» werden zielgruppenspezifische Angebote bereitgestellt. Es zeigt sich, dass die «jüngeren und gesünderen» älteren Menschen tendenziell eher über themenspezifische Gruppenveranstaltungen zu erreichen sind, während bei älteren Menschen mit höheren Risiken die Hausbesuche beliebter sind und mehr Nutzen bringen. Dabei

geht es um kurze Empowermentbesuche und begleitende Besuche über einen längeren Zeitraum.

Das ganze Verfahren vom Ausfüllen des Fragebogens bis zur Inanspruchnahme von Beratungsangeboten wird unter dem Titel «Gesundheitsprofilverfahren» angewendet und weiterentwickelt. Als Leistungserbringer für die Gruppenveranstaltungen und die Hausbesuche treten die Spitexdienste und die Pro Senectute in unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit auf.

Seit 1998 wurden die Anstrengungen der Forschungsstelle Alter des Zieglerspitals Bern (heute: Geriatrie Universität Bern) auch durch die Gesundheitsförderung Schweiz und andere Kantone (insbesondere Solothurn) massgeblich finanziell unterstützt. Der Beitrag der GEF an die Forschungsstelle Alter wurde auch nach 1998 weiterhin ausgerichtet und machte noch etwa 10% der gesamten Aufwendungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitsprofil-Verfahrens und dessen Umsetzung aus.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Berichts Alterspolitik (2002–2005) wurde das Thema der Gesundheitsförderung im Alter – häufig wird auch heute noch der verkürzende Begriff «Präventive Hausbesuche» verwendet – auch bei der GEF wieder aufgenommen. Überzeugt vom Angebot und den bisherigen Ergebnissen wurde im Bericht auch festgehalten, dass die GEF die Einführung des Gesundheitsprofil-Verfahrens im Kanton Bern unterstützt und vorantreiben will. Das Projekt läuft.

Unter diesem Aspekt hat die GEF auch die Weiterführung der im Kanton Bern gestarteten Projekte (Thun und Lyss) bis zum heutigen Zeitpunkt finanziell unterstützt. Ein weiteres Projekt wurde im Jahr 2006 in der Region Oberaargau unter dem Namen «ZiA – Zwäg ins Alter» gestartet. In der Region Bern wird zur Zeit ein Projekt entwickelt, das Anfang 2008 beginnen soll.

Es ist das Ziel der GEF, sämtliche laufenden Projekte mittelfristig aufeinander abzustimmen und die heute noch unterschiedlichen Finanzierungssysteme zu vereinheitlichen. Dabei soll das Verfahren in vier Teilbereiche unterteilt werden:

- «Gesundheitsprofil» (= Fragebogen an Beteiligte abgeben, Ausfüllen des Fragebogens, computerunterstützte Auswertung):
Die Kosten pro Einheit können heute beziffert und leistungsorientiert abgegolten werden
- Besprechung zwischen Patient/in und Hausärztin/Hausarzt:
Die Kosten sind schon heute durch die Krankenversicherer gedeckt.
- Gruppenveranstaltungen der Pro Senectute:
Die Kosten können pro Einheit beziffert und leistungsorientiert abgegolten werden.
- Hausbesuche der Spitex:
Die Kosten können pro Einheit beziffert und leistungsorientiert abgegolten werden.

Weiteres Vorgehen

Für den Kanton Bern ist es wichtig, dass das Verfahren möglichst rasch flächendeckend und in einer guten, aber auch finanziell tragbaren Qualität durchgeführt werden kann. Die Initiative von Seiten der Trägerschaften muss unbedingt aufrechterhalten werden. Ein Zuwarten mit der Umsetzung des Gesundheitsprofil-Verfahrens bis zur Klärung sämtlicher KVG-Finanzierungsfragen wäre sehr problematisch. Denn aus alterspolitischer Sicht ist es von grosser Bedeutung, den Bereich der Prävention massgeblich zu stärken. Ferner wäre mit einem Zuwarten die Gefahr verbunden, dass viel Zeit bis zur Klärung vergeht und das grosse Engagement der Beteiligten bis zu diesem Zeitpunkt wieder verschwunden sein könnte.

Das Projekt in Lyss läuft von 2005–07 und wird mit insgesamt CHF 197 500.– unterstützt.

Das Projekt in Thun läuft von 2005–07 und wird mit insgesamt CHF 458 400.– unterstützt.

Das Projekt in der Region Ob- und Nid- u. Aargau läuft von 2006–08 und wird mit insgesamt CHF 825 000.– unterstützt.

Beratungstätigkeit der Pro Senectute

Pilotprojekt «Internetplattform – senioreninfo.ch»

Die Pro Senectute ist eine wichtige Partnerin des Kantons. Sie erfüllt kantonsweit die Aufgabe, alten Menschen, deren Angehörigen und Fachpersonen Unterstützung und Beratung anzubieten. Das Angebot ist niederschwellig, die Beratung umfassend.

Das Pilotprojekt «Internetplattform – senioreninfo.ch» läuft in der Region Ob- und Nid- u. Aargau/Emmental. Die Regionalstelle der Pro Senectute hat eine Internetseite entwickelt, die Seniorinnen und Senioren sowie Angehörigen und Interessierten einen Überblick über die Angebote in der Nähe ihres Wohnortes gibt. Ohne Telefonanruf oder Besuch auf der Beratungsstelle können mit diesem niederschwelligen Angebot erste Informationen zu Hause am Bildschirm abgerufen werden. Nach der Eingabe von Wohnort und Perimeter werden nützliche Angaben und Adressen zu einem der ausgewählten Themenbereiche angezeigt – z. B. Wohnen, Gesundheit und Prävention, Hilfe zu Hause, Mobilität, Freizeitgestaltung, Beratung und anderes mehr.

Die Internetseite enthielt zu Beginn ausschliesslich Informationen für die Region Ob- und Nid- u. Aargau/Emmental, wurde aber in einem weiteren Schritt auf den ganzen deutschsprachigen Kanton ausgedehnt. Bis Mitte 2007 sollen auch Angebote für den Berner Jura in französischer Sprache aufgeschaltet werden.

Weiteres Vorgehen

Für Mitte 2007 ist eine Auswertung über die Nutzung der Internetseite geplant, und eine Ausweitung der Informationsplattform auf andere Kantone wird angestrebt.

Für den Start des Projektes wurde ein Beitrag von CHF 30 000.– zur Verfügung gestellt, die restlichen Kosten trägt Pro Senectute selber.

Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger

Die Unterstützung pflegender Angehöriger ist einer der Grundpfeiler des Versorgungsnetzes. Sie ermöglicht es pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen, möglichst lange im gewohnten Umfeld zu bleiben. Nebst der Pflege von Pflegebedürftigen muss aber auch auf die «Pflege der Pflegenden» geachtet werden. Ohne ihren Einsatz würden mehr Betagte früher in eine Institution eintreten und könnten weniger lange zu Hause bleiben. Der Fokus in diesem Handlungsfeld liegt auf der Unterstützung der betreuenden Angehörigen.

Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger

Pilotprojekt SRK Bern Oberland «Entlastung Angehörige»

Das Projekt ist zweiteilig: Zum einen soll es kurzfristig Freiwillige vermitteln und zum anderen soll eine Anlaufstelle die unterschiedlichsten Dienstleistungen mehrerer Organisationen koordinieren, Unterstützungsangebote vermitteln und Beratung anbieten.

SRK Bern-Oberland möchte mit dem Projekt die bereits vorhandenen Dienstleistungsangebote von Freiwilligen koordinieren und harmonisieren. Die unterschiedlichen Angebote werden durch das SRK erfasst, Lücken im Betreuungsnetz sollen erkannt und geschlossen werden. Der Einsatz von Freiwilligen soll schnell und koordiniert erfolgen können. Ein Pool von Freiwilligen ermöglicht kurzfristige Einsätze, um Angehörige in Krisensituationen zu entlasten. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen Partnerorganisationen.

Die Anlaufstelle wird ausgebaut: Sie soll per Telefon Informationen rund ums Thema Entlastung vermitteln und auch eine Beratung vor Ort anbieten. Die Anlaufstelle erfasst alle Angebote im Berner Oberland und steht allen Betroffenen – Angehörigen, Betreuenden, Interessierten und Institutionen – zur Verfügung.

Das Projekt wurde im Mai 2006 gestartet, eine Zwischenevaluation erfolgt im August 2007, und die Schlussevaluation ist für August 2008 vorgesehen.

Die Kosten für die Projektierung wurden vom SRK vollumfänglich übernommen. Für die Umsetzungsphase hat der Kanton einen Beitrag von CHF 24 000.– gesprochen.

Pilotprojekt «Entlastungsdienst für Angehörige von Demenzkranken» in der Region Biel-Seeland

Mit einem dreijährigen Pilotversuch in der Region Biel-Seeland soll geklärt werden, unter welchen Bedingungen eine Entlastung für Angehörige von Demenzbetroffenen durch Laien sinnvoll und zumutbar ist und ob gegebenenfalls die bestehenden Strukturen des Entlastungsdienstes für Familien mit behinderten Angehörigen für ein solches Angebot genutzt werden können. Das Projekt wurde am 1. Oktober 2005 gestartet und dauert bis zum 30. September 2008.

Erste Zwischenergebnisse und Erfahrungen zeigen:

- Ein Hütedienst durch Laien gewährleistet eine wirksame und zweckmässige Entlastung der Angehörigen von demenzbetroffenen Kranken.
- Die Familien sind bereit, die Betreuung ihres Angehörigen Laien zu überlassen.
- Das personelle Angebot des Entlastungsdienstes entspricht den Bedürfnissen der betreuenden Angehörigen, insbesondere was die Konstanz der Entlastungsperson betrifft (immer dieselbe Bezugsperson).
- Das Angebot lässt sich sinnvoll in das bestehende regionale Betreuungsnetz der Hilfe und Pflege zu Hause integrieren.

Die GEF unterstützt das Projekt im Umfang von CHF 60 000.– pro Jahr für die Dauer von 3 Jahren.

Pilotprojekt «Modell zur Schulung und Unterstützung von Angehörigen demenzkranker Menschen im Kanton Bern»

Das Projekt untersuchte, welche Faktoren bei der Ausgestaltung des Unterstützungsangebots für pflegende Angehörige von Demenzkranken dazu beitragen, dass die Pflege in der Familie während des langen Krankheitsverlaufs möglichst erhalten bleibt. Dabei wurde insbesondere auch die Schulung von Angehörigen als Unterstützungsform geprüft.

Das Projekt beinhaltete eine umfassende Literatur- und Internetrecherche zur Situation von Angehörigen demenzkranker Menschen sowie die Diskussion mit 15 Schlüsselpersonen zu Angehörigen- und Demenzfragen im Kanton Bern. Darauf basierend wurde eine Vernehmlassungsgrundlage für den Endbericht geschaffen. Die Schlüsselpersonen gaben schriftlich Stellung ab und nahmen an einer Konsultativsitzung teil.

Die Auswertung des Projektes zeigt, dass Schulungen für eine kleinen Teil der Angehörigen ein hilfreiches Angebot darstellen. Diese Art der Unterstützung wird insgesamt als eher hochschwierig eingestuft. Zudem steht sie im Vergleich zum langen demenziellen Verlauf nur für eine kurze Zeit zur Verfügung. Es besteht vor allem ein Bedarf an langfristiger Unterstützung und psychischer Entlastung. Für die betreuenden Angehörigen ist es wichtig, dass sie in ein verlässliches Netzwerk eingebunden sind, welches sie zur Prävention von Überbelastung bzw. Überforderung nutzen können.

Aus dem Projekt heraus entstand die Empfehlung zum Aufbau einer Informationsplattform für betreuende Angehörige und Freiwillige. Diese Empfehlung soll in einem nächsten Schritt aufgenommen und mit entsprechenden Partnern weiter verfolgt werden.

Pilotprojekt «Alzheimer Ferienwoche»

Betreuende Angehörige von Demenzzkranken benötigen mit Fortschreiten der Demenz vermehrt Inseln im Alltag, wo sie zur Ruhe kommen, sich entspannen und erholen können. Zu oft jedoch dominiert das schlechte Gewissen, wenn der erkrankte Angehörige «weggegeben» wird. Oft herrscht auch die Überzeugung, es gebe niemanden, der den Kranken gleich gut umsorgen und betreuen könne.

Im August 2006 wurde von der Alzheimer Vereinigung, Sektion Bern, erstmals eine Ferienwoche für Demenzzranke und betreuende Angehörige angeboten. Zuvor mussten im Kanton Bern wohnhafte Betroffene an Ferienangeboten anderer Kantonal-sektionen teilnehmen, sofern sie dort überhaupt einen Platz erhielten.

Jedem angemeldeten Paar wird eine freiwillige Person zur Seite gestellt, die während der ganzen Woche für den Demenzzkranken zuständig ist. Der mitgereiste Angehörige entscheidet selber, in welcher Form und wie weit diese Unterstützung erfolgen soll. So können die betreuenden Angehörigen gemeinsam etwas unternehmen und sich austauschen, während die demenzzkranken Partner/innen ihr eigenes Programm und ihre eigene 1:1-Betreuung haben.

Die Projektwoche wurde durch das ALBA besucht, und es fanden Gespräche mit allen Involvierten statt (teilnehmende Angehörige, freiwillige Mitarbeitende und Ferienleiterin). Auch in der Auswertung und Beurteilung durch die Leiterin zeichnen sich deutliche Vorteile solcher Ferienwoche ab:

- Paare können gemeinsam Ferien machen.
- Die Betreuung der dementen Person erfolgt auf einer 1:1-Basis und nur in dem Mass, wie von den Angehörigen gewünscht.
- Es besteht die Möglichkeit, die Übergabe an andere Betreuungspersonen ohne schlechtes Gewissen einzuüben und dabei zu lernen, für ein paar Stunden loszulassen.
- Die Entlastung der betreuenden Angehörigen bedingt bei dieser Form von Ferien kein «Weggeben» der dementen Person (z. B. in ein Ferienbett eines Pflegeheimes).
- Die Erholungswert solcher Ferien wird von den betreuenden Angehörigen insgesamt höher eingestuft, da sie nicht von einem schlechten Gewissen geplagt werden, weil sie allein Ferien machen, während die erkrankte Person in ein Heim gegeben wird.
- Der Austausch mit anderen Teilnehmenden und das Erlernen neuer Techniken im Umgang mit den demenzbedingten Persönlichkeitsveränderungen zeigen neue Möglichkeiten auf, den Alltag zu bewältigen. Diese Erfahrungen werden im Alltag neu eingebaut und bewirken ein besseres Zurechtkommen mit der belastenden Situation.

- Die Ferienwoche ermutigt dazu, punktuelle Entlastungsangebote wie z. B. Tagesstätten zu nutzen, um sich bewusst und regelmässig den notwendigen Freiraum zu schaffen.
- Die Ferienwoche führt zur Erkenntnis, dass die eigene Entlastung letztlich präventiven Charakter hat und dazu beiträgt, selber gesund und fit zu bleiben, damit der Demenzzranke möglichst lange im gewohnten Umfeld betreut werden kann.

Die Rückmeldungen, die durch die Leitung der Ferienwoche erhoben und ausgewertet wurden, sind insgesamt positiv und betonen die gute Erholung sowie die belebende Wirkung der Ferien auf die erkrankten Partnerinnen und Partner. Einige der Angehörigen besuchen heute eine Angehörigengruppe, um sich regelmässig auszutauschen, pflegen neue Freundschaften zu anderen Ferienteilnehmenden und erleben dadurch eine Stärkung des eigenen sozialen Netzes.

Die GEF beurteilt dieses Angebot als äusserst sinnvoll, weil es betreuende Angehörige einerseits entlastet und andererseits für den Alltag zu Hause sensibilisiert und in gewisser Weise auch schult. Im Einklang mit allen Beteiligten plant die GEF deshalb, auch weiterhin die Schulungskosten und Spesen der freiwilligen Mitarbeitenden zu übernehmen. Über einen längeren Zeitraum soll beobachtet werden, welchen Nutzen die regelmässige Teilnahme an der Ferienwoche den Angehörigen und den erkrankten Partner/innen bringt und wie sich dies längerfristig auf die Bewältigung des Alltags auswirkt.

Das Projekt wurde zur Deckung der Schulungskosten und Spesen der freiwilligen Helferinnen und Helfer mit einem Beitrag von CHF 8000.– durch die GEF unterstützt.

Pilotprojekt «LeA-Schulung»

Dieses Projekt betrifft die Schulung Freiwilliger zur Begleiterin bzw. zum Begleiter im Alter (BeA). Es wird unter dem Kapitel «Übergreifende Themenbereiche» im Abschnitt Freiwilligenarbeit auf Seite 26 beschrieben.

Stärkung der ambulanten Versorgung durch Spitexdienste

Der Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern sieht als Massnahme die Stärkung der ambulanten Versorgung durch die Spitexdienste vor. Der Spitex-Verband des Kantons Bern hat 2004 zwei Projekte zur Professionalisierung initiiert: die Projekte «Standards und Indikatoren für Spitexleistungen» und «Regionalisierung der Spitexlandschaft».

Projekt

«Standards und Indikatoren für Spitexleistungen»

Dieses Projekt umfasst die Erarbeitung eines Spitexhandbuchs, das umfassende Standards mit Indikatoren für alle Spitexbereiche beinhaltet. Für die drei Bereiche «Dienstleistungen», «Strukturen» und «Ressourcen» wurden 2004–2006 Ziele mit Standards und Indikatoren als Rahmenbedingungen für die Spitexentwicklung definiert. Diese Standards wurden in einem intensiven Prozess der Meinungsfindung durch die Spitex selber erarbeitet und an der Delegiertenversammlung im April 2007 verabschiedet. Der Kanton prüft nun, welche der Standards zur Gewährleistung der Patienten- bzw. Klientensicherheit sowie zur Sicherstellung der Versorgung zu übernehmen sind.

Projekt «Regionalisierung der Spitexlandschaft»

Dieses Projekt umfasst die Erarbeitung und Umsetzung eines Regionalisierungskonzepts, das die Qualität der Dienstleistungen in einer möglichst kosteneffizienten Organisationsstruktur sicherstellt. Verschiedene Regionalisierungsmodelle wurden erarbeitet, Musterdokumente und Instrumente vorbereitet und in einem Handbuch integriert, das Ende 2005 allen Spitexorganisationen zugestellt wurde.

Spitexstützpunkte sollen flächendeckend über den Kanton verteilt sein und dadurch die Leistungsnähe zu Bürgerinnen und Bürgern gewährleisten. Administrative Aufgaben hingegen können zentral erledigt werden, was einen gezielteren Einsatz vorhandener finanzieller Mittel ermöglicht. Viele Spitexorganisationen haben deshalb ihre Leistungen, Ressourcen, Strukturen, Betriebe und Abläufe in Zusammenarbeit mit benachbarten Organisationen überprüft und neu gestaltet. Die Gemeinden und die regionalen Behörden (Regierungsstatthalter/innen) spielen bei der Reorganisation eine wichtige Rolle. Durch mehrere Fusionsprozesse ist die Zahl der Spitexorganisationen von 126 im Jahr 2004 auf 116 im Jahr 2006 gesunken und erreichte am 1.1.2007 den Stand von 105.

Der Kanton begrüsst die in Gang gesetzte Entwicklung. Nur so kann die Spitex den Herausforderungen gerecht werden, die in den nächsten Jahren auf sie zukommen werden.

Weitere Entlastungsangebote

Pilotprojekt «Besuchsdienst Bern»

Im Bericht zur Alterspolitik wurden neben Besuchsdiensten, die von Freiwilligen oder gemeinnützigen Institutionen (z. B. Kirchgemeinden) betrieben werden, auch die professionellen Besuchsdienste anderer Kantone erwähnt. Im Rahmen einer Eingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung werden dabei Menschen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit (z. B. aufgrund psychischer Erkrankungen) in Hinblick auf Besuche und Unterstützung älterer Menschen ausgebildet. Nach Abschluss der Schulung werden sie als Besucher/innen eingesetzt und in ihrer Tätigkeit ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet. Im Gegensatz zu den Besuchsdiensten von Freiwilligen oder gemeinnützigen Institutionen besteht hier ein Arbeitsverhältnis zwischen Besuchsdienst und Besuchenden, wobei die Einsätze verbindlich (Zeit, Inhalt) vereinbart werden.

Nach dem Vorbild der Besuchsdienste anderer Kantone ist in den letzten Jahren aus privater Initiative der Besuchsdienst Bern entstanden. Die von der IV finanzierte Ausbildung der Mitarbeitenden erfolgt durch den Besuchsdienst Solodaris des Kantons Solothurn. Das Einsatzgebiet des Besuchsdienstes Bern beschränkt sich vorerst auf den Raum Bern.

Grundsätzlich erachtet die GEF das Angebot als sehr sinnvoll, trägt dieses doch zur (Re-)Integration sowohl der Besuchenden wie auch der Besuchten bei. Eine enge Zusammenarbeit und die Nutzung von Synergien mit dem Besuchsdienst in Solothurn sind bei der Weiterentwicklung des Angebots von zentraler Bedeutung. Auf keinen Fall sollen im Kanton Bern neue Schulungsangebote geschaffen werden. Zu prüfen ist auch eine weitergehende Zusammenarbeit.

Nach einer Anfangsphase beabsichtigt der Besuchsdienst Bern, nun sein Angebot in der Stadt Bern und Umgebung auf- und auszubauen. Das Projekt wurde Ende 2006 bei der GEF eingegeben. Im März 2007 wurde für das Jahr 2007 ein Unterstützungsbeitrag von CHF 143 000.– gesprochen.

Aufgrund der sozialpolitischen Bedeutung (Reintegration von IV-Bezüger/innen) und des solidarischen Aspekts (IV-Bezüger/innen unterstützen AHV Bezüger/innen) soll dieses Projekt längerfristig im ganzen Kanton eingeführt werden. Es besteht die Absicht, ab 2008 einen Leistungsvertrag mit einem auf die NFA abgestimmten Abgeltungssystem abzuschliessen.

Pilotprojekt Caritas

«Integrative Freiwilligenarbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten im Kanton Bern»

Die Caritas Bern projiziert ein Angebot der integrativen Freiwilligenarbeit, das sich jedoch spezifisch an Personen mit Migrationshintergrund richtet. Das Projekt wird deshalb im Kapitel «Übergreifende Themenbereiche» im Abschnitt Ältere Migrantinnen und Migranten auf Seite 27 genauer beschrieben.

Handlungsfeld 3: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze

Betreutes Wohnen

Weil alte Menschen so lange wie möglich zu Hause bleiben möchten, ist es wichtig, altersgerechten Wohnraum zu erstellen, der Sicherheit und Unabhängigkeit auch bei leichter und mittlerer Pflegebedürftigkeit bietet. Das betreute Wohnen ist ein sinnvolles Angebot und stellt insbesondere für Personen in tieferen Pflegestufen eine günstigere Alternative zu einem Teil der Pflegeplätze dar. Im Idealfall ist betreutes Wohnen an ein Pflegeheim oder -zentrum angebunden.

Altersgerechte Wohnungen mit frei wählbaren Dienstleistungen in der Nähe von Heimen liegen im Trend. Sie bieten vor allem erhöhte Sicherheit, weil sie mit einem Notruf ausgestattet sind, der rund um die Uhr vom Heim überwacht ist. Aufgrund der grossen Nachfrage ist die Schaffung solcher Wohnungen auch für private Investoren interessant. Im Allgemeinen ist die Miete jedoch wesentlich höher als in gleichartigen Wohnungen ohne Notruf, was für Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen ein Problem ist.

Sanierungen und Anpassungen der Heiminfrastuktur

Die Ansprüche an die Infrastruktur von Heimen und Langzeitabteilungen der Spitäler steigen. Diese genügen den Anforderungen an Individualität und Flexibilität zum Teil nicht mehr. In einzelnen Heimen und Langzeitabteilungen können die vorhandenen Mehrbettzimmer immer öfter nicht mehr vermietet werden. Da sich die Institutionen vermehrt auf die Bedürfnisse schwer pflegebedürftiger Menschen ausrichten sollen, ist eine Anpassung der Infrastruktur dringend notwendig. Deshalb wurden in Absprache mit dem Amt für Grundstücke und Gebäude (AGG) der Bau-, Verkehrs- und Energiedirektion (BVE) das Richtraumprogramm von 1981 überarbeitet und die Bauabläufe gestrafft.

Überarbeitung des Richtraum- programms für Heimbauten

Mit den alten, bis Mitte 2006 gültigen Bauabläufen für Neubauten oder Sanierungen von Alters- und Pflegeheimen vergingen von der ersten Idee bis zur Fertigstellung 6 bis 12 Jahre. Deshalb hat die GEF das Verfahren für Investitionsprojekte im Langzeitbereich neu strukturiert und optimiert. Das bringt neben kürzeren Fristen und schnelleren Reaktionszeiten auch eine erhöhte Planungssicherheit und mehr Transparenz für alle Beteiligten. Vor der zeit- und kostenintensiven Planung der baulichen Massnahmen muss die GEF in einem ersten Schritt den bedarfsplanerischen und konzeptionellen Auswirkungen des Vorhabens zustimmen. Sie stützt sich dabei auch auf die Empfehlung der Kantonalen Konsultationskommission des Sozialhilfegesetzes (SHG), die sich vor dem Entscheid der GEF dazu äussert, ob das geplante Angebot am vorgesehenen Standort bedarfsplanerisch und konzeptionell sinnvoll ist.

Da bereits die Zustimmung zu den bedarfsplanerischen Eckwerten und zum Betriebs- und Betreuungskonzept vorliegt, ist eine Konzentration auf die Planung der baulichen Massnahmen möglich. Die Arbeiten können schneller vorangetrieben werden und fallen kostengünstiger aus. Neu legt der Kanton den Baubeitrag nach Kostenrichtwerten und nicht mehr auf der Basis der effektiven Baukosten fest. Die Verantwortung für die Projektierung und Ausführung der baulichen Massnahmen liegt anschliessend bei der Trägerschaft. Insgesamt erhält sie dadurch mehr Verantwortung, aber auch mehr unternehmerischen Freiraum.

Mit dem neuen Verfahren führt die GEF auch ein neues Richtraumprogramm ein. Es löst das alte aus den Achtzigerjahren ab und propagiert das Wohngruppenmodell. Dieses wird den heutigen Ansprüchen der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht und ermöglicht ein entsprechendes Heimleben. Die Forderung nach 1-Bett-Zimmern ist eine weitere Neuerung.

In den nächsten Jahren sollen Erfahrungen mit dem neuen Verfahren und dem Richtraumprogramm gesammelt werden. Erste Rückmeldungen im Zusammenhang mit neuen Bauvorhaben sind positiv. Anschliessend sollen die wichtigsten Regelungen im Rahmen einer kantonalen Verordnung definitiv festgelegt werden.

Der umfangreiche Bericht zum neuen Bauverfahren und zum Richtraumprogramm ist unter www.gef.be.ch in der Rubrik «Alter, Investitionsvorhaben» abrufbar.

Alternative Wohn- und Betreuungsplätze

Pilotprojekt «Familienplatzierungen OGG»

Die Oekonomische und Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Bern (OGG) platziert Seniorinnen und Senioren sowie Behinderte in Bauernfamilien, wo sie betreut und in den Familienalltag aufgenommen werden. Bei Pflegebedürftigkeit übernimmt die Spitex die notwendigen pflegerischen Massnahmen.

Erste Erkenntnisse zeigen, dass die Familienplatzierung ein Nischenangebot ist. Temporäraufenthalte für Wochenenden oder Ferien werden eher nachgefragt als Daueraufenthalte. Die Nachfrage aus dem IV-Bereich ist höher als aus dem AHV-Bereich. Mittlerweile ist das Platzangebot grösser als der Bedarf.

Die Auswertung dieses Angebots ist für das zweite Quartal 2007 vorgesehen.

Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter

Das Handlungsfeld 4 wurde neu strukturiert und richtet den Fokus auf die Versorgungskette von den teilstationären bis zu den stationären Angeboten, die im Fall von krankheitsbedingten Einschränkungen zum Tragen kommen.

Tagesbetreuung

Die Alterspolitik im Kanton Bern will für das ganze Spektrum des Alterungsprozesses ein möglichst lückenloses Angebot schaffen. So sind neben stationären Angeboten und dem Spitexdienst zu Hause auch begleitete gemeinsame Ferienwochen und Tagesangebote zur Entlastung der betreuenden Angehörigen zentral. Diese fein abgestufte Palette ermöglicht die gezielte und auf die Bedürfnisse und Krankheitsstadien abgestimmte Unterstützung und ein möglichst langes Verbleiben zu Hause, ohne dass betreuende Angehörige aufgrund ihrer Belastung selber krank werden.

Eines der grossen Probleme bei der Betreuung demenzkranker Menschen ist die kontinuierliche Überwachung, die es ab einem gewissen Stadium der Krankheit braucht. Die meisten Demenzkranken werden von einem einzigen Angehörigen betreut (Ehefrau, Ehemann, Tochter, Sohn). Die Angehörigen gelangen schnell an die Grenzen ihrer Möglichkeiten, wenn sie sich ständig um den dementen Menschen kümmern müssen. Tagesstätten können hier gute Hilfe leisten, da deren Angebote zunehmend auf die Betreuung Demenzkranker ausgerichtet sind. Schon heute sind ca. 50–75% der Gäste von Tagesstätten demenzkrank. Mit der Zunahme der Zahl alter Menschen und der Erhöhung des Lebensalters wird sich, solange keine wirksamen Behandlungsmöglichkeiten gefunden werden, auch die Zahl von Demenzkranken erhöhen. Der genaue Bedarf an Tagesbetreuungsplätzen kann zum heutigen Zeitpunkt allerdings noch nicht beziffert werden, wird aber steigen.

Daher ist es eine der vordringlichen Aufgaben des Alters- und Behindertenamtes, Rahmenbedingungen für teilstationäre Angebote im Altersbereich wie Tagesbetreuungsstätten zu definieren. Bisher wurden Tagesstätten unter bestimmten Voraussetzungen vom Bund subventioniert. Diese Subventionen fallen ab 2008 mit der Umsetzung der NFA weg. Die GEF hat deshalb ein Projekt lanciert, das die Finanzierung des Angebots weiterhin sicherstellen soll.

Ein Bericht, der das Angebot definiert, den Finanzierungsmechanismus beschreibt und die Qualitätsanforderungen für Tagesbetreuungsstätten festlegt, ist in Arbeit und soll im zweiten Quartal 2007 vorliegen.

Post-Akut-Pflege

Ausgangslage

Die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten in Akutspitälern wird immer kürzer. Vor allem für betagte Menschen zeichnet sich damit die Notwendigkeit eines stationären Übergangsangebots ab. Diese stellt eine zeitlich befristete, intensive pflegerisch-therapeutische Betreuung vor der Rückkehr nach Haus sicher – und zwar solange die Patientinnen und Patienten noch spitalbedürftig, aber noch nicht rehabilitationsfähig oder auch gar nicht rehabilitationsbedürftig sind.

Pilotprojekt «Post-Akut-Pflege»

Am 1. März 2003 startete die GEF einen regionalen Modellversuch «Übergangspflege». Diese Bezeichnung wurde Anfang 2006 wegen ihrer vielfältigen, sehr unspezifischen Verwendung zugunsten des präziseren Begriffs «Post-Akut-Pflege» aufgegeben, der sie klar als einen Bestandteil der Akutversorgung ausweist.

Am Modellversuch beteiligt waren die Klinik Erlenbach und das Spital Frutigen sowie – für die Vergleichsdaten – das Regionalspital Burgdorf. In einer 20-monatigen Versuchsphase wurde erprobt, welche Vor- oder Nachteile eine spezielle Post-Akut-Pflege rund um einen Akutspitalaufenthalt bringt, bezogen auf Kosten und Qualität. Seit Anfang November 2005 liegt die statistische Auswertung vor.

Erkenntnisse

Die Auswertung des Berner Modellversuchs ergibt eindeutig positive Resultate für die Post-Akut-Pflege. Vor allem betagte Patientinnen und Patienten profitieren von diesem Angebot. Ihre Gesundheit ist nach einer Post-Akut-Pflege besser als jene der Kontrollgruppe. Sie kehren nach einer Post-Akut-Pflege fast doppelt so häufig nach Hause zurück, brauchen weniger Unterstützung durch Spitex, haben so gut wie keinen Bedarf an anschliessender Rehabilitation oder Kur und bedürfen nur halb so oft einer institutionellen Weiterbetreuung in einem Alters- oder Pflegeheim.

Die Kosten der Leistungen pro Tag liegen bei der Post-Akut-Pflege um gut 25% unter jenen einer konventionellen Pflege. Obwohl die Aufenthaltsdauer von durchschnittlich 13 Tagen gegenüber der konventionellen Pflege (7 Tage) vergleichsweise lang ist, liegt die Summe aller Kosten pro Behandlungsfall immer noch geringfügig tiefer. Weiter zeigt der Modellversuch, dass bei der Post-Akut-Pflege an die Stelle überwiegender Arztkonsultationen vor allem Pflege und Physiotherapie und mithin eine gute Vorbereitung auf die Rückkehr nach Hause treten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich sagen, dass die Post-Akut-Pflege die Kriterien des KVG von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und auch Wirtschaftlichkeit erfüllt. Eine Schätzung aufgrund einer Hochrechnung der Daten aus den beteiligten Einrichtungen zeigt, dass etwa 2,2% aller oder 9,5% der über 75-jährigen Patientinnen und Patienten einen entsprechenden

Bedarf haben könnten. Das sind im Kanton Bern etwa 4500 bis 5000 Menschen pro Jahr.

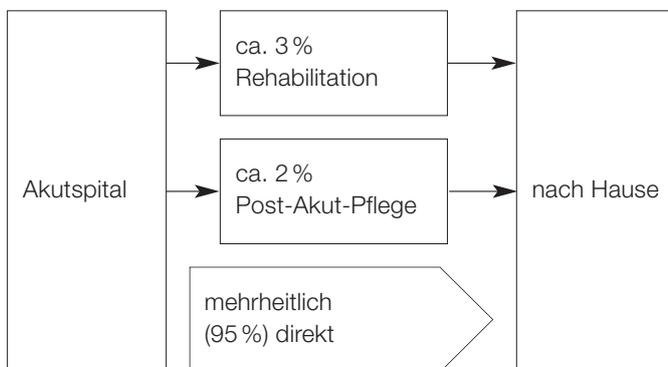
Post-Akut-Pflege soll daher im Rahmen der Umsetzung der Spitalversorgungsplanung als Kernaufgabe und Teil der Grundversorgung in den Regionalen Spitalzentren (RSZ) eingeführt werden.

Kosten

Anders als bei Rehabilitation sollen für die Post-Akut-Pflege keine eigenen neuen Tarife geschaffen werden. Die Leistungen sollen als Teil der Akutversorgung im Rahmen des DRG-basierten Akuttarifs abgegolten werden.

Den RSZ obliegt es, ihr jeweiliges Angebot von Post-Akut-Pflege intern oder extern zu organisieren. Mögliche Organisationsformen sind entsprechende Angebote im gleichen Haus, an einem anderen Standort im gleichen RSZ, Kooperationen mit einem anderen RSZ, mit einer Rehabilitationsklinik oder ausgewählten Pflegeheimen. Dabei soll die Post-Akut-Pflege grundsätzlich mit von der GEF definierten Anforderungen an Infrastruktur und Strukturqualität durchgeführt werden. Bei einer Verlegung in eine externe Einrichtung verrechnen die beteiligten Einrichtungen untereinander im Rahmen des Akuttarifs.

Die so entstehenden **Patientenpfade** lassen sich wie folgt visualisieren:



Sieger im Qualitätswettbewerb

Der Modellversuch «Post-Akut-Pflege» ist als Sieger in der Kategorie «Innovative Formen des Haushalts- und Finanzmanagements» im Qualitätswettbewerb 2006 für Excellence in der öffentlichen Verwaltung ausgezeichnet worden. Der Qualitätswettbewerb wird alle zwei Jahre gemeinsam vom Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) der Universität Lausanne und der Schweizerischen Gesellschaft für Verwaltungswissenschaften organisiert. Leitgedanke des Wettbewerbs ist es, innovative Projekte und gute Leistungen der öffentlichen Organisationen auszuzeichnen und bekannt zu machen.

GeriatRIEkonzept

Ausgangslage

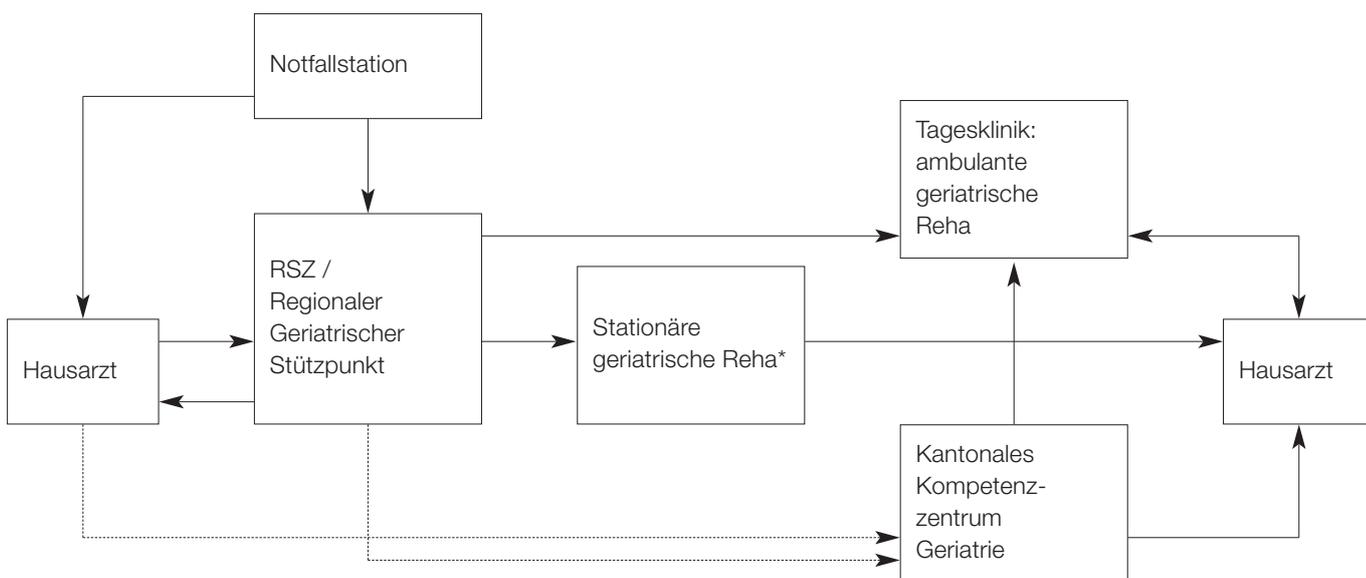
Im Oktober 2006 konnten die Arbeiten am Konzept der geriatrischen Versorgung im Kanton Bern vorläufig abgeschlossen werden. Dieses Konzept sieht die folgenden Eckpunkte vor:

Um die gesundheitliche Versorgung betagter Menschen im Kanton Bern zu verbessern, sollen das spezifisch geriatrische Fachwissen gefördert und angemessene Strukturen geschaffen werden. Diesen Anliegen dient die Schaffung Regionaler

Geriatrischer Stützpunkte in den Regionalen Spitalzentren (RSZ).

Die Verantwortung für die akutgeriatrische und für eine allenfalls erforderliche weitere rehabilitative Versorgung der Patientinnen und Patienten liegt bei den Stützpunkten. Sie entscheiden, mit welcher Einrichtung (Standort) sie für die geriatrische Rehabilitation zusammenarbeiten wollen.

Die Soll-Vorstellung einer umfassenden geriatrischen Versorgung im Kanton Bern zeigt das folgende **Modell**:



Bemerkungen: *geriatrisches Reha-Angebot entweder in Verbindung mit Regionalem Spitalzentrum, in spezialisierter Rehaklinik oder in Pflegeheim

Weiteres Vorgehen

Im Rahmen der Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz wurde der Bedarf an Leistungen in der Akutgeriatrie und in der geriatrischen Rehabilitation berechnet und die jeweils erforderlichen Massnahmen definiert:

Pro Regionales Spitalzentrum (RSZ) soll es einen Regionalen Geriatrischen Stützpunkt geben, der in der Regel zwar über keine eigenen Bettenkapazitäten verfügt, aber die Fachabteilungen konsiliarisch – vor allem bei der Durchführung des geriatrischen Assessments – unterstützt.

Die Stützpunkte müssen dazu folgende fachliche Voraussetzungen erfüllen:

- Beschäftigung einer Geriaterin oder eines Geriaters (Schwerpunkträger) mit Weisungsbefugnis
- Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie vor Ort
- Sozialdienst vor Ort
- Einsatz des geriatrischen Assessments/geriatrischen Managements

Die RSZ werden beauftragt, ihren Bedarf zu berechnen und eine geeignete Organisationsform für ihren Geriatrischen Stütz-

punkt zu bestimmen, gegebenenfalls auch in Zusammenarbeit mit einem anderen RSZ.

Im Kanton Bern bestehen besondere geriatrische Rehabilitationsangebote bislang nur im Spital Bern-Ziegler sowie im Spitalzentrum Biel. Künftig wird ein Grossteil dessen, was bisher in den Berner Rehabilitationskliniken noch an unspezifischer Rehabilitation erbracht wird, als spezifische geriatrische Rehabilitation zu leisten sein.

Die RSZ werden beauftragt, gemäss ihrem Bedarf die Organisationsform bzw. die Einrichtung zu bestimmen, in der eine stationäre geriatrische Rehabilitation für sie erbracht wird. Den RSZ steht es frei, die entsprechenden Angebote

- im gleichen Haus,
- an einem anderen Standort im gleichen RSZ,
- in Zusammenarbeit mit einem anderen RSZ,
- in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Reha-Klinik oder
- in einem Pflegeheim zu machen.

Für die geriatrische Rehabilitation werden ein eigener Tarif sowie ein spezifischer Leistungsauftrag definiert. Zudem setzt der Kanton Qualitätsanforderungen im Sinne der Struktur- und Prozessqualität fest und prüft, ob die Betriebe die Anforderungen an ein spezifisches geriatrisches Rehabilitationsangebot erfüllen.

Modellversuch «Vernetzte Versorgung in der Geriatrie»

Mit einem Modellversuch soll voraussichtlich ab 2008 geprüft werden, ob sich mit einem umfassenden Konzept der «Vernetzten Versorgung» die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (hoch)betagter Patientinnen und Patienten verbessern lässt. Eine «vertikale Vernetzung» aller Leistungserbringer der verschiedenen Versorgungsebenen mit einem gemeinsamen Management soll die Kontinuität der medizinischen Versorgung gewährleisten. Modellhaft wird die herkömmliche organisatorische und finanzielle Trennung von ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung, Spitalversorgung, Rehabilitation sowie ambulanter und stationärer Langzeitpflege durchbrochen und neu organisiert.

Bereits vorhandene Ansätze wie das «Fallmanagement» der Krankenversicherer werden einbezogen und auf ihre Entwicklungsfähigkeit geprüft. Ziel des Modellversuchs ist die Klärung von methodischen und organisatorischen Voraussetzungen und Grenzen, von rechtlichen, praktisch-planerischen und finanziellen Konsequenzen für den Kanton sowie von Folgerungen für künftige Leistungsaufträge und die weitere Versorgungsplanung.

Pilotprojekt «Übergangspflege Langzeit»

Ausgangslage

Wie schon im Bericht Alterspolitik erläutert, brauchen ältere Menschen, die aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls einen Spitalaufenthalt benötigen, oft wesentlich mehr Zeit, um sich zu erholen und wieder selbstständig zu werden. In solchen Situationen besteht die Gefahr, dass viele in ein Heim eintreten, weil sie keine Möglichkeit haben, während der Regenerationsphase zu Hause zurechtzukommen.

Ein erstes Pilotprojekt im Langzeitbereich wird seit Anfang 2006 im Krankenhaus Langnau durchgeführt. Ziel ist es, zu klären, welche Institutionen sinnvollerweise Übergangspflege anbieten sollten, welche personellen und infrastrukturellen Voraussetzungen nötig sind und wie dieses Angebot inskünftig finanziert wird. Gezielte Massnahmen sollen die Rückkehr alter Menschen nach Hause ermöglichen und damit einen definitiven Heimeintritt vermeiden. Dazu gehören neben den pflegerischen und therapeutischen Massnahmen wie Physio- und Ergotherapie, Aktivierung und Anleitung zur Selbsthilfe auch die Umfeldabklärung, um die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben zu Hause zu evaluieren. Dabei muss dem Zusammenspiel der beteiligten Institutionen grosse

Beachtung geschenkt werden, um eine optimale Versorgungskette zu gewährleisten.

Das Krankenhaus Langnau arbeitet deshalb eng mit dem dortigen Spital und der Spitex zusammen. Die betroffenen Menschen, die Angehörigen und das soziale Umfeld werden massgeblich in die Entscheidungen einbezogen. Im Spital wird abgeklärt, ob ein alter Mensch trotz seiner Einschränkungen genügend Ressourcen hat, um in die Übergangspflege aufgenommen zu werden. Beim Eintritt ins Krankenhaus wird ein individueller Massnahmenplan erstellt, der die Grundlage für die Rehabilitation bildet. Alle Mitarbeitenden im Heim arbeiten eng zusammen und tauschen sich regelmässig aus, um den Erfolg der Massnahmen zu beurteilen und gegebenenfalls neue Zielsetzungen zu formulieren. Bei der Umfeldabklärung werden zusammen mit den Angehörigen und der Spitex gegebenenfalls Massnahmen besprochen, um die grösstmögliche Sicherheit und Unabhängigkeit zu Hause zu gewährleisten. Meist handelt es sich um das Abklären allfälliger Pflege- und Haushaltsleistungen, Abmachungen mit Angehörigen, Freunden oder Nachbarn sowie das Bereitstellen von Hilfsmitteln bis hin zu kleineren baulichen Anpassungen. Eine Zwischenevaluation des Projekts soll im Frühjahr 2007 beginnen und Fragen zu Wirksamkeit, Kosten und Kostenträger, Pflegeaufwand und -dauer sowie zum kantonalen Bedarf beantworten. Bereits heute lässt sich jedoch sagen, dass das Ziel, älteren Menschen nach einem Spitalaufenthalt die Rückkehr nach Hause zu ermöglichen, in vielen Fällen erreicht werden konnte.

Die GEF plant, aufbauend auf den Erfahrungen in Langnau, auch mit anderen Institutionen ähnliche Projekte zu vereinbaren, um ein flächendeckendes Angebot von Übergangspflegeplätzen bereitzustellen.

Weiteres Vorgehen

Aufgrund der Erfahrungen in Langnau sollen ein Konzept für die Übergangspflege erstellt sowie infrastrukturelle und personelle Mindestanforderungen definiert werden.

Psychiatrische Dienstleistungen im Altersbereich

Die Psychiatrischen Dienste sind in ambulante und stationäre Angebote unterteilt.

Bei den stationären Angeboten ergab eine Studie von Dr. M. Anliker im Auftrag der GEF, dass ein Teil der Langzeitpatientinnen und -patienten¹ in den psychiatrischen Einrichtungen Münsingen, Bellelay und Meiringen dem stationären Langzeitbereich (Kranken-, Alters- und Pflegeheime) zugeordnet werden könnten, weil sie über 65-jährig und medizinisch überwiegend stabil sind. Die meisten leiden an einer demenziellen Erkrankung. Es soll geprüft werden, ob diese Menschen in Zukunft ausserhalb von psychiatrischen Kliniken in Langzeitinstitutionen leben können. Dazu müssen die betreuenden Heime über Personal mit entsprechendem Fachwissen verfügen, einen Vertrag mit einer Psychiaterin oder einem Psychiater haben und Support von den psychiatrischen Diensten erhalten.

Weiteres Vorgehen

Die GEF hat dazu einen internen Bericht erarbeitet, der in die Psychiatrieplanung einfließen wird.

Spezifische Institutionen für demenzkranke Menschen

Im Jahr 2001 bestand grosser Handlungsbedarf, für demenz-erkrankte Menschen ein spezifisches, auf ihre Bedürfnisse und den Krankheitsverlauf zugeschnittenes Angebot zu schaffen. Damals entstand die Idee von regionalen Demenzzentren. Aufgrund der Erkenntnis jedoch, dass heute mittlerweile mehr als die Hälfte der Heimbewohnerinnen und -bewohner an Demenz erkrankt sind, ist man von der Idee regionaler Demenzzentren weggekommen. Grundsätzlich soll jedes Heim eine adäquate Betreuung für Demenzkranke gewährleisten können.

Inzwischen fand in den lokalen Heimen eine Anpassung statt. Demnach wurden und werden in bestehenden Heimen spezielle Plätze für Demenzkranke geschaffen. Es wird damit gerechnet, dass die Zahl Demenzkranker weiterhin steigend ist. Eine regionale Versorgung wäre ungenügend. Nicht zuletzt aufgrund des Berichts zur Alterspolitik im Kanton Bern haben sich viele Institutionen Gedanken über eine adäquate Betreuung demenzkranker Menschen gemacht. Diese Tendenz ist erfreulich, kommt sie doch dem Grundsatz einer wohnort- und bürgernahen Versorgung entgegen.

Damit demente Menschen bis zum Lebensende im einmal gewählten Heim bleiben können, müssen die Institutionen Konzepte für die Betreuung von Demenzkranken erarbeiten. Die Mitarbeitenden brauchen zusätzliches Fachwissen, und die Infrastruktur muss den Anforderungen für die Betreuung von Demenzkranken entsprechen: überschaubare Gruppengrössen, in sich offen, nach aussen geschlossen, aber direkter geschützter Zugang nach draussen – am besten in den Garten.

In vielen Institutionen sind in den letzten Jahren Abteilungen für mobile Demenzkranke entstanden. Auch einige private Anbieter haben spezialisierte Häuser für Demenzkranke gebaut und betreiben diese erfolgreich. Nach wie vor sind spezifische, überregionale Institutionen für Demenzkranke jedoch die Ausnahme. Dies soll im Sinne eines wohnort- und bürgernahen Angebots auch so bleiben, damit die Betroffenen den Kontakt zu den Angehörigen nicht verlieren.

Kantonales Kompetenzzentrum für Demenz

Der GEF liegt eine Eingabe für ein Kompetenzzentrum Demenz mit stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten vor. Diese Eingabe wird zur Zeit genauer geprüft. Die GEF begrüsst das Konzept einer integrierten Versorgungskette für Demenzkranke. Das Kompetenzzentrum hat nebst der stationären Versorgung von Demenzkranken vor allem die Aufgabe, die Verbindung zwischen Lehre und Forschung und der Praxis zu schaffen. Das Zentrum soll das kantonale Kompetenzzentrum für Demenzfragen sein, als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis fungieren und bei der Umsetzung neuer Erkenntnisse an vorderster Front stehen. Im Sinne einer qualitativ hochstehenden Demenzversorgung für den ganzen Kanton soll hier Know-how zur Verfügung gestellt, erprobt und für andere abrufbar gemacht werden.

Gestaltung von Aussenräumen für demenzkranke Menschen

Menschen, die an einer Demenz leiden, können sich nicht mehr adäquat auf die Umwelt einstellen und geraten dadurch oft in schwierige und für sie belastende Situationen. Deshalb müssen sich Heime auch Gedanken zur Gestaltung des Aussenraums machen.

Die Stadt Bern hat in Zusammenarbeit mit dem Kanton einen Leitfaden mit Empfehlungen für die Gestaltung von Demenzgärten herausgegeben. Die Broschüre kann seit Mai 2007 in beiden Amtssprachen im Internet als PDF-Dokument heruntergeladen werden.

Als Ergänzung zu dieser Broschüre sollen auch konzeptionelle und gestalterische Empfehlungen für die Innenräume erarbeitet werden.

¹ Unter Langzeitpatienten/innen versteht man Personen, die mehr als 180 aufeinanderfolgende Tage in einer psychiatrischen Einrichtung verbringen.

Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung

Kommunale Altersplanungen

Die Auseinandersetzung mit der Alterung der Bevölkerung ist wichtig und hat in jeder Gemeinde unter Beizug der Einwohnerinnen und Einwohner zu erfolgen. Alterspolitische Themen und Anliegen sollen von unten wachsen und Teil der gemeindepolitischen Agenda sein. Mit Ausnahme weniger (vor allem kleinerer) Gemeinden liegen aus dem ganzen Kanton Altersleitbilder vor. Der Prozess ist damit aber nicht abgeschlossen. Es folgen weitere Schritte der Umsetzung, und die Altersleitbilder sollen im Sinne einer rollenden Planung in regelmässigen Abständen aktualisiert werden.

Altersplanung erfolgt nicht nur auf kommunaler, sondern auch auf regionaler Ebene. Erfahrungen zeigen, dass sich die raumplanerischen Regionen des Kantons auch für Fragen der Alterspolitik eignen. So gibt es heute Arbeitsgruppen im Oberaargau und im Aaretal, die sich mit der regionalen Altersplanung und Koordination von Angeboten auseinandersetzen. Das Pilotprojekt im Oberaargau bewährt sich. Das Bewusstsein für alterspolitische Themen hat zugenommen, und es findet eine Positionierung in alterspolitischen Angelegenheiten gegenüber dem Kanton statt. Der Kanton begrüsst und unterstützt die regionale Auseinandersetzung mit der Altersplanung und ermutigt die übrigen Planungsregionen, dieses Thema ebenfalls aufzunehmen. Regionale Planung ist dort nötig, wo Angebote nicht nur rein kommunalen Charakter haben: z. B. Grossheime, regionale Spitexdienste, zentrale Dienstleistungen für alte Menschen, die nicht in jeder einzelnen Gemeinde angeboten werden können, sowie öffentlicher Verkehr als Mittel zur Mobilität im Alter und vieles mehr. Es wird Aufgabe der Regionen sein, ihre spezifischen Altersthemen festzulegen und zu bearbeiten. Die regionalen Gremien sollen vermehrt auch in die Planung von Pflegeheimlistenplätzen einbezogen werden, wenn es um Angebote für die Region geht.

Seit April 2006 gibt es beim Kanton eine Anlaufstelle für die Gemeinden, die sich auch mit der Koordination der kommunalen und regionalen Altersplanung befasst.

Anstoss zu Altersforen in den Regionen

Pilotprojekt in der Region Oberaargau

In der Pilotregion Oberaargau findet auf Initiative der Arbeitsgruppe Altersfragen jedes Jahr ein Forum statt, das über die neusten Entwicklungen im Altersbereich der Planungsregion Oberaargau informiert. Das Forum und die regionale Arbeitsgruppe haben Pilotcharakter und sollen für andere Planungsregionen beispielhaft sein. Zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe gehören die Entwicklung einer Altersstrategie für die Region, die Initiierung regionaler Projekte, die Koordination zwischen einzelnen Leistungserbringern und die jährliche Durchführung des Altersforums. Ab 2007 wird die Arbeitsgruppe um je eine Vertretung aus den sieben Altersleitbildregionen im Oberaargau ergänzt.

Zwischen der Region Oberaargau und der GEF besteht ein Leistungsvertrag. Die Region wird bis und mit 2009 mit CHF 20 000.– pro Jahr unterstützt.

Einbezug der Interessen älterer Menschen in den öffentlichen Diskurs

Pilotprojekt «Jung mit Alt»

Der Bernische Verband für Seniorenfragen (BVSF) hat das Pilotprojekt «Jung mit Alt» ins Leben gerufen. Mitglieder des BVSF gehen in Abschlussklassen verschiedener Schulen (Berufsschule, Freies Gymnasium) und führen mit den Schülerinnen und Schülern Gespräche zum Thema Alter. Diese Begegnungen finden sowohl im Plenum als auch in kleinen Gruppen statt. Thematisiert werden Fragen, die für beide Generationen von Bedeutung sind. Die unterschiedlichen Blickwinkel und Ansichten tragen zur gegenseitigen Sensibilisierung bei. Die engagierten Seniorinnen und Senioren fördern mit ihrem persönlichen Einsatz eine differenzierte Vorstellung des Alters in den Köpfen der Jugendlichen. Sie berichten aus eigener Erfahrung und bringen sich selber in den öffentlichen Diskurs ein.

Das Projekt wurde für die beiden Jahre 2005 und 2006 mit einem einmaligen Beitrag von CHF 4000.– für administrative Aufwendungen und die Spesen der teilnehmenden Seniorinnen und Senioren unterstützt. Der Bericht zum Projekt 2006 folgt im zweiten Quartal 2007.

Pilotprojekt

«Pro Senior – Berner Forum für Altersfragen»

Der Bericht zur Umsetzung der Alterspolitik des Kantons Bern verfolgt auch das Ziel, die Eigeninitiative der älteren Generation zu unterstützen und die Sicht der Direktbetroffenen vermehrt einzubeziehen. Der von Senioren nach dem Ausstieg aus dem aktiven Berufsleben gegründete Verein Pro Senior bezweckt unter anderem, durch konkrete Vorhaben und Projekte die Bedürfnisse und Erwartungen der älteren Menschen zu ermitteln, neue Möglichkeiten des Mitwirkens zu schaffen und brachliegende Kompetenzen der älteren Generation zu erschliessen. Das «gebündelte Wissen» soll interessierten Kreisen, z. B. kommunalen und kantonalen Behörden, zur Verfügung gestellt werden. So fand in den Jahren 2005, 2006 und 2007 in Zusammenarbeit mit Pro Senectute Kanton Bern eine jährliche Erfa-Tagung statt. Das Angebot der Tagung richtet sich jeweils an Gemeindevertreterinnen und -vertreter, die sich mit Altersfragen konfrontiert sehen und an der Umsetzung der Altersarbeit in ihren Gemeinden beteiligt sind.

Der Verein Pro Senior wird im Sinne eines Pilotprojekts, das im Kanton Bern den Austausch von Wissen und Erfahrungen im Altersbereich fördert, durch die GEF mit einem jährlichen Beitrag von CHF 15 000.– unterstützt.

Handlungsfeld 6: Bedarfsgerechtes Angebot von stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Pflegeheimplanung

Die Auslastung der Alters- und Pflegeheime im Kanton Bern ist konstant. Zunehmend Probleme haben Institutionen mit Mehrbettzimmern und einer Infrastruktur, die den heutigen Erwartungen und Ansprüchen der Bewohnenden und deren Angehörigen nicht mehr entspricht. Auf die Anzahl der über 80-Jährigen gerechnet, liegt der kantonale Durchschnitt von stationären Pflegeplätzen gemäss Pflegeheimplanung heute bei 27,9% und damit 2,1 Prozentpunkte unter dem im Bericht von 2005 angenommenen maximalen Bettenrichtwert von 30%. Die durchschnittliche jährliche Auslastung aller Pflegeheime betrug von 2001 bis 2005 gut 93%. Die Zahlen für 2006 werden Ende Mai 2007 von der Kantonalen Koordinationsstelle für Chronischkranke und Betagte, Spiez, publiziert.

Die einzelnen Institutionen sind unterschiedlich gut ausgelastet. Mit Abstand die schlechteste Auslastung weisen mit unter 90% die Langzeitabteilungen der Spitäler auf. Die Wartelisten und Wartezeiten für einen Heimeintritt haben sich in den letzten zwei Jahren verkürzt. Über den ganzen Kanton gesehen bestehen genügend Pflegeplätze, die jedoch ungleich verteilt sind. So gibt es Regionen, die eher unterversorgt sind, und

andere mit einer überdurchschnittlichen Versorgung. Die nach Pflegestufen aufgeschlüsselte Auslastung zeigt, dass im Jahr 2005 rund 41% der Plätze von Personen in den Pflegestufen 0–2 belegt waren. Mit der in Handlungsfeld 3 beschriebenen Entwicklung des betreuten Wohnens und den Bemühungen im präventiven Bereich, gekoppelt mit Entlastungsangeboten für Angehörige, kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegestufen 0–2 künftig vermehrt ambulant versorgt werden können. Die Betten in den Pflegeinstitutionen werden deshalb in Zukunft Personen in höheren Pflegestufen zur Verfügung stehen. Dies trägt dazu bei, die Zahl der Pflegeheimplätze – wie vom Kanton beabsichtigt – stabil zu halten und den Bedarf über längere Zeit zu decken.

Heute sind im Kanton Bern 14 113 Pflegeheimplätze in Betrieb (Stand 28.2.2007). Wie bereits erwähnt, liegt der Anteil der Pflegeheimplätze bezogen auf die Zahl der über 80-Jährigen bei 27,9% und damit unter dem im Bericht von 2005 angenommenen Höchstwert von 30%.

	2006	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Bevölkerung 80+ im Kanton Bern	50 449 ²	52 361	54 187	55 234	62 512	70 309	73 613	77 681
Benötigte Plätze bei Bettenrichtwert von 30% der Bevölkerung 80+ effektiv	14 113	15 708	16 256	16 570	18 754	21 093	22 084	23 304
Stabiles Angebot von Pflegeheimplätzen	–	15 500	15 500	15 500	15 500	15 500	15 500	15 500
Anzahl Plätze in Prozent der Bevölkerung 80+ bei stabilem Platzangebot	27,9%	30%	29%	28%	25%	22%	21%	20%
Anzahl Plätze, die durch Verringerung des Bedarfs bzw. alternative Angebote kompensiert werden müssen		208	756	1070	3254	5593	6584	7804

Quelle: Prognostizierte Bevölkerungsentwicklung (Anteil 80+) im Kanton Bern, Szenario Trend, bfs 2002, basierend auf den Daten der ständigen Wohnbevölkerung des Kantons Bern am 31.12.2001.

² Diese Zahl ist der zur Zeit aktuellste erhältliche Wert. Er gibt jedoch nur die Gesamtbevölkerungszahl wieder und ist nicht nach Gemeinden aufgeteilt. Die der Pflegeheimplanung zugrunde liegenden detaillierten Zahlen sind die nach einzelnen Gemeinden und Altersklassen aufgeteilten Zahlen der Volkszählung 2000. Diese wurden entsprechend dem Szenario Trend des bfs auf das Jahr 2006 hochgerechnet. In der Pflegeheimplanung liegt der Durchschnittswert der Versorgung deshalb bei 27,0%.

Aus der Tabelle geht hervor, dass bei einem stabilen Angebot, das auf 15 500 Plätze im stationären Bereich kontingentiert ist, die Eintrittshäufigkeit in ein Pflegeheim bzw. die durchschnittliche Versorgung an Pflegeheimplätzen in Bezug zur Bevölkerung 80+ bis ins Jahr 2040 auf 20% abnehmen muss. Dies bedingt den Ausbau ambulanter und teilstationärer Angebote sowie die Schaffung von neuen Wohnformen, die selbstständiges Wohnen dank Nähe zu Dienstleistungen erlauben. So können Personen der Pflegestufen 0–2 vorwiegend weiterhin zu Hause bleiben und beanspruchen keine Pflegeplätze, wie dies heute zum Teil der Fall ist.

Die Bevölkerung 80+ bildet die Berechnungsgrundlage für die Pflegeheimplätze, weil die Mehrheit der Plätze von Hochbetagten beansprucht wird, denn mit steigender Anzahl an Lebensjahren nehmen Multimorbidität und Fragilität zu. Ein Teil der Pflegeheimplätze wird jedoch auch von Personen unter 80 Jahren beansprucht. Diese sind in den vorliegenden Zahlen enthalten. Gemäss der jährlichen Statistik der Kantonalen Koordinationsstelle für Chronischkranke und Betagte (KKC) in Spiez wird seit Jahren rund ein Viertel der Betten durch unter 80-Jährige beansprucht.

Tagesstätten

Siehe dazu Handlungsfeld 4, Abschnitt «Tagesbetreuung», Seite 14.

Handlungsfeld 7: Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal

Aus- und Weiterbildung im Bereich Pflege und Betreuung

Die GEF hat bereits im Bericht von 2005 auf das Problem des fehlenden Pflege- und Betreuungspersonals aufmerksam gemacht. Wie auch in der Versorgungsplanung zum Spitalversorgungsgesetz bereits festgehalten, haben der Langzeitpflegebereich und die Spitex zusammen den grössten Bedarf an Nachwuchskräften beim Pflegepersonal. In der Zwischenzeit wurden verschiedenste Massnahmen eingeleitet, um die Versorgungssituation zu optimieren.

Die neue Ausbildung zur/zum Fachangestellten Gesundheit (FaGe) wird im deutschsprachigen Kantonsteil nach dem Lehrortsprinzip durchgeführt, d. h. die Auszubildenden sind nicht bei der Schule, sondern bei ihrem Lehrbetrieb angestellt. Die GEF und die Institutionen haben intensive Anstrengungen unternommen, um Lehrstellen im Altersbereich zu schaffen. Die nachfolgende Tabelle macht deutlich, dass mit der neuen FaGe-Ausbildung vor allem im Langzeitbereich Lehrstellen entstanden sind. Die Tendenz ist weiterhin steigend.

	Langzeit- Lehrverträge	Spitex- Lehrverträge	Akutspital- Lehrverträge	Psychiatrie- Lehrverträge
2004	63	4	46	0
2005	112	24	79	12
2006	147	19	117	13
2006 / Erwachsene	47	9	8	–
Total	369	56	250	25

Gleichzeitig wurde die verkürzte Lehre FaGe für Erwachsene konzipiert und im August 2006 eingeführt. Momentan bestehen im Langzeitbereich und bei der Spitex 56 Lehrverträge in insgesamt 45 Lehrbetrieben. Mit diesem Angebot können die Langzeitinstitutionen ihrem langjährigen Personal ohne pflegerische Ausbildung eine qualifizierte Berufslehre im eigenen Betrieb ermöglichen. Die Heime bieten weiterhin Praktikumsplätze für die Ausbildung zur Pflegefachperson an.

Im Jahr 2004 wurde die Organisation der Arbeitswelt (OdA) ins Leben gerufen. Sie ist ein paritätisch zusammengesetztes Gremium aus Vertreterinnen und Vertretern der arbeitgebenden und arbeitnehmenden Seite sowie der GEF, das die Grundlagen der Lehre zur FaGe geschaffen hat. Die Erziehungsdirektion ist mit beratender Stimme vertreten. Durch diese Zusammensetzung der Gruppe hat der Kanton Bern schweizweit eine Vorreiterrolle inne. Die Startphase der neuen Ausbildung wurde durch den Kanton separat mitfinanziert. So konnte die Ausbildung FaGe breit abgestützt und gut verankert werden.

Zusätzlich wurde die Erwachsenenlehre vorangetrieben. Der erste Kurs startete im August 2006. Eine Attestausbildung für Personen mit Lernschwäche soll in den nächsten Jahren ebenfalls eingeführt werden, um die Ausbildung zur Pflegeassistenten abzulösen.

Die Zuständigkeit für den schulischen Bereich der neuen Ausbildungen FaGe, Erwachsenenlehre FaGe und Attestausbildung FaGe liegt bei der Erziehungsdirektion.

Pilotprojekt SBGRL

«Wiedereinstieg in die Langzeitpflege»

Seit mehreren Jahren bietet der Schweizer Berufs- und Fachverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege (SBGRL) im Kanton Bern einen Kurs für diplomiertes Pflegepersonal an, das nach längerer Pause wieder ins Berufsleben einsteigen will. Dieses Angebot wird rege genutzt und trägt dazu bei, dass diplomiertes Personal zurückgewonnen und auf den neusten Stand des Wissens gebracht werden kann.

Pilotprojekt SRK Bern «Tremplin»

Das SRK Kanton Bern hat einen Sprachkurs für Migrantinnen und Migranten erarbeitet, deren Deutsch- bzw. Französischkenntnisse (noch) nicht ausreichend sind, um den Pflegehelfer/innen-Kurs SRK absolvieren zu können. In jeder der beiden Sprachen soll ein Pilotkurs durchgeführt werden. Die Teilnehmenden werden praxisorientiert in die pflegerische Fachsprache und den Pflegealltag eingeführt. Es werden auch Lerntechniken vermittelt und die Reflexionsfähigkeit der eigenen Arbeit gestärkt.

Durch den Vorkurs soll ein genau definiertes Sprachniveau erreicht werden, das die Teilnahme am Pflegehelfer/innen-Kurs SRK und die sprachliche Bewältigung des Pflegealltags ermöglicht.

Die GEF begrüsst diese Massnahmen als sinnvoll und zielgerichtet, da sie zur Rekrutierung von Pflegepersonal im Langzeitbereich beiträgt. Dem Projekt wurde für die Pilotphase ein Unterstützungsbeitrag von CHF 44 665.– zugesichert.

Handlungsfeld 8: Qualitätssicherung

Festlegung von Qualitäts- kriterien im Rahmen der Umsetzung der Heim- verordnung

In den Jahren 2005 und 2006 wurden allen öffentlichen Heimen unbefristete Betriebsbewilligungen erteilt. Sowohl die privaten als auch die öffentlichen Heime haben nun die gleichen Anforderungen zu erfüllen. Besonderes Augenmerk wird auf die Konzepte, die Einhaltung des Mindeststellenplans und eine bedarfsgerechte Infrastruktur gelegt.

Die Zahl der Aufsichtsbesuche in den Heimen wurde in den letzten beiden Jahren erheblich erhöht, was eine konkretere Analyse der Probleme und Bedürfnisse, des Angebots und der Qualität erlaubt. Die Sicherstellung der Qualität ist eine minimale Garantie für die Bewohnerinnen und Bewohner und trägt zu deren Schutz bei. Die GEF nimmt damit ihre Funktion als Aufsichtsbehörde aktiv wahr und kann Qualitätsmängel in einzelnen Institutionen gezielt angehen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die Verantwortlichen der Heime zunehmend der Komplexität der Aufgaben bewusst werden und sich den Herausforderungen an eine moderne Heimführung stellen. So werden zum Beispiel die Pflege- und Betreuungskonzepte vermehrt an die Bedürfnisse stark Pflegebedürftiger angepasst und die Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner bewusst an die Hand genommen, um ihnen mehr Lebensqualität zu ermöglichen. Allgemein nimmt man sie verstärkt als Kundinnen und Kunden wahr und bezieht ihre Angehörigen in die Pflege mit ein. Trotzdem ist die Qualitätssicherung eine Daueraufgabe, die gezielt geplant, umgesetzt und evaluiert werden muss.

Handlungsfeld 9: Überprüfung der Finanzierungsmechanismen

Von der defizit- zur leistungs- orientierten Finanzierung

Überprüfung der Finanzierungsmechanismen im stationären Bereich

Bis Ende 2005 wurde den Institutionen von Kanton und Gemeinden das effektive Defizit bis zu der von der GEF festgelegten Kostenobergrenze abgegolten.

Seit 2004 läuft in der Stadt Bern ein Pilotprojekt zur Personenfinanzierung im Heimbereich. Die Heime verrechnen ihren Bewohnerinnen und Bewohnern kostendeckende Tarife. Wer aufgrund seines Einkommens und Vermögens nicht in der Lage ist, den Tarif zu bezahlen, erhält die Differenz über Zuschuss nach Dekret. Die Rückmeldungen aus diesem Pilotprojekt sind durchwegs positiv: Die Bewohnerinnen und Bewohner müssen gegenüber dem Heim ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht mehr offenlegen. Die Institutionen werden von der Berechnung des sogenannten Sozialtarifs entlastet und haben einen verstärkten unternehmerischen Anreiz, Kosten und Qualität zu optimieren. Die Ausgleichskasse verfügt als einzige Stelle über sämtliche Daten und erlässt die entsprechenden Verfügungen. Dieses Vorgehen trägt zu einem Bürokratieabbau bei unter gleichzeitiger Minimierung möglicher Fehlerquellen.

Auf das Jahr 2006 hat die GEF die personenorientierte Heimfinanzierung eingeführt. Neu legt die Institution – durch den Leistungsvertrag mit dem Kanton oder der Gemeinde – vor dem Betriebsjahr den kalkulierten, kostendeckenden Tarif verbindlich fest. Der Anteil, welcher von den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht bezahlt werden kann (Tarifausfall), wird durch einen Kantonsbeitrag gedeckt. Das fördert die Transparenz im Tarifbereich sowie die unternehmerische Freiheit und Verantwortung.

Mit Inkrafttreten der NFA per 1.1.2008 wird das Gesetz über die Ergänzungsleistungen auf nationaler Ebene total revidiert. Die Deckung des allgemeinen Existenzbedarfs wird vorwiegend Bundesaufgabe. Die Ergänzungsleistungen zur Deckung von zusätzlichen Heimkosten gehen hingegen vollständig zu Lasten der Kantone.

Die Kantone bestimmen selbstständig die Höhe der anrechenbaren Heimtaxen und beeinflussen damit auch den von ihnen zu tragenden EL-Teil. Die Begrenzung der jährlichen Ergänzungsleistung durch den Bund wird aufgehoben.

Diese Änderungen schaffen die Voraussetzungen dafür, dass der Heimaufenthalt vollumfänglich durch die Ergänzungsleistungen gedeckt werden kann. Bei der Berechnung werden die Krankenkassenpauschale, die Hilflosentschädigung sowie das Einkommen und Vermögen der betroffenen Person anzurechnet. Betriebsbeiträge des Kantons sind nicht mehr nötig.

Damit kann das System der Heimfinanzierung noch einmal vereinfacht und die Transparenz für alle Beteiligten erhöht werden. Die GEF strebt an, die «Personenfinanzierung» ab 2008 umzusetzen.

Überprüfung der Finanzierungsmechanismen im ambulanten Bereich

Aus alterspolitischen Gründen sollen die Leistungen der Spitex in den kommenden Jahren erheblich ausgebaut werden, was eine Mehrbelastung des Lastenausgleichs zur Folge haben wird. Andererseits können erhebliche Kosten eingespart werden, weil dadurch der Ausbau der stationären Angebote von Alters- und Pflegeheimen reduziert oder verhindert werden soll. Mit den laufenden Bestrebungen zur Regionalisierung der Spitexorganisationen werden zudem die Voraussetzungen für eine noch effizientere Leistungserbringung geschaffen.

Abhängigkeit von der nationalen Gesetzgebung

Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996 wurden die Krankenversicherer verpflichtet, die Kosten der Pflege im stationären und im ambulanten Bereich zu finanzieren. In der Folge kam es immer wieder zu Diskussionen darüber, welche Leistungen die Krankenversicherer tatsächlich übernehmen müssen. Im Rahmen der KVG-Revision 2005 entschied der Bundesrat, die Rahmentarife einzufrieren. Der Kanton Bern verfolgt die auf Bundesebene geführte Diskussion über die Pflegefinanzierung. Anpassungen der Finanzierung hängen deshalb von Entscheidungen des Bundes ab.

Übergreifende Themenbereiche

Freiwilligenarbeit

Grundsatz

Freiwilligenarbeit ist ein wesentlicher Pfeiler der Versorgung. Der Kanton Bern erachtet die Freiwilligenarbeit deshalb als äusserst wertvoll. Pilotprojekte in diesem Bereich sind von grosser Bedeutung, denn sie werten die Freiwilligenarbeit auf und ergänzen das bestehende professionelle Betreuungsnetz. Die GEF unterstützt aus diesem Grund die Ausbildung von Freiwilligen.

Pilotprojekt «LeA-Schule»

Die LeA-Schule (Lebensbegleiter/in im Alter) existiert seit 1998, und seit Herbst 2005 besteht auch ein Kursangebot für Freiwillige, die gerne ältere Menschen begleiten. In 12-tägigen Kursen werden die Interessierten zu BeA (Begleiter/in im Alter) ausgebildet und erwerben das für die Freiwilligenarbeit notwendige Wissen.

Als Zeichen der Anerkennung und Wertschätzung professioneller Freiwilligenarbeit übernahm der Kanton bei vorerst drei Kursen für Teilnehmende aus dem Kanton Bern zwei Drittel der Kurskosten. Der dritte Kurs wurde abgeschlossen, eine Auswertung liegt noch nicht vor. Erste Rückmeldungen von Teilnehmenden und der Schule sind sehr positiv. Das Kursangebot ermöglicht es Interessierten, mit einer Grundausbildung genügend Kenntnisse und Wissen zu erwerben, um in die Freiwilligenarbeit einzusteigen.

Die ersten drei vom Kanton mitfinanzierten Kurse (2006/2007) waren in kurzer Zeit ausgebucht und erwiesen sich als grosser Erfolg. Anmeldungen für einen vierten Kurs, der im April 2007 beginnen soll, liegen der Schule bereits vor. Nach der Evaluation der ersten drei Kurse wird die GEF über eine weitere Unterstützung des Angebots entscheiden.

Die ersten drei Kurse wurden mit insgesamt CHF 67 500.– unterstützt.

Pilotprojekt SRK Bern Oberland «Entlastung Angehörige»

(s. Handlungsfeld 2, Abschnitt «Unterstützung betreuender und pflegender Angehöriger», Seite 9)

Das Pilotprojekt des SRK Bern Oberland beinhaltet nebst der Vermittlung von Freiwilligen auch deren Schulung.

Förderung der hausärztlichen Ausbildung

Handlungsbedarf

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch die Ärzteschaft hat auch auf den Altersbereich einen grossen Einfluss. In diesem Zusammenhang zu erwähnen sind die inzwischen neu eingereichten Vorstösse von Grossrat Thomas Heuberger (M 035/2005) betreffend «Hausarzt-Mangel: Alarmruf», von Grossrat Carlo Kilchherr (M 090/2005) betreffend «Drohender Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Land» und von Grossrätin Franziska Fritschy (M 123/2005) betreffend «Förderung der Hausarztmedizin».

Weiteres Vorgehen

Die Anliegen dieser Motionen werden – soweit sie im Zuständigkeitsbereich des Kantons liegen – im Rahmen einer vom Kantonsarztamt geführten Arbeitsgruppe mit Vertretungen der kantonalen Ärztesgesellschaft, der Medizinischen Fakultät, der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin, der Erziehungsdirektion und der Volkswirtschaftsdirektion und anderen bearbeitet.

Ferner prüft die GEF die Durchführung eines Modellversuchs zur Förderung der Weiterbildung von Assistentinnen und Assistenten in Hausarztmedizin (Praxisassistenten).

Palliativpflege und -betreuung

Das Thema der Palliativpflege wird im Rahmen nationaler Arbeitsgruppen breit diskutiert und stellt auch im Kanton Bern eine grosse Herausforderung dar.

Die Palliativstation des Diakonissenhauses bietet eine stationäre Palliativpflege in der letzten Lebensphase. Menschen, die zu Hause sterben möchten, können ambulante Angebote in Anspruch nehmen. So bietet die Spitex Bern schon seit längerer Zeit die Spitalexterne Onkologie- und Palliativpflege (SEOP) an. Im Januar 2007 erfolgte eine Projekteingabe aus Langenthal für den Aufbau einer Palliativpflege in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren (Spitex, Spital Region Oberaargau SRO, Heime und Oberaargauer Verein zur Begleitung Schwerkranker OVBS). Die GEF begrüsst die Absicht, in bestehende Strukturen sowohl ambulante als auch stationäre Palliativpflege aufzunehmen.

Pilotprojekt >>zapp in Burgdorf

Das Zentrum für ambulante Palliativpflege >>zapp bietet Angehörigen und Fachdiensten im Rahmen eines von der GEF mitfinanzierten Projekts im Raum Burgdorf Fachberatungen an und arbeitet eng mit den Spitexorganisationen zusammen. Zudem schult, vermittelt und unterstützt >>zapp Freiwillige, die zur Entlastung von Angehörigen Tages- und Nachteinsätze bei Schwerkranken und Sterbenden leisten.

Bis Ende August 2007 sollen die Erfahrungen der ambulanten Palliativpflege im Raum Burgdorf im Hinblick auf mögliche, für den ganzen Kanton anzustrebende Standards ausgewertet werden. Solche Standards erlauben es festzulegen, welche Leistungserbringer dieses Angebot bereitstellen und wie die Finanzierung geregelt werden könnte.

Ältere Migrantinnen und Migranten

Das Thema Alter und Migration wird schweizweit in verschiedenen Projekten bearbeitet. Die Zahl der Migrantinnen und Migranten, die ins Pensionsalter kommen, steigt an. Dies führt zu neuen Herausforderungen und Fragen der Integration. In der Stadt Bern gibt es seit 2001 eine Arbeitsgruppe «Alter & Migration». Sie führte vor einigen Jahren das Projekt «Invecchiare a dr Aare» durch und setzte sich mit dem Thema der italienischen Migrantinnen und Migranten im Pensionsalter auseinander.

Pilotprojekt Caritas «Integrative Freiwilligenarbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten im Kanton Bern»

Das Projekt hat zum Ziel, die Freiwilligenarbeit für über 60-jährige Migrantinnen und Migranten zu etablieren und sie diesem Personenkreis zugänglich zu machen. Als Pilotregion wurde das Berner Seeland mit Schwergewicht auf dem ländlichen Teil ausgesucht. In verschiedenen Gemeinden bestehen Kontakte zu Schlüsselpersonen und Multiplikatorinnen, denen beim Aufbau eines Angebots für ältere Migrantinnen und Migranten eine Türöffnerfunktion zukommt. Es soll geklärt werden, wo ein Bedarf für diese Zielgruppe besteht, wo ein allenfalls vorhandenes Angebotsnetz verdichtet werden muss und wie Landsleute mit ähnlichem kulturellem Hintergrund, z. B. jüngere Migrantinnen oder Secondos, für diese Freiwilligenarbeit rekrutiert werden können.

Die GEF verfolgt das Thema der Integration von älteren Migrantinnen und Migranten aktiv und unterstützt zur Zeit dieses Projekt der Caritas.

Für die Projektierungsphase wurde ein Beitrag von CHF 25 000.– gesprochen. Die Umsetzung wird mit einem Kostendach von CHF 239 000.– unterstützt.

Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz

Die Versorgungsplanung ist das zentrale Steuerungsinstrument für die Spitalversorgung und das Rettungswesen gemäss dem seit dem 1.1.2006 gültigen Spitalversorgungsgesetz (SpVG). Sie nennt Versorgungsziele, Leistungsbedarf und -kosten und konkretisiert die Versorgungsstrukturen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern will ihre versorgungsplanerischen Massnahmen so ausgestalten, dass das Versorgungssystem gemäss den Grundsätzen des Spitalversorgungsgesetzes weiterentwickelt werden kann. Ihr Hauptanliegen ist eine qualitativ gute, bedarfsgerechte und wirtschaftlich tragbare Versorgung für die Bevölkerung des Kantons Bern.

Die Versorgungsplanung umfasst folgende Bereiche: somatische Akutversorgung, Rehabilitation, Psychiatrieversorgung, Rettungswesen und Versorgungsplanung für die Pflege- und Betreuungsberufe. Eine Reihe der hier im Zwischenbericht Alterspolitik aufgeführten Massnahmen ist daher – sofern sie die stationäre Akutversorgung betreffen – zugleich integraler Bestandteil dieser Versorgungsplanung. Im Weiteren sei auf den Bericht des Spitalamtes «Versorgungsplanung 2007–2010 gemäss Spitalversorgungsgesetz» verwiesen.

Tabellarische Übersicht über die Pilotprojekte

Projekt bzw. Veranstaltung / Status bzw. Laufzeit

**Beiträge der öffentlichen Hand
in Tausend CHF**

Handlungsfeld 1: Unterstützung der Selbständigkeit und Gesundheit im Alter

- Präventive Hausbesuche Thun, läuft seit 2005
- Präventive Hausbesuche Lyss, läuft seit 2005
- Präventive Hausbesuche Oberaargau, läuft 2006–2008
- Präventive Hausbesuche Region Bern, Projektierungsphase
- Internetplattform Pro Senectute, seit Mai 2006,
Erweiterung auf ganzen Kanton im Verlauf 2007
(zur Aufschaltung einmaligen Beitrag gesprochen)

Beiträge total bis 31.12.2006

CHF 725

Handlungsfeld 2: Unterstützung der Pflege und Betreuung zu Hause und Entlastung betreuender Angehöriger

- Entlastung Angehörige SRK Bern Oberland³, läuft seit Mai 2006
- Entlastung Angehörige von Demenzkranken Biel-Seeland,
Oktober 2005–September 2008, 3 Jahre
- Schulung Angehörige Demenzkranker und Freiwilliger (W'EG-Projekt⁴),
abgeschlossen März 2006, weitere Schritte 2. Halbjahr 2007
- Alzheimer Ferienwoche ALZ Bern,
abgeschlossen, 1 Woche August 2006
- Standards und Indikatoren Spitex,
2004–2006 Definition, 2007 Anhörung und Genehmigung
- Regionalisierung Spitex-Landschaft, läuft
- Besuchsdienst Bern, Beginn Frühjahr 2007
- LeA-Schule⁵, 2006/2007, insgesamt 3 Kurse
- Caritas Integrative Freiwilligenarbeit,
Projektierungsphase 2006, Projekt 2007–2009

Beiträge total bis 31.12.2006

CHF 558

Handlungsfeld 3: Zukunftsorientierte Wohn- und Betreuungsplätze

- Familienplatzierungen OGG⁶, 2005–2007

Beiträge total bis 31.12.2006

CHF 529

Handlungsfeld 4: Versorgungsangebote bei Krankheit im Alter

- Broschüre Gestaltung Aussenraum für Demenzkranke
(in Zusammenarbeit mit der Stadt Bern), abgeschlossen
- Post-Akut-Pflege, März 2003–Dezember 2004, abgeschlossen
- Modellversuch Vernetzte Versorgung in der Geriatrie,
Konzepterarbeitung 2007, Beginn 2008
- Übergangspflege Langzeit, 2006
- >>zapp⁷ Burgdorf, ambulante Palliativpflege, 2005–2007

Beiträge total bis 31.12.2006

CHF 433

³ SRK = Schweizerisches Rotes Kreuz

⁴ WE'G = Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau

⁵ LeA = Lebensbegleitung im Alter

⁶ OGG = Ökonomische und Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Bern

⁷ zapp = Zentrum für ambulante Palliativpflege

Projekt bzw. Veranstaltung / Status bzw. Laufzeit

**Beiträge der öffentlichen Hand
in Tausend CHF**

Handlungsfeld 5: Anstoss zur breiten Auseinandersetzung mit der Altersversorgung

- Fachkongress Mobilität im Alter (Thun), März 2005
- Pro Senectute – Alter ego (Tagung «Gewalt im Alter»), September 2003
- Beitrag Handbuch Altersbeauftragte SGG⁸, abgeschlossen
- Beitrag SGG-Kongress, November 2005
- Leistungsvertrag Pro Senior, 2002–2005
- Leistungsvertrag AG Altersfragen Oberaargau, 2006–2009
- Pilotprojekt «Jung mit Alt» des BVSF⁹, 2005/2006
- Pilotprojekt Gemeinde Lyss «Altersbeauftragte/r», 2004–2006

Beiträge total bis 31.12.2006

CHF 150

Handlungsfeld 7: Rekrutierung von Pflege- und Betreuungspersonal

- SRK «Tremplin», 2006 Kurs deutsch, 2007 Kurs französisch
- SBGRL¹⁰ «Wiedereinstieg in die Langzeitpflege», 2006

Beiträge total bis 31.12.2006

CHF 90

ZUSAMMENFASSUNG – Übersicht über die Beiträge

BEITRÄGE (alle Handlungsfelder) per 31.12.2006

CHF 2485

⁸ SGG = Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie

⁹ BVSF = Bernischer Verband für Seniorenfragen

¹⁰ SBGRL = Schweizerischer Berufs- und Fachverband der Geriatrie-Rehabilitations- und Langzeitpflege

Wie die Tabelle zeigt, betragen die seit Beginn bis 31.12.2006 angefallenen Kosten für Pilotprojekte im Altersbereich knapp CHF 2,5 Mio. Dieser Betrag wird bis 2009 aufgrund bereits bewilligter Projekte auf rund CHF 4,3 Mio. ansteigen.

Dazu kommen weitere Kosten, die heute noch nicht beziffert werden können, weil das Projekt entweder erst in der Projektierungsphase steckt (z. B. Präventive Hausbesuche Region Bern) oder noch gar nicht bekannt ist.

Was die kantonalen Beiträge und Aufwendungen für den Altersbereich angeht, ist die Tabelle nicht abschliessend. In weiteren Bereichen werden oder wurden Kosten übernommen, die nicht als Pilotprojekte deklariert sind, so z. B. die Anschubfinanzierung für die Organisation der Arbeitswelt (OdA) oder auch Beiträge an Ferienplätze in Pflegeheimen mit Abgeltungen von CHF 20.– pro Belegungstag.

Daneben entstehen durch Pflegeheimaufenthalte jährliche Kosten in Millionenhöhe. In der untenstehenden Tabelle ist exemplarisch dargestellt, wie hoch die Betriebskosten im Durchschnitt während eines Jahres sind und wie hoch der durch Kanton und Gemeinden getragene Anteil an Investitionskosten im Heimbereich im Jahr 2006 lag:

Was	Kosten 2006 in Tausend CHF
Pilotprojekte im Bereich der Alterspolitik	1400
Gesamtbetriebskosten Pflegeplätze ¹¹	
(14 000 x CHF 252.85 x 365)	1 300 000
Anteil Kanton/Gemeinden an Betriebskosten	
der Pflegeplätze	66 000
Anteil EL an Betriebskosten der Pflegeplätze	280 000
Anteil Bewohner/innen an Betriebskosten	
der Pflegeplätze	954 000
Anteil Kanton/Gemeinden an Investitionskosten	
der Pflegeplätze	32 000

Gemessen an diesen Beiträgen sind die Ausgaben für Pilotprojekte im Bereich Alterspolitik mit CHF 1,4 Mio im Jahr 2006 eher gering und tragen mit ihrer schwerpunktmässigen Ausrichtung auf Prävention und Erhalt der Selbständigkeit sowie Unterstützung der betreuenden Angehörigen langfristig wesentlich dazu bei, die Kosten im stationären Bereich (Betrieb und Investition) möglichst gering zu halten.

¹¹ Schätzwert basierend auf aktueller Anzahl Betten mit Pflegestufendurchschnitt von 3,5 (inkl. kalkulatorischem Kostenanteil)